

Le Président

envoi dématérialisé

Le 09/11/2018

Réf. : GR / 18 / 2066

Monsieur le Directeur général,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives arrêtées par la chambre régionale des comptes sur le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier universitaire de Montpellier.

Il est accompagné de la réponse reçue à la chambre dans le délai prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.

Ce rapport a un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à l'assemblée délibérante.

Conformément à la loi, ce document final qui lui a été adressé directement par mes soins, devra être communiqué par le président au conseil de surveillance dans les conditions prévues par l'article L. 243-6 du code des juridictions financières.

En application de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, vous devez, à réception du rapport d'observations définitives auquel est jointe la réponse reçue, faire connaître à la chambre la date de la plus proche réunion du conseil de surveillance. En temps utile, vous communiquerez au greffe l'ordre du jour à l'adresse de courriel suivante : occitanie-polequalite@crtc.ccomptes.fr.

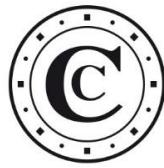
En application des dispositions de l'article R. 243-16 du code précité, ce rapport et la réponse jointe peuvent être publiés et communiqués aux tiers dès la tenue de la première réunion du conseil de surveillance suivant sa réception.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, en l'assurance de ma considération distinguée.

**Pour le Président et par délégation,
la Vice-Présidente,**

Paule GUILLOT

Monsieur Thomas LE LUDEC
Directeur général du centre hospitalier universitaire de Montpellier
191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 MONTPELLIER CEDEX 5



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
MONTPELLIER
(Hérault)

Exercices 2011 et suivants

Rapport d'observations définitives n° GR/18/2066 du 09/11/2018

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	6
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. UN CENTRE HOSPITALIER DYNAMIQUE DANS UN ENVIRONNEMENT CONCURRENTIEL MAIS FRAGILISÉ PAR DES BÂTIMENTS INADAPTÉS.....	9
1.1. Un établissement universitaire répondant aux objectifs assignés par le projet régional de santé	10
1.1.1. Un territoire dont la population est en croissance continue	10
1.1.2. Une zone d'attractivité centrée sur l'est de la région Occitanie	11
1.1.3. Un secteur concurrentiel privé offensif et adossé à de grands groupes	11
1.1.4. Un maillage territorial étendu sur six zones prioritaires	12
1.1.5. Une activité de recherche en progression	13
1.2. Un patrimoine immobilier réparti sur plusieurs sites et présentant des non-conformités règlementaires	13
1.2.1. Une structure multi-sites : un manque de cohérence pour la prise en charge médicale et soignante des patients	13
1.2.2. Les non-conformités règlementaires présentées par les bâtiments : un programme de travaux de 63,5 M€ insuffisant pour les résorber	14
1.2.3. Un schéma directeur 2012 prévoyant le regroupement des activités sanitaires sur un site unique	16
2. UNE DÉMARCHE DE CERTIFICATION DES COMPTES AUX RÉSULTATS POSITIFS.....	20
2.1. Le principe de sincérité et de régularité.....	21
2.1.1. Une amélioration du suivi des immobilisations.....	21
2.1.2. L'intégration des immobilisations en cours.....	21
2.2. Le principe d'indépendance des exercices et le rattachement des charges et des produits : des recettes à classer ou à régulariser rapidement	21
2.3. Le principe de prudence : une mise en conformité des provisions avec la nomenclature M21	22
2.3.1. Une meilleure analyse des risques financiers	22
2.3.2. Une démarche de certification ayant conduit à des corrections en situation nette.....	22
3. UN ÉTABLISSEMENT EN COURS DE REDRESSEMENT FINANCIER.....	25
3.1. Le passage d'un déficit de 22,3 M€ en 2011 à un excédent de 7,8 M€ en 2016.....	25
3.2. Une amélioration de la marge brute.....	26
3.2.1. Un chiffre d'affaires lié à l'activité hospitalière et aux rétrocessions de médicaments	26
3.2.2. Une valeur ajoutée en progression mais de moindre ampleur que celle du chiffre d'affaires.....	33

3.2.3. Une marge brute d'exploitation affectée par le dynamisme des dépenses de personnel médical	35
3.3. Le financement des investissements	38
3.3.1. Une capacité d'autofinancement brute en amélioration.....	38
3.3.2. Une CAF nette faiblement positive.....	40
3.3.3. Des investissements essentiellement financés par le recours à l'emprunt ...	41
3.4. La situation patrimoniale	42
3.4.1. Le bilan	42
3.4.2. La gestion de la trésorerie	44
4. UN PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL QUI INTERDIT LE PASSAGE À UN SITE UNIQUE.....	46
4.1. Les dépenses d'équipement	47
4.2. La capacité d'autofinancement	47
4.2.1. Une anticipation prudente des produits.....	47
4.2.2. Des perspectives de maîtrise des dépenses volontaristes.....	48
4.2.3. Une capacité d'autofinancement prévisionnelle fragile.....	51
4.3. Le financement propre disponible prévisionnel (hors CAF nette)	52
4.4. L'emprunt	52
4.5. Le taux de marge brute	54
5. LE PERSONNEL INFIRMIER.....	55
5.1. Un système d'information sur les ressources humaines inadapté	55
5.1.1. Des données indisponibles	55
5.1.2. Une approche métier limitée par le système d'information.....	55
5.1.3. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	55
5.2. La place des infirmiers au CHU	56
5.2.1. Des effectifs stabilisés dans un contexte de progression de l'activité	56
5.2.2. Une augmentation contenue de la masse salariale	59
5.2.3. La gestion des personnels infirmiers.....	60
5.2.4. Les politiques de recrutement et de fidélisation	63
5.3. Le suivi des modalités d'exercice du métier infirmier	65
5.3.1. Les personnels infirmiers au sein des équipes hospitalières	65
5.3.2. Le temps de travail.....	67
5.3.3. La condition infirmière : une croissance importante de l'absentéisme.....	73
5.4. La formation	75
5.4.1. Des dépenses de formation en augmentation.....	75
5.4.2. Les modalités de décompte du temps de travail des personnels infirmiers en formation.....	76
6. LA CHAMBRE MORTUAIRE	76
6.1. Des moyens renforcés au cours de la période.....	76
6.1.1. Des locaux étendus et rénovés	76
6.1.2. Les moyens humains : des effectifs stables mais une masse salariale en progression	76
6.2. Une activité en progression	77
6.2.1. Une progression régulière du nombre des décès.....	77
6.2.2. Une formalisation des modes de transport des corps.....	78

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

6.2.3. La tarification.....	78
6.2.4. Des conventions conclues avec d'autres établissements pour mutualiser les équipements	78
6.3. Les relations avec les familles	79
6.3.1. Un règlement intérieur à afficher	79
6.3.2. Une information écrite respectueuse du libre choix des familles de leur opérateur funéraire	79
6.3.3. Un livret d'accueil en cours de réécriture	79
ANNEXES.....	80
GLOSSAIRE.....	92
Réponses aux observations définitives.....	96

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Occitanie a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier universitaire de Montpellier pour les exercices 2011 et suivants.

L'activité de cet établissement public de santé a progressé de plus de 20 % depuis 2011, permettant une augmentation des produits de 18 %. Dans le même temps, l'évolution des charges a été contenue à 15 %. Le déficit du compte de résultat principal est ainsi passé de 22,3 M€ en 2011 à un excédent de 7,8 M€ en 2016, permettant de renforcer la marge brute d'exploitation (+ 39 %). Pour autant, la capacité d'autofinancement nette cumulée sur la période demeurant faible, soit 13,2 M€, l'établissement a dû augmenter son encours de dette (166 M€ en 2011, 242 M€ en 2016) pour faire face à 295 M€ de dépenses d'équipement cumulées.

Ces résultats s'expliquent principalement par une maîtrise des charges de personnel non médical, hôtelières et générales et par l'augmentation de l'activité et des parts de marché de l'établissement sur sa zone d'attractivité.

L'activité est notamment soutenue par le développement de coopérations médicales avec les autres centres hospitaliers membres du groupement hospitalier de territoire. Mais, dans le même temps, le CHU est confronté à une forte concurrence de six cliniques, adossées à des groupes de santé privés, et implantées sur le territoire même de la métropole de Montpellier. Il doit poursuivre, dans ces conditions, l'adaptation de son offre de soins en développant son secteur ambulatoire, en augmentant le taux d'occupation des lits et en diminuant la durée moyenne de séjour, notamment en obstétrique.

Le CHU pâtit toutefois d'un patrimoine immobilier vétuste réparti sur quatre sites et non conforme notamment aux règles de sécurité incendie. Alors que le schéma directeur de 2012 prévoit le regroupement des activités sanitaires sur un site unique d'ici 2030, sans évaluer le coût du projet, la mise en conformité des installations existantes prévue entre 2017 et 2022 pour plus de 63 M€ nécessiterait un financement complémentaire de 50 M€ pour satisfaire pleinement à la réglementation. Il conviendra, dès lors, d'opérer un choix entre le maintien des activités sur les sites actuels ou leur installation sur un site unique, à condition de pouvoir la financer.

La chambre a également traité de la gestion du personnel infirmier, dans le cadre d'une enquête nationale. Elle a constaté notamment que le système d'information des ressources humaines du CHU était inadapté aux besoins d'un établissement de cette taille et ne lui permettait pas de mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences satisfaisante.

RECOMMANDATIONS

1. Opérer un choix entre le maintien des activités sur les sites actuels en procédant aux mises aux normes nécessaires ou les regrouper sur un site unique, après un chiffrage préalable et sous réserve de disposer du financement correspondant. *Non mise en œuvre.*
2. Prévoir des mesures d'économie susceptibles de satisfaire les deux hypothèses de croissance de la masse salariale retenues dans le plan global de financement pluriannuel pour le personnel médical et non médical. *Mise en œuvre en cours.*
3. Préciser dans le plan global de financement pluriannuel accompagnant l'état des prévisions de recettes et de dépenses 2018 l'ensemble des hypothèses justifiant la maîtrise des charges à caractère hôtelier et général. *Non mise en œuvre.*
4. Mettre en place les outils nécessaires pour une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences. *Non mise en œuvre.*
5. Mettre en conformité l'accord local relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail avec les dispositions du décret du 4 janvier 2002. *Refus de mise en œuvre.*

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

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières « Par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier universitaire de Montpellier a été ouvert le 23 juin 2017 par lettre du président adressée à M. Thomas Le Ludec, ordonnateur en fonctions. Un courrier a également été adressé le 19 octobre 2017 à MM. Daniel Moinard, Philippe Domy et Rodolphe Bourret, précédents ordonnateurs.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 6, 8, 12 et 18 décembre 2017.

Lors de sa séance du 1^{er} février 2018, la chambre a arrêté les observations provisoires. Elles ont été transmises à l'ordonnateur en fonctions, ainsi qu'au président du conseil de surveillance. Des extraits ont été adressés aux trois précédents ordonnateurs pour la partie afférente à leur gestion. Des extraits le concernant ont été adressés à un tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 26 juillet 2018, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. UN CENTRE HOSPITALIER DYNAMIQUE DANS UN ENVIRONNEMENT CONCURRENTIEL MAIS FRAGILISÉ PAR DES BÂTIMENTS INADAPTÉS

Le centre hospitalier universitaire de Montpellier : un des trois CHU de la région Occitanie

Le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier est l'un des 32 centres hospitaliers universitaires de France.

L'offre de soins en Occitanie est répartie entre trois CHU: Toulouse, Montpellier et Nîmes. Le CHU de Nîmes partage avec celui de Montpellier la même faculté de médecine.

Au plan régional, les parts de marché du CHU de Montpellier représentaient en 2016 : 8,4 % en médecine, 6,3 % en chirurgie et 6,1 % en obstétrique. L'établissement se classait ainsi systématiquement au 2^{ème} rang régional derrière le CHU de Toulouse.

Dans son rapport¹ réalisé en mai 2017, l'inspection générale des affaires sociales relève que le CHU s'est fortement impliqué dans une dynamique de maillage territorial tant au niveau des soins, que de l'enseignement ou de la recherche, en s'investissant notamment dans la construction du groupement hospitalier de territoire en tant qu'établissement support. Par ailleurs, elle constate l'amélioration de la situation financière, tout en soulignant que celle-ci demeure fragile.

Le présent contrôle analyse notamment la soutenabilité du programme d'investissement du CHU approuvé par l'ARS en 2017, évalué à 522 M€ et qui comprend notamment l'opération de reconstruction et de regroupement sur un site unique des laboratoires pour un montant de 83,4 M€ TTC.

Un établissement certifié par la Haute autorité de santé

Au cours de la période, le CHU de Montpellier a fait l'objet de visites de la Haute autorité de santé (HAS) donnant lieu à deux certifications en septembre 2013 et en février 2017.

La dernière certification a conduit à identifier trois axes d'amélioration : le droit des patients, leur identification à toutes les étapes de leur prise en charge et le management de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement faisait également l'objet de trois recommandations sur le management de la prise en charge du patient en salle de naissance (à la suite d'une réserve formulée en janvier 2016 puis levée en février 2017), la qualité de vie au travail, le dossier patient et le management de la prise en charge du patient en endoscopie. Les huit autres thèmes n'ont appelé ni recommandation, ni obligation d'amélioration.

La chambre invite le CHU à demeurer attentif à la qualité des soins, celle-ci ne devant pas pâtrir des efforts entrepris pour redresser la situation financière.

¹ Ce rapport, transmis à la chambre par la direction du CHU, effectue un diagnostic du fonctionnement et du positionnement de l'établissement.

1.1. Un établissement universitaire répondant aux objectifs assignés par le projet régional de santé

1.1.1. Un territoire dont la population est en croissance continue

La population régionale représente 5 730 753 habitants principalement regroupés autour des aires urbaines de Toulouse (1 312 304 habitants), Montpellier (589 610 habitants), Perpignan (317 155 habitants) et Nîmes (266 193 habitants).

Elle a augmenté de 0,9 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014 contre 0,5 % pour la France métropolitaine. Cette croissance concerne l'ensemble des départements à l'exception de la Lozère et des Hautes-Pyrénées (- 0,1 %).

Elle est particulièrement marquée dans les départements de la zone littorale : Hérault (+ 1,4 %), Gard (+ 1 %), Pyrénées-Orientales (+ 0,9 %) et Aude (+ 0,6 %).

tableau n° 1 : Évolution des populations des départements de la région Occitanie faisant partie de la zone d'attractivité du CHU de Montpellier (2009-2014)

	Population en 2014	Population en 2009	Évolution annuelle moyenne 2009-2014 en %
Occitanie	5 730 753	5 473 597	+ 0,9
France métropolitaine	64 027 784	62 465 709	+ 0,5
Aude	365 478	353 980	+ 0,6
Aveyron	278 644	277 048	+ 0,1
Gard	736 029	701 883	+ 1,0
Hérault	1 107 398	1 031 974	+ 1,4
Lozère	76 360	77 163	- 0,2
Pyrénées-Orientales	466 327	445 890	+ 0,9
Total	3 030 236	2 887 938	+ 0,9

Source : Insee, recensement de la population

Cette progression de la population constitue, d'une part, un enjeu pour le CHU qui va devoir répondre aux besoins d'une population vieillissante² et, d'autre part, un facteur de croissance de l'activité médicale.

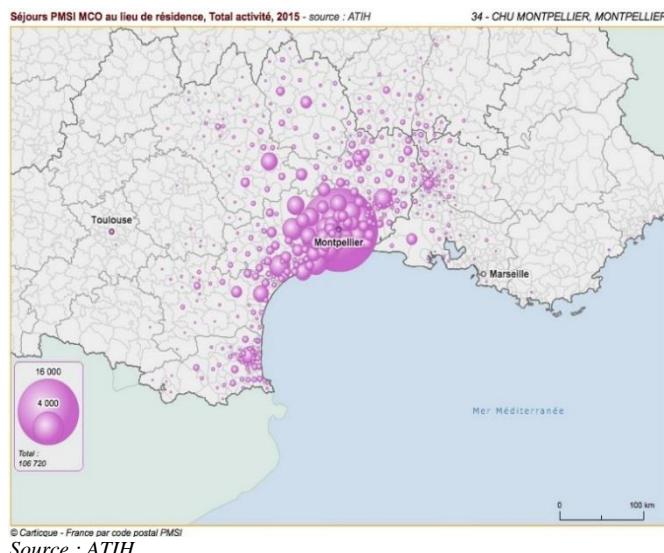
Plus spécifiquement, sur la métropole de Montpellier, si la moitié des habitants a moins de 35 ans (contre 36 ans dans le territoire de référence), la population vieillit : selon l'Insee, « la part des 75 ans ou plus qui est de 7,5 % en 2011 atteindrait 10,7 % en 2030 si les tendances démographiques récentes se poursuivaient ».

² Le diagnostic régional préalable au projet régional de santé précise que « si les soldes naturels et migratoires actuels se prolongent jusqu'en 2030, la population ne va cesser d'augmenter et de vieillir. D'une part, l'âge moyen des habitants de la région passerait de 41,5 ans en 2010, à 44,1 ans en 2030. D'autre part en Occitanie, la population augmenterait de 17 % pour atteindre 6,5 millions en 2030. Dans le même temps, la population des personnes âgées d'au moins 75 ans augmenterait de 52 %. Pour ces dernières, l'évolution serait particulièrement importante à partir de 2022, ce qui correspond à l'arrivée à ces âges des personnes nées après 1945 au moment du « baby-boom ». Chaque année, le nombre de personnes de plus de 75 ans augmenterait alors de près de 25 000, pour atteindre 875 000 en 2030 et 1 million en 2036. » Source : *Éléments de contexte pour un diagnostic régional*, ARS Occitanie, avril 2017, p.18.

1.1.2. Une zone d'attractivité centrée sur l'est de la région Occitanie

La zone d'attractivité du CHU de Montpellier s'étend de l'extrême occidentale du département des Bouches du Rhône (Arles, Salon de Provence) au bassin de Perpignan, en incluant le département de la Lozère. Elle affleure le sud de l'Ardèche³.

graphique n° 1 : Zone d'attractivité du CHU de Montpellier



Les départements du littoral méditerranéen peuvent rapidement accéder au CHU par l'autoroute A9 qui dessert également le Gard. Le sud de l'Aveyron et l'ouest de la Lozère sont, quant à eux, desservis par l'A75.

1.1.3. Un secteur concurrentiel privé offensif et adossé à de grands groupes

Les établissements de santé de l'ancienne région Languedoc-Roussillon sont à 79 % privés. Pour autant, l'offre en lits est majoritairement proposée par le secteur public (59 %). Cette situation est la conséquence à la fois d'un fort développement de l'activité d'ambulatoire dans le secteur privé et d'établissements de taille plus importante dans le secteur public. Le secteur privé revendique ainsi 84 % de son activité en ambulatoire⁴ alors que le taux global de l'Occitanie a atteint 50,8 % en 2015⁵.

Les établissements du territoire de santé de l'Hérault sont répartis entre la métropole de Montpellier et la communauté d'agglomération de Béziers.

La métropole de Montpellier concentre l'ensemble des acteurs significatifs du département⁶ dans un rayon de sept kilomètres : le CHU de Montpellier (32 % des parts de marché du territoire), la clinique du Millénaire – groupe OC santé (9 %), la clinique du Parc – groupe Clinipôle (8 %), la polyclinique Saint-Roch – groupe Oc-santé (8 %), la polyclinique Saint-Jean – groupe CAP santé (8 %), la clinique Clémentville – groupe OC santé (7 %) et la clinique Beau soleil – mutualité française (7 %).

³ Parts de marché du CHU sur sa zone d'attractivité, voir annexe 1.

⁴ Source : FHP.

⁵ Source : Éléments de contexte pour un diagnostic régional, ARS Occitanie, avril 2017.

⁶ À l'exception des deux principaux acteurs de santé de l'agglomération de Béziers : le centre hospitalier de Béziers (12 % de parts de marché sur le territoire) et la polyclinique Saint-Privat (9 %).

graphique n° 2 : L'environnement concurrentiel des cliniques privées de la métropole de Montpellier

Deux grands projets de déplacement des capacités de l'offre privée d'hospitalisation ont été engagés depuis 2013.

Le déménagement de la clinique Saint Roch dans le quartier des « Grisettes » s'est achevé en février 2016. Elle constitue la première maternité de l'offre privée sur le territoire et propose une offre significative en stomatologie, dermatologie ou encore chirurgie gynécologique. Ses nouvelles installations se composent notamment de 18 salles de bloc opératoire et d'un bloc obstétrical important (comprenant une salle de réanimation néo-natale).

La construction de la polyclinique « Saint Jean 2 » sur le territoire de Saint Jean de Vedas est portée par le groupe CAP Santé. Elle prévoit la réalisation d'un plateau technique d'envergure régionale et comprend notamment un bloc opératoire de 20 salles, extensible à 26 salles. L'ouverture est annoncée pour 2019.

Ces projets visent à desservir de nouveaux quartiers en forte progression démographique et à profiter de la proximité de l'autoroute A9. Le CHU, situé au nord de Montpellier est plus excentré par rapport à cet axe de circulation.

1.1.4. Un maillage territorial étendu sur six zones prioritaires

Le CHU de Montpellier a identifié six zones géographiques de développement de son activité. La principale est centrée sur les aires urbaines de Montpellier, le Vigan et Lodève où le CHU réalise 32 % de parts de marché. Sur les cinq autres zones, le CHU constitue un établissement attractif sans pour autant être celui réalisant la plus grande part de marché. Son influence est significative sur les aires urbaines de Béziers et Sud Aveyron-Lozère. Il attire 5 % des parts de marché des aires urbaines de Nîmes-Alès, malgré la présence du CHU de Nîmes. Il constitue enfin un établissement de recours pour les aires urbaines de Narbonne et Perpignan-Céret.

La constitution du groupement hospitalier de territoire (GHT) regroupant neuf établissements publics de santé⁷ dont le CHU est pivot, permet de développer son maillage territorial avec un renforcement des coopérations médicales par le biais de temps partagés. Ainsi,

⁷ Le groupement hospitalier de territoire Est-Hérault-Sud-Aveyron réunit huit établissements publics de santé autour du centre hospitalier universitaire de Montpellier : les hôpitaux du bassin de Thau (Sète et Agde), les centres hospitaliers de Clermont-l'Hérault, de Lamalou-les-Bains, de Lodève, de Lunel, de Millau, de Saint-Affrique et de Séverac-le-Château.

au 30 juin 2017, le CHU a déployé 23 postes d'assistants partagés dans neuf établissements ainsi que 63 vacations/consultations avancées dans douze établissements.

Cette stratégie de coopération constitue une inflexion positive par rapport à la période de contrôle précédente (2006-2010). La chambre avait en effet invité le CHU à rechercher des « synergies [...] avec le CHU de Nîmes ou avec les grands centres hospitaliers généraux de la région » et avait déploré l'absence de « véritable réflexion stratégique ».

1.1.5. Une activité de recherche en progression

En matière de recherche, le CHU a conforté sa position avec une croissance supérieure à 27 % de ses publications réalisées entre 2011 et 2016. Cette performance a permis de faire croître de près de 19 % son score SIGAPS⁸ sur la période.

tableau n° 2 : Activités de recherche du CHU

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
Nombre de publications	1 076	1 122	1 227	1 219	1 253	1 368	27,14%
Score SIGAPS	13 723	13 148	14 488	14 202	14 476	16 321	18,93%

Source : CRC et CHU de Montpellier

1.2. Un patrimoine immobilier réparti sur plusieurs sites et présentant des non-conformités règlementaires

1.2.1. Une structure multi-sites : un manque de cohérence pour la prise en charge médicale et soignante des patients

Le CHU s'étend sur 81 hectares et une surface de planchers construits de 427 414 m² surface hors-œuvre nette (SHON) répartis en quatre sites de soins principaux :

- le premier site regroupe l'hôpital Lapeyronie, l'hôpital Arnaud de Villeneuve, l'hôpital la Colombière (spécialisé en psychiatrie) ainsi que les centres Antonin Balmes (gériatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée) et le laboratoire de parasitologie ;
- le deuxième site regroupe les hôpitaux Saint Eloi et Gui de Chauliac dédiés aux activités médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ;
- le troisième site est constitué du centre de gérontologie Bellevue ;
- le quatrième site est constitué du centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire.

Les activités de MCO sont dispersées entre les sites 1 et 2. L'exemple le plus symptomatique est ainsi le pôle femme-mère-enfant dont les services sont répartis sur cinq bâtiments différents sur les deux sites principaux.

L'ARS relevait, à cet égard, dans son rapport d'évaluation socio-économique préalable à l'avis rendu le 4 mai 2015 sur le « regroupement des activités de laboratoire de biologie et pathologie sur un site unique » que « la dispersion des activités conduit l'établissement à développer et maintenir plusieurs plateaux médico-techniques (huit blocs opératoires totalisant 62 salles d'opération, quatre plateaux d'imagerie) ». Elle précisait, en outre, que « les activités

⁸ Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques.

d'hospitalisation ou de prise en charge ambulatoire [sont] également dispersées », représentant « un coût important pour l'établissement » expliquant ainsi « au moins partiellement sa situation structurellement déficitaire »⁹. Cette situation pèse négativement sur la constitution du chiffre d'affaire et de la marge brute. Les surcoûts des activités multi-sites n'ont cependant pas été évalués.

1.2.2. Les non-conformités réglementaires présentées par les bâtiments : un programme de travaux de 63,5 M€ insuffisant pour les résorber

1.2.2.1. Un avis défavorable à l'exploitation de sept bâtiments hospitaliers

La commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité a émis un avis défavorable à l'accueil du public pour les quatre principaux bâtiments du CHU¹⁰ : l'hôpital Lapeyronie en 2013, l'hôpital Arnaud de Villeneuve¹¹ en 2014 ; l'hôpital Gui de Chauliac en 2015 et l'hôpital Saint-Eloi¹² en 2016.

Face à ce risque, le CHU a consacré 7,72 M€ aux mises aux normes en matière de sécurité incendie entre 2011 et 2016, soit 2,6 % du total de ses dépenses d'équipement. Ces dépenses ont augmenté significativement pour atteindre 1,8 M€ en 2016 (soit 5,5 % des dépenses d'équipement).

tableau n° 3 : Évolution des dépenses consacrées au schéma directeur de sécurité incendie rapportées au total des dépenses d'équipement

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul	Moyenne annuelle
Dépenses des mises aux normes de sécurité incendie	465 505	1 055 500	1 675 888	1 227 521	1 485 490	1 809 477	7 719 381	1 286 564
Total des dépenses d'équipements réelles (y compris travaux en régie)	48 660 730	65 306 938	55 621 438	58 950 281	33 795 475	32 915 912	295 250 774	49 208 462
Part des dépenses de sécurité incendie/ dépenses d'équipements	0,96%	1,62%	3,01%	2,08%	4,40%	5,50%	2,61%	2,61%

Source : CRC, d'après CHU

Le CHU a prévu de poursuivre l'effort entre 2017 et 2022 en y consacrant 25,6 M€ supplémentaires. La chambre relève cependant que les bâtiments B2, maladies infectieuses et tropicales, et Paul Lamarque sont également exploités malgré un avis défavorable de la commission depuis respectivement 2014, 2015 et 2016. Si aucune dépense pour mettre aux normes ces bâtiments n'a été inscrite au schéma directeur à ce jour, le CHU envisage de modifier leur destination à l'horizon 2019.

L'ordonnateur précise que son objectif est de répondre en priorité aux « avis de dangerosité » émis pour les bâtiments d'Arnaud de Villeneuve et de Saint-Eloi¹³. Il indique que le

⁹ Au surplus, le fonctionnement est rendu plus complexe par des distances et des « liaisons souvent longues et complexes entre les sites et les bâtiments », « peu lisible pour les usagers [et leur faisant] « parfois courir des risques ». Ainsi, la localisation des urgences générales sur l'hôpital de Lapeyronie et l'implantation du pôle digestif à Saint-Eloi conduisent à recourir à des transferts en interne par des équipes du SMUR « dans des situations parfois critiques ».

¹⁰ Le CHU ne respecte pas l'obligation qui lui est faite depuis 1989 de disposer d'une détection incendie généralisée.

¹¹ La sous-commission motivait son avis défavorable par le fait qu'« un départ de feu dans une zone non détectée générerait une propagation rapide des fumées et des flammes. Les fonctions d'évacuation et de compartimentage ne seraient pas instantanément mises en route de par l'absence de détection. L'évacuation du public, ainsi que le transfert des malades seraient alors particulièrement compliqués ». L'établissement avait été classé dangereux.

¹² La sous-commission motivait son avis défavorable par le fait « un départ de feu dans un local à risques maintenu ouvert provoquerait un envahissement des fumées dans les zones de circulation non désenfumées. L'évacuation et la mise en sécurité des patients seraient impossibles. » L'établissement avait été classé dangereux.

¹³ Selon l'ordonnateur, à la mi 2019.

schéma directeur de sécurité incendie doit être redéfini en 2018 en relation avec le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et la préfecture.

1.2.2.2. Une mise en conformité progressive aux règles d'accessibilité

Les quatre principaux bâtiments ne répondent pas aux règles d'accessibilité aux personnes handicapées. Un programme de mise en conformité est soumis à l'autorité préfectorale. L'établissement envisage d'y consacrer 7,46 M€ au cours des exercices 2017 à 2022 dans le cadre des opérations prévues au programme pluriannuel d'investissement (PPI)¹⁴.

1.2.2.3. La présence d'amiante dans trois bâtiments hospitaliers

Les hôpitaux de Lapeyronie¹⁵, de Saint-Eloi¹⁶ et de Gui de Chauliac¹⁷ contiennent des matériaux amiantifères. 500 k€ ont été provisionnés en 2014 pour faire face à la charge que représente le désamiantage. Ces montants doivent couvrir la partie désamiantage des opérations prévues au PPI.

1.2.2.4. Un engagement financier insuffisant

Le CHU devrait engager 63,5 M€ au titre des seules « opérations de mise en conformité/sécurité incontournables » entre 2017 et 2022.

tableau n° 4 : Opérations de « mise en conformité et de sécurité incontournables » prévues au PPI

Opérations de mise en conformité / sécurité incontournables prévues au PPI	Total 2017-2022	% du PPI	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CHU Schéma directeur sécurité incendie	25 605 223	7,20%	4 000 359	4 000 000	3 003 108	6 091 141	4 177 371	4 333 244
CHU nouvelle centrale de secours du site 1 et automatisme de l'hôpital Lapeyronie	13 654 292	3,80%	200 000	1 000 000	8 004 292	4 450 000		
CHU mise en conformité accessibilité handicap	7 464 008	2,10%	701 794	1 901 628	1 296 458	1 296 459	1 296 459	971 210
Saint-Eloi Rénovation TGBT poste 2 et Gui de Chauliac	4 950 000	1,40%	150 000	200 000	1 600 000	1 600 000	1 400 000	
Hôpital Arnaud de Villeneuve reconfiguration bloc gynécologique	4 000 000	1,10%	10 000	30 000	2 000 000	1 960 000		
Restructuration de la blanchisserie	3 054 000	0,90%	30 000	100 000	2 924 000			
Rénovation plateforme logistique	1 536 000	0,40%	20 000	1 516 000				
Hôpital Arnaud de Villeneuve incubateurs ouverts et fermés	1 350 000	0,40%	675 000	675 000				
CHU amélioration du système de sécurité incendie pour bâtiments hors schéma directeur	630 000	0,30%	244 000	356 000	30 000			
CHU dévoiement des réseaux eaux usées / eaux pluviales	591 753	0,20%	391 753	200 000				
sécurisation salle machines	494 830	0,10%	45 956	150 000	298 874			
Installation onduleur	190 000	0,10%		190 000				
Total	63 520 106	17,90%	6 468 862	10 318 628	19 156 732	15 397 600	6 873 830	5 304 454

Source : CHU « Rendre possible un PPI ambitieux » - directoire du 19 octobre 2017

La mise en conformité de l'ensemble du CHU nécessiterait cependant un engagement financier estimé, en 2017, à 50 M€ supplémentaires¹⁸ pour 12 années de chantiers à réaliser en partie en milieu occupé et sans prendre en compte les pertes d'activités liées aux interruptions inévitables d'exploitation, soit un engagement financier total de 113,5 M€.

¹⁴ Ce programme devrait se prolonger jusqu'en 2024.

¹⁵ 2,8 % des locaux soit 119 pièces sur 4318.

¹⁶ 7,4 % des locaux soit 269 pièces sur 3680 dont 35 en état dégradé, à surveiller ou à traiter.

¹⁷ 2,9 % des locaux soit 75 pièces sur 2602 dont 20 en état dégradé, à surveiller ou à traiter.

¹⁸ Au regard de la réglementation applicable au 31 décembre 2017.

L'ordonnateur précise qu'il lui semble préférable de privilégier une construction neuve permettant une meilleure prise en charge des patients plutôt qu'une mise en conformité dont le résultat serait « nécessairement imparfait ».

La chambre rappelle toutefois que cette position implique un risque non négligeable pour les usagers et les professionnels tant que les anciens bâtiments demeurent en fonctionnement avec un avis défavorable à l'exploitation. La responsabilité du CHU pourrait être engagée en cas d'accident.

1.2.3. Un schéma directeur 2012 prévoyant le regroupement des activités sanitaires sur un site unique

1.2.3.1. Un schéma directeur ambitieux

En 2012, le CHU a élaboré un schéma directeur prévoyant à terme le regroupement à un horizon de 10 à 15 ans de l'ensemble des activités de médecine, chirurgie et obstétrique du CHU sur le « site 1 ».

Ce document constitue une formalisation de la stratégie d'investissement du CHU alors que la période antérieure avait été marquée par « des opérations au coup par coup, sans réelle vision prospective »¹⁹. Ce défaut de formalisation avait eu notamment pour conséquence l'absence d'aides à l'investissement au titre des plans hôpital 2007 et 2012²⁰.

Le principe de regroupement a été validé par l'agence régionale de santé et inscrit au contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) 2013-2018.

L'ordonnateur précise qu'une consultation a été lancée en mai 2018 pour recruter une équipe chargée de préparer un nouveau schéma directeur et évaluer les différentes stratégies possibles pour la réorganisation des activités. Ce travail sera suivi du dépôt d'un dossier auprès du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)²¹ au premier semestre 2019 pour une construction neuve sur le site 1 comprenant Lapeyronie-Arnaud de Villeneuve-La Colombière-Balmes.

Ce projet de regroupement²², cohérent du point de vue stratégique et architectural, ne pourra toutefois pas se concrétiser, au regard de la situation financière de l'établissement, sans que le COPERMO décide d'une aide financière significative.

¹⁹ Rapport d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS LR, 24 août 2016, p. 60.

²⁰ Plans hospitaliers comportant un volet d'aide financier aux investissements des établissements de santé (6 milliards pour le plan hôpital 2007 et 10 milliards pour le plan hôpital 2012).

²¹ Ce comité a pour mission de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'améliorer la performance des établissements de santé. Il a également pour rôle d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements. Source : Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFiP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la *mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers*.

²² Les opérations suivantes sont prioritairement inscrites au projet d'établissement : regroupement de la biologie ; construction de deux bâtiments « enfant » et « cœur-poumon » ; le transfert du pôle « neurosciences, tête et cou » sur le site de Lapeyronie pour favoriser un pôle « locomoteur » avec le pôle « os et articulations » ; le regroupement des urgences adulte impliquant la construction d'une plateforme unique en contiguïté des autres secteurs d'urgence (enfant-femme) et des plateaux médico-techniques ; la relocalisation des activités « naissance et pathologies de la femme » avec la construction d'un bâtiment en lien direct avec le bâtiment « enfant ». Source : *projet d'établissement 2013-2017*, p. 42-43.

1.2.3.2. Un cycle d'investissement 2011-2016 incompatible avec le principe de regroupement des activités de MCO sur un site unique en 2030

Si le schéma directeur a permis de formaliser une stratégie d'investissement faisant défaut jusqu'alors, les opérations d'investissement engagées sur la période ont porté sur les seuls bâtiments existants²³, à l'exception de l'opération de regroupement des laboratoires sur un site unique lancée en novembre 2013 compte tenu de la faible capacité d'autofinancement du CHU et de la nécessité de restaurer sa marge brute.

La chambre considère que si le projet de regroupement ne peut être financé, il devra être abandonné. L'établissement devra alors mettre en conformité l'ensemble des bâtiments existants avec les exigences réglementaires et notamment les normes de sécurité incendie.

Recommandation

1. Opérer un choix entre le maintien des activités sur les sites actuels en procédant aux mises aux normes nécessaires ou les regrouper sur un site unique, après un chiffrage préalable et sous réserve de disposer du financement correspondant. Non mise en œuvre.

1.2.3.3. La reconstruction et le regroupement sur un site unique des laboratoires

Malgré l'absence d'évaluation du projet de regroupement des activités MCO sur le site 1, l'opération de reconstruction et de regroupement des laboratoires a été validée le 2 juillet 2015 et engagée. Elle doit s'achever en 2020.

La situation actuelle : une productivité des laboratoires en amélioration mais contrainte par l'éclatement du nombre de sites

Le projet vise à regrouper pour 2020 les 17 laboratoires spécialisés²⁴ couvrant l'ensemble des spécialités hospitalo-universitaires du pôle de biologie du CHU de Montpellier pour une activité en croissance de 10 % entre 2013 et 2016²⁵.

tableau n° 5 : Évolution du nombre d'examens rapporté aux ETP de techniciens

	2013	2014	2015	2016	Evolution période
Nombre d'examens de biologie	5 361 760	5 703 838	5 819 418	5 900 409	10,0%
Nombre d'ETP de techniciens	221	194	201	202	-8,7%
Nombre d'examens par technicien	24 232	29 460	28 928	29 222	20,6%

Source : ATIH²⁶

Cette productivité est encore perfectible. En 2016, les 20 % des CHU les plus performants réalisaient 35 278 examens par technicien de laboratoire (soit un écart de 17,2 % par rapport au CHU).

²³ Notamment pour réaliser les mises en conformité du bloc opératoire de l'hôpital Lapeyronie (34 M€ 2010-2014), des réanimations médicales (17,6 M€ entre 2011-2015) et de l'activité de stérilisation (11 M€ 2011-2013).

²⁴ Structures présentes sur le site de Lapeyronie, d'Arnaud de Villeneuve, de Saint-Eloi, et dans une moindre mesure sur le site de Gui de Chauliac et de La Colombière. Enfin deux structures sont situées en dehors des sites principaux du CHU : la plateforme Euromédecine et l'institut universitaire de recherche clinique.

²⁵ Le nombre de techniciens a diminué dans le même temps de 8,7 %. La productivité par technicien s'est ainsi améliorée de 20,6 %.

²⁶ Indicateur mis en place à compter de 2013. L'indicateur du nombre de B par technicien n'est plus réalisé depuis 2012.

L'économie générale du projet retenu : un sous-dimensionnement des surfaces

Cette opération a fait l'objet d'un concours de maîtrise d'œuvre en novembre 2013 puis d'une présentation par l'ARS devant le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers en septembre 2014.

Le COPERMO a invité l'établissement à revoir son projet pour tenir compte des contraintes financières. Un nouveau projet a été présenté le 23 juin 2015 et a fait l'objet d'un avis favorable en date du 2 juillet 2015.

tableau n° 6 : Évolution du projet de regroupement des laboratoires entre 2014 et 2015

	Situation existante	Projet 2014	Projet 2015
Activités existantes et comparables en m² SDO	15 425	15 816	15 555
Ensemble des activités non comparables : recherche, Etablissement français du sang, extension de l'anatomie cytologie pathologique (accueil ICM) et vestiaires en m² SDO	non existant	3 405	2 555
Circulations générales et locaux techniques + groupe froid en m² SDO	non applicable dans le cadre existant	3 391	2 839
Total m² SDO	15 425	22 612	20 949
Coût total du projet selon le décret CGI (TTC)		98,3 M€	83,4 M€
<i>dont coût de la construction hors VRD (TTC)</i>		54,66 M€	48,17 M€
<i>dont coût VRD et aménagement des abords (TTC)</i>		1,8 M€	1,83 M€
<i>dont frais d'honoraires (TTC)</i>		11,75 M€	8,91 M€
<i>dont aléas (TTC)</i>		4,52 M€	5 M€
<i>dont équipements biomédicaux (TTC)</i>		15 M€	15 M€
<i>dont mobiliers et équipements (TTC)</i>		2 M€	2 M€
<i>dont coût des systèmes d'information (TTC)</i>		0,8 M€	<i>non inclus</i>
<i>dont impact des révisions de prix (TTC)</i>		5,46 M€	1,21 M€
<i>dont impact de l'actualisation des prix</i>		2,35 M€	1,21 M€

Source : CRC, d'après rapports d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS-LR

Le coût estimé du projet a été ainsi ramené de 98,3 M€ à 83,4 M€, soit une baisse de 15,2 % avec une diminution des surfaces construites de 7,4 % (circulations générales notamment)²⁷.

Le projet validé se situe 8,6 % en dessous de la fourchette basse (22 923 m²) par rapport au « référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé »²⁸ et 23,8 % en dessous de la fourchette haute de ce même référentiel (27 506 m²) alors que le projet intègre, d'une part, 2 400 m² pour le plateau de recherche ainsi que l'établissement français du sang et, d'autre part, 700 m² de locaux techniques supplémentaires pour les seuls besoins des laboratoires²⁹. Ce sous-dimensionnement pourrait avoir des conséquences négatives sur la fonctionnalité du nouveau bâtiment.

L'agence régionale de santé, dans son rapport d'évaluation socio-économique préalable au COPERMO (version du 4 mai 2015), précisait que « le référentiel de dimensionnement ANAP,

²⁷ La diminution du coût du projet repose également sur une hypothèse d'actualisation des prix de 0,1 % pour la version 2015 contre 0,25 % dans la version 2014. Par ailleurs, les coûts inhérents aux systèmes d'information (800 k€ en 2014) ne figurent plus dans la version approuvée en 2015.

²⁸ Le « référentiel de dimensionnement des établissements de santé » MAINH/ANAP d'octobre 2008, seul référentiel applicable et non révisé lors de l'intégration du référentiel dans l'outil de simulation « ALELIPCE » de l'ANAP, propose les ratios suivants : 75 à 90m² par million de B ou de BHN (laboratoires de biologie) et 100 à 120 m² par million de P ou de PHN (laboratoires de pathologie).

²⁹ En revanche, le projet n'intègre pas la reprise éventuelle de l'activité de biologie et de pathologie d'établissements membres du groupement hospitalier de territoire.

même s'il est caduc, est le seul existant et sans être opposable permet néanmoins de situer les projets, en attestant que celui de Montpellier est bien en-deçà des fourchettes basse et haute. »

Un « gain » attendu de 7,2 M€ par an à compter de 2023

Le projet doit permettre de réaliser, à compter de 2023, une économie de 3,6 M€³⁰ en charges d'exploitation et une augmentation des produits de 3,6 M€, soit un gain de 7,2 M€ par an³¹.

Le COPERMO a validé le projet sur la base de cette estimation ; pour autant, le ministère de l'économie et des finances a exprimé un avis défavorable dont la motivation n'a pas pu être explicitée.

Une aide nationale limitée à 9,5 M€

L'opération de regroupement des laboratoires constitue la première opération structurante bénéficiant d'une aide en investissement. Celle-ci représente 9,5 M€ pour une opération estimée à 83,4 M€ toutes dépenses confondues (TDC). Cette aide est allouée pour :

- « 20 % sous forme d'aides en exploitation, soit une annuité de 0,152 M€ pendant 20 ans ;
- 80 % sous forme d'aides en capital, soit 7,6 M€³². Trois versements sont prévus pour couvrir cette subvention : 2,2 M€ en 2016, 2,5 M€ en 2017 et 2,9 M€ en 2018³³ ».

Ce montant est nettement inférieur au taux recommandé par l'ARS dans son rapport d'analyse du 25 août 2014. L'ARS avait en effet proposé une aide en capital de 35 %, soit 29,2 M€ dans l'hypothèse d'une opération à 83,4 M€ TDC. Ce montant apparaissait à l'époque « optimal au regard des indicateurs d'endettement » de la structure³⁴.

Une estimation contestable du coût de l'opération

Le marché de maîtrise d'œuvre a été confié en 2015 à un groupement par un marché forfaitaire de 6,8 M€ TTC³⁵.

Un premier avant-projet sommaire (APS) a été rejeté le 20 novembre « en raison d'un dépassement prévisionnel du montant des travaux de près de 18 % par rapport à l'estimation en phase d'esquisse » (+ 7,3 M€ HT), soit un coût de la construction de 48,98 M€ HT contre 41,66 M€ HT initialement en phase esquisse. Ce dépassement est imputable à une augmentation des surfaces portées à 21 780 m² contre 20 952 m² en phase esquisse (et tel que validé en 2015 par le COPERMO).

³⁰ En 2020, année de mise en service, les gains sont évalués à 5 M€ (2,9 M€ d'économies en exploitation, et 2,1 M€ de produits d'exploitation supplémentaires).

³¹ Source : *Rapport d'évaluation socio-économique préalable*, ARS Languedoc-Roussillon, 4 mai 2015, p. 49.

³² Courrier du 2 juillet 2015 du directeur général de l'offre de soins.

³³ PGFP 2017-2026, p. 6.

³⁴ Cette recommandation n'avait pas été reprise dans l'actualisation du rapport d'analyse du 4 mai 2015.

³⁵ Le montant prévisionnel des honoraires de la maîtrise d'œuvre est devenu contractuel lors de l'approbation de la phase APD (avant-projet détaillé).

Un deuxième APS a ensuite été présenté ramenant le montant prévisionnel de la construction à 45,74 M€ HT, soit une augmentation de 4,08 M€ HT par rapport à la phase esquisse (+ 9,8 %) avec une surface de la construction portée à 21 163 m².

Il a été validé par le CHU le 9 juillet 2016 sous réserve du respect du montant proposé initialement de 41,66 M€ HT.

Le CHU, en contrepartie, a accepté de réaliser les économies suivantes par rapport au projet initial :

- le plateau de recherche laissé en état de clos et couvert restant à aménager, impliquant des travaux complémentaires d'aménagement intérieurs non budgétés ;
- la suppression d'une liaison piétonnière entre le rez-de-chaussée de l'hôpital Lapeyronie et les futurs laboratoires ;
- la suppression des espaces suivants : réserve foncière pour les besoins de production frigorifique du futur bâtiment « femme-mère-enfant » et du parc de stationnement automobile ;
- le non-équipement de l'un des quatre appareils élévateurs « monte-chARGE » prévu au projet avec maintien de la gaine béton pour préserver la possibilité d'un équipement ultérieur.

La chambre relève que les ajustements architecturaux peuvent être justifiés (cas notamment de la liaison piétonnière entre l'hôpital Lapeyronie et les futurs laboratoires).

En revanche, l'abandon d'éléments structurants du projet (notamment l'aménagement de l'étage consacré à la recherche), s'il permet de se rapprocher de l'enveloppe prévisionnelle validée par le COPERMO, témoigne une probable sous-évaluation du projet initial par la maîtrise d'œuvre.

Cette situation est notamment imputable à une modification des surfaces et à la redéfinition des besoins entre les projets de 2014 et 2015 par le COPERMO, alors même que le concours avait été lancé en novembre 2013.

2. UNE DÉMARCHE DE CERTIFICATION DES COMPTES AUX RÉSULTATS POSITIFS

Le CHU, centre hospitalier faisant partie de la première vague des établissements publics de santé, a été soumis à la certification de ses comptes³⁶.

La démarche a été conduite en deux étapes.

Tout d'abord, le CHU, accompagné par un cabinet d'audit, a préparé à partir de 2011 la certification en constituant une cellule d'audit interne et de fiabilisation des comptes.

Ensuite, un commissaire aux comptes a été désigné depuis le 1^{er} janvier 2014 pour une durée de six ans.

³⁶ L'établissement s'était porté candidat pour faire partie de la première vague des centres hospitaliers soumis à l'obligation prévue par l'article L. 6145-16 du code de la santé publique.

Les comptes ont été certifiés sincères pour chaque exercice depuis 2014. Deux chantiers prioritaires ont été menés³⁷ :

- la correction de durées d'amortissement et la mise à jour de l'inventaire en résultant ;
- la mise en conformité des provisions avec la nomenclature M21.

La bonne mise en œuvre de ces corrections a permis de lever les réserves énoncées par le commissaire aux comptes.

2.1. Le principe de sincérité et de régularité

2.1.1. Une amélioration du suivi des immobilisations

Les opérations de mise à jour de l'actif menées entre 2013 et 2016 en liaison avec le commissaire aux comptes ont permis de fiabiliser l'inventaire physique et comptable. Par ailleurs, celui-ci est en concordance avec l'état de l'actif tenu par le comptable public.

2.1.2. L'intégration des immobilisations en cours

Les travaux en cours ont augmenté passant de 30,9 M€ en 2011 à 77 M€ en 2014 soit 8,3 % des immobilisations. L'établissement a réintégré ces travaux à compter de 2015 sur un compte d'imputation définitive marquant ainsi la fin d'un cycle d'investissement (restructuration des blocs opératoires et de la réanimation de l'hôpital Lapeyronie ainsi que du parcours patient en obstétrique). En 2016, les travaux en cours ne représentaient plus que 2,3 % des immobilisations. Ce ratio devait augmenter en 2017 avec le lancement de l'opération de reconstruction sur un site unique des laboratoires.

tableau n° 7 : Évolution des immobilisations

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moy
Immobilisation incorporelles	24 984 697	29 327 900	35 513 875	34 188 646	39 297 563	39 217 976	9,4%
Immobilisations corporelles	809 507 696	854 383 429	879 040 388	895 836 465	925 672 875	921 508 905	2,6%
Travaux en cours	30 863 999	49 043 769	57 440 967	76 992 685	47 178 414	21 628 314	-6,9%
Dont immobilisations corporelles en cours	-	-	-	-	-	-	N.C.
Dont immobilisations incorporelles en cours	-	-	-	-	-	-	N.C.
Dont avances et achats sur commandes d'imm. Incorporelles	2 003 786	3 836 922	7 458 482	8 650 409	4 849 781	2 617 883	5,5%
Dont avances et achats sur commandes d'imm. corporelles	28 860 213	45 206 847	49 982 485	68 342 276	42 328 633	19 010 431	-8,0%
Rapport entre les travaux en cours et les immobilisations	3,70%	5,55%	6,28%	8,28%	4,89%	2,25%	-9,5%

Source : CRC, d'après Anafî M21

2.2. Le principe d'indépendance des exercices et le rattachement des charges et des produits : des recettes à classer ou à régulariser rapidement

Au terme de l'instruction M21, « les opérations qui ne peuvent être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif ».

³⁷ Le niveau d'information financière était conforme dès 2011 aux dispositions des articles L. 6145-1 à L. 6145-17 et R. 6145-1 à R. 6145-73 du code de la santé publique et ne nécessitait dès lors pas d'ouvrir un chantier spécifique.

tableau n° 8 : Dépenses et recettes à classer ou à régulariser

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moy
Dépenses à classer ou à régulariser	117 398	235 802	85 365	23 966	113 425	1 525	-58,1%
Recettes à classer ou à régulariser	13 729 166	5 938 878	2 864 764	4 494 102	6 781 374	11 126 924	-4,1%

Source : CRC

Si les dépenses à classer ou à régulariser n'appellent pas globalement d'observation en raison de leur caractère marginal, en revanche, la chambre constate que le montant des recettes à classer inscrit pour 2016, 11,1 M€, soit 1,5 % des produits de l'activité hospitalière, fausse le résultat.

L'ordonnateur précise que le montant des recettes à classer résulte d'un instantané pris le 31 décembre, très sensible aux événements des derniers jours de l'année. Certains virements importants, parfois de l'assurance maladie, sont arrivés sur le compte du CHU dans les jours précédant la fin de l'exercice et n'ont pu être régularisés immédiatement. Ils le sont systématiquement après quelques jours et ce tout au long de l'année, en collaboration étroite avec le comptable public.

La chambre invite le CHU à poursuivre cette démarche de classement ou de régularisation des recettes concernées.

2.3. Le principe de prudence : une mise en conformité des provisions avec la nomenclature M21

2.3.1. Une meilleure analyse des risques financiers

Le CHU a mis en place un comité pour évaluer annuellement le risque auquel il était soumis en matière de constitution de provisions. Les services concernés sont ainsi réunis chaque année par la direction générale pour évaluer précisément le risque et la nécessité de constituer ou de reprendre en conséquence des provisions.

2.3.2. Une démarche de certification ayant conduit à des corrections en situation nette

L'ensemble des provisions constituées par le CHU a diminué entre 2011 et 2016 de 21 %. Ce mouvement est imputable, pour l'essentiel, à la réduction des « autres provisions pour risques et charges » (- 68,9 %). Pour autant, les provisions sur les CET des agents ont augmenté de 123,6 % (9,4 M€ au 31 décembre 2016, les charges de personnel s'élevant à 523,2 M€).

tableau n° 9 : Provisions inscrites au bilan

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. période	var. moy. annuelle
Provisions pour renouvellement des immobilisations	3 860 258	4 919 832	4 725 095	4 468 667	3 724 860	3 510 797	-9,1%	-0,9%
Provisions sur compte épargne temps	8 672 339	9 357 697	26 081 649	22 859 090	19 456 085	19 395 261	123,6%	31,8%
Provisions pour risques d'exploitation	1 891 479	4 785 621	3 171 444	2 788 973	5 383 752	2 679 781	41,7%	30,0%
Provisions pour charges de gros entretien	3 282 700	-	-	-	-	-	-100,0%	non pertinent
Autres provisions pour charges	24 175 015	7 762 554	2 354 466	2 046 460	1 767 073	7 509 783	-68,9%	32,1%
Total provisions	41 881 791	26 825 704	36 332 654	32 163 190	30 331 770	33 095 622	-21,0%	-1,7%

Source : CRC, d'après logiciel Anafî M21

Les provisions pour renouvellement des immobilisations et celles pour risques d'exploitation n'appellent pas d'observation.

2.3.2.1. Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps

Une sous-estimation jusqu'en 2013 des provisions pour CET

Les provisions sur compte épargne temps ont fortement augmenté entre 2011 et 2016 (+ 124 %) et notamment entre 2012 et 2013 (+ 179 %, soit 16,7 M€).

tableau n° 10 : Évolution des provisions sur le compte épargne temps

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. période	var. moy. annuelle
Provisions sur compte épargne temps	8 672 339	9 357 697	26 081 649	22 859 090	19 456 085	19 395 261	123,6%	31,8%

Source : CRC, d'après Anafî21

Les montants inscrits ne correspondent toutefois pas au nombre de jours de CET enregistrés par les agents de l'établissement. Le niveau des provisions inscrites en 2011 et 2012 ne permettait en effet de couvrir que 50 % des journées épargnées. La préparation de la mise en œuvre de la certification a conduit à procéder à des corrections en situation nette en balance d'entrée en 2013.

tableau n° 11 : Dotations et reprises des provisions sur CET ainsi que corrections en situation nette en balance d'entrée

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. période	var. moy. annuelle
Dot. aux prov. sur compte épargne temps (CET)	767 224	1 050 538	738 619	2 409 721	20 132	376 038	-51,0%	380,4%
- Reprise sur prov. sur compte épargne temps	382 666	365 180	2 120 280	1 564 236	3 423 137	436 862	14,2%	96,3%
= Dotations nettes aux prov. sur CET	384 558	685 358	- 1 381 661	845 485	- 3 403 005	- 60 824	-115,8%	-197,1%
Correction en situation nette		-	18 105 613	- 4 068 044	-	-		non pertinent

Source : CRC

Les provisions sur les CET ont ainsi été augmentées de 18 105 613 € (13 452 562 € pour le personnel médical et 4 653 051 € pour le personnel non médical).

Une correction en situation nette en 2014 révélant une épargne de jours de récupération en dehors du cadre réglementaire

Sur l'exercice 2014, l'établissement a procédé à une correction en situation nette en déduisant 4 068 044 € de la provision pour les CET correspondant à des jours de réduction du temps de travail (JRTT) et d'heures supplémentaires qui n'avaient pas été enregistrés par les agents sur les CET. Après échange avec le commissaire aux comptes, l'équivalent de ces heures a été affecté en « charges à payer » (c/42868).

Le provisionnement des jours sur le compte 153 est réservé aux jours épargnés dans le cadre du compte-épargne temps (congés annuels, report d'heures ou de jours de réduction du temps de travail ou d'heures supplémentaires non compensées ni indemnisées)³⁸. Les jours de réduction de temps de travail et les heures supplémentaires non enregistrés dans un CET ne peuvent y être provisionnés. Dès lors, la correction en situation nette de ces jours de réduction du temps de travail est conforme aux principes posés par la nomenclature M21.

³⁸ Sous réserve des dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 17 avril 2014.

Néanmoins, le dispositif de « CET bis³⁹ » appelé localement « la chaussette » appelle une observation. Il ne repose sur aucune base légale ni réglementaire et ne permet pas de garantir la créance sociale détenue par l'établissement et permet, lorsque les heures sont payées, une valorisation sur une base indiciaire souvent plus favorable à la monétisation prévue sur une base forfaitaire⁴⁰.

L'ordonnateur indique que le nouveau logiciel de gestion du temps de travail, en cours de déploiement, permettra de distribuer dans des compteurs de temps identifiés les jours de RTT, les heures d'astreinte à récupérer, les heures de dépassement de vacations de travail et les heures d'astreinte ou supplémentaires à payer. Pour autant, cette solution technique n'est pas suffisante.

En effet, la chambre rappelle que seul le CET constitue une dérogation à la règle de l'annualité des congés et invite dès lors l'établissement à mettre un terme au système de la « chaussette » en proposant aux agents de solliciter l'inscription de ces jours dans un CET et à constituer la provision correspondante.

En l'absence d'enregistrement de ces jours dans un CET, la chambre rappelle que le paiement de leur équivalent ne saurait être pris en charge au cours de l'exercice suivant. Le montant figurant au compte 42868 représentait, à la fin de l'exercice 2016, 9 422 595 €.

2.3.2.2. Les autres provisions pour charges : un apurement progressif conforme aux dispositions prévues par la DGOS

Les autres provisions pour charges ont fortement varié au cours de la période avec un apurement progressif des provisions non justifiées jusqu'en 2015. Le CHU a opté en effet pour des reprises étaillées jusqu'à l'achèvement des opérations.

tableau n° 12 : Évolution des autres provisions pour charges – en euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. période	var. moy. annuelle
Autres provisions pour charges	24 175 015	7 762 554	2 354 466	2 046 460	1 767 073	7 509 783	-68,9%	32,1%

Source : CRC

Cette solution est conforme aux préconisations de la fiche établie en 2011 par la DGOS apurement du compte 158 « Autres provisions pour charges » et la comptabilisation en contreparties de produits constatés d'avance.

Pour autant, une provision réalisée dans le domaine de la recherche clinique pour un montant de 12,2 M€ appelle quelques précisions. Cette provision a été constituée au fil des exercices antérieurs à 2011 par les reliquats de chaque programme de recherche clinique pour lequel le CHU avait été retenu et qui n'avaient pas été dépensés. Cette provision représentait 9,15 M€ en 2012 et 3,05 M€ en 2013.

En 2012 et 2013, les montants repris ont été affectés au financement de l'ensemble des programmes de recherche clinique de l'année 2012 et pour partie de ceux de 2013. Dans le même

³⁹ Ce terme est emprunté au rapport de D. Acker, rapport sur les comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2005. Les « CET bis » sont ainsi définis comme une « pratique qui consiste à tenir, en général au niveau des services, la comptabilité des heures et jours dus aux agents par suite d'heures supplémentaires effectuées ou d'annulation de jours de repos. Ces comptes sont soldés au fur et à mesure des jours redonnés, mais sont régulièrement alimentés. »

⁴⁰ Article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2012 : soit 125 €, 80 € et 65 € respectivement pour les agents de catégories A, B et C.

temps, les produits perçus par le CHU pour le même objet ont été affectés directement en 2012 en produits constatés par avance pour un montant identique (soit 9,15 M€). Si cette solution a permis d'apurer sur deux exercices l'intégralité d'une provision non justifiée et ce, sans affecter le résultat comptable, elle a cependant grevé la marge brute et la capacité d'autofinancement respectivement de 9,15 M€ en 2012 puis de 3,05 M€ en 2013.

Au surplus, en 2012, 4,97 M€ de crédits complémentaires ont fait l'objet d'un mécanisme similaire, à savoir une reprise sur les autres provisions pour charges pour financer directement les dépenses d'exploitation correspondantes, tout en affectant un montant identique en produits constatés par avance, dégradant également la marge brute et la CAF d'autant.

3. UN ÉTABLISSEMENT EN COURS DE REDRESSEMENT FINANCIER

Le CHU de Montpellier comprend un budget principal (H) et trois budgets annexes : unité de soins de longue durée (USLD – budget B), écoles paramédicales (budget C) et trois budgets P : centre d'action médico-social précoce (CAMSP), centre de ressource autisme (CRA) et centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les produits et charges de l'activité du budget H ont représenté, sur la période, 97,5 % du total des produits et charges de l'ensemble des budgets de l'établissement. Cette part a été légèrement croissante tant pour les produits (+ 0,5 point) que pour les charges (+ 0,4 point). Entre 2011 et 2016, les produits ont augmenté plus rapidement que les charges.

tableau n° 13 : Évolution des produits et des charges du compte de résultat consolidé et du compte de résultat principal (budget H)

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	variation période	var. an. moy. 2011/2016
Total des produits du compte de résultat consolidé	763 086 514	790 057 985	801 844 803	859 487 832	875 615 956	900 263 260	18,0%	3,4%
Total des charges du compte de résultat consolidé	776 678 778	800 605 753	806 308 999	859 141 105	875 178 445	892 032 921	14,9%	2,8%
Total des produits du budget H	741 507 436	769 316 353	781 277 930	838 713 762	854 643 162	879 145 814	18,6%	3,5%
Total des charges du budget H	756 061 756	779 801 706	786 046 966	838 666 713	854 562 483	871 366 500	15,3%	2,9%
<i>Produits du budget H rapportés au total des produits du compte de résultat consolidé</i>	97,2%	97,4%	97,4%	97,6%	97,6%	97,7%	moyenne de la période	97,5%
<i>Charges du budget H rapportés au total des charges du compte de résultat consolidé</i>	97,3%	97,4%	97,5%	97,6%	97,6%	97,7%		97,5%

Source : CRC

3.1. Le passage d'un déficit de 22,3 M€ en 2011 à un excédent de 7,8 M€ en 2016

L'ensemble des produits du budget principal du CHU a évolué de 3,5 % en moyenne annuelle sur la période. Les charges ont augmenté dans une proportion moindre (+ 2,9 %), permettant de passer d'un déficit de 14,55 M€ en 2011 à un excédent de 7,78 M€ en 2016. L'exercice 2017 a été clôturé par un excédent consolidé de 1 M€.

tableau n° 14 : Évolution synthétique du compte de résultat principal – en euros

produits - budget H	2011	2012	2013	2014	2015	2016	variation période	var. an. moy. 2011/2016
titre 1 - produits versés par l'assurance maladie	602 498 919	591 442 124	606 762 559	629 349 043	673 421 994	699 582 574	16,1%	3,1%
titre 2 - autres produits de l'activité hospitalière	56 256 716	62 238 960	61 654 528	61 936 043	63 314 125	61 681 195	9,6%	2,0%
titre 3 - autres produits	82 751 801	115 635 269	112 860 843	147 428 677	117 907 043	117 882 045	42,5%	9,6%
total des produits	741 507 436	769 316 353	781 277 930	838 713 762	854 643 162	879 145 814	18,6%	3,5%
 charges - budget H	 2011	 2012	 2013	 2014	 2015	 2016	 variation période	 var. an. moy. 2011/2016
titre 1 - charges de personnel	472 444 621	485 468 083	493 390 140	501 772 326	512 963 964	518 309 230	9,7%	1,9%
titre 2 - charges à caractère médical	154 503 529	164 069 990	164 375 384	219 392 564	215 083 601	225 871 841	46,2%	8,6%
titre 3 - charges à caractère hôtelier et général	57 125 721	68 937 932	62 073 198	64 452 595	67 034 914	71 084 688	24,4%	4,9%
titre 4 - charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	71 987 886	61 325 701	66 208 245	53 049 227	59 480 003	56 100 741	-22,1%	-4,1%
total des charges	756 061 756	779 801 706	786 046 966	838 666 713	854 562 483	871 366 500	15,3%	2,9%
Excédent / Déficit	- 14 554 320	- 10 485 353	- 4 769 036	47 049	80 679	7 779 314	-153,5%	1886,1%

Source : CRC, d'après comptes de résultats

La chambre note toutefois qu'en 2011 et en 2012, le CHU a obtenu respectivement 7,78 M€ et 8,65 M€ d'aides au retour à l'équilibre de l'ARS. Le déficit réel était donc de 22,3 M€ en 2011 et de 19,1 M€ en 2012.

tableau n° 15 : Évolution du compte de résultat principal après retraitement des aides en trésorerie

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Excédent / Déficit	- 14 554 320	- 10 485 353	- 4 769 036	- 660 099	80 680	7 779 314
Aide en trésorerie de l'ARS	7 782 700	8 650 000	-	-	-	-
Excédent / Déficit après retraitement des aides en trésorerie de l'ARS	- 22 337 020	- 19 135 353	- 4 769 036	- 660 099	80 680	7 779 314

Source : CRC

L'amélioration de la situation financière du CHU est, pour partie, la conséquence du contrat de performance 2011-2014. Au global, la démarche « performance » du CHU a permis de réaliser 31 M€ de gains⁴¹.

3.2. Une amélioration de la marge brute

3.2.1. Un chiffre d'affaires lié à l'activité hospitalière et aux rétrocessions de médicaments

Le chiffre d'affaires consolidé du CHU est passé de 706 M€ en 2011 à 835 M€ en 2016, soit une hausse de 129 M€ (+ 18,3 %). Cette progression est constante sur l'ensemble de la période. Elle s'explique principalement par l'augmentation des produits de l'activité (12,3 %, soit (80,96 M€) et, pour une moindre mesure par la hausse des rétrocessions de médicaments (5 % du total du chiffre d'affaires, soit 24,8 M€).

⁴¹ Source : Mission d'évaluation de la situation du CHU de Montpellier – mission T0 (COPERMO), IGAS, mai 2017.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

tableau n° 16 : La formation du chiffre d'affaires du compte de résultat consolidé

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
Produits de l'activité hospitalière	658 755 635	653 681 084	664 000 510	690 765 129	716 691 242	739 561 294	12,27%
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	12 861 745	12 415 654	12 366 703	12 483 531	12 736 623	13 016 135	1,20%
= Produits de l'activité (a)	671 617 379	666 096 738	676 367 213	703 248 660	729 427 865	752 577 429	12,05%
Produits annexes du budget H	5 367 286	5 975 009	6 399 122	6 097 004	7 247 812	7 159 965	33,40%
+ Pdts annexes des budgets annexes	52 356	24 470	22 639	21 361	7 564	6 596	-87,40%
= Produits annexes (b)	5 419 642	5 999 479	6 421 761	6 118 365	7 255 376	7 166 561	32,23%
Prestations services, tvx, études, divers (c)	2 295 944	2 403 204	2 351 122	2 317 375	2 318 337	2 568 545	11,87%
Dont prestations du budget H	342 631	351 147	344 914	343 080	345 544	593 223	73,14%
Dont prestations du budget C	1 953 312	2 052 057	2 006 209	1 974 295	1 972 794	1 975 321	1,13%
Rétrocessions de médicaments et ventes de produits (d)	20 804 296	22 812 979	17 889 940	57 884 890	46 188 378	45 604 614	119,21%
Dont rétrocession de médicaments (budget H)	16 415 080	19 194 840	17 582 922	57 884 890	46 188 378	45 604 614	177,82%
Dont autres ventes de produits (budget H)	4 389 216	3 618 139	307 018	-	-	-	-100,00%
Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité (e)	6 097 042	12 299 564	24 354 059	27 003 999	26 275 572	27 493 529	350,93%
Dont sub. d'exploitation budget H	1 164 335	7 330 563	19 281 223	21 803 036	21 793 700	23 165 437	1889,59%
Dont sub. d'exploitation budget C	4 932 707	4 969 001	5 072 836	5 200 963	4 481 872	4 328 092	-12,26%
= Chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)	706 234 303	709 611 964	727 384 095	796 573 290	811 465 530	835 410 678	18,29%

Source : CRC, d'après logiciel Anafî M21

3.2.1.1. Une croissance des produits de l'activité hospitalière de plus de 3 % en moyenne annuelle

L'augmentation des produits de l'activité est liée à celle des produits de la tarification à l'activité (+ 60,38 M€ entre 2011 et 2016), des produits forfaitaires (+ 6,38 M€ entre 2011 et 2016), de ceux faisant l'objet d'une tarification spécifique (+ 8,61 M€ entre 2011 et 2016, avec une croissance particulièrement marquée à compter de 2015) et de ceux non pris en charge par l'assurance maladie (+ 5,42 M€ entre 2011 et 2016).

tableau n° 17 : Détail des produits de l'activité hospitalière

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Moy. Ann. Période
Produits de la tarification à l'activité (a)	358 883 146	362 047 521	377 516 682	393 069 535	401 393 184	419 265 066	16,82%	3,17%
Produits forfaitaires (b)	204 627 165	189 286 056	183 215 949	192 985 228	206 316 917	211 010 613	3,12%	0,76%
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	563 510 311	551 333 577	560 732 631	586 054 763	607 710 101	630 275 679	11,85%	2,29%
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	38 988 608	40 108 547	41 613 351	42 774 323	45 667 016	47 604 420	22,10%	4,08%
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	602 498 919	591 442 124	602 345 982	628 829 086	653 377 117	677 880 098	12,51%	2,41%
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	56 256 716	62 238 960	61 654 528	61 936 043	63 314 125	61 681 195	9,64%	1,96%
Produits de l'activité hospitalière (e+f)	658 755 635	653 681 084	664 000 510	690 765 129	716 691 242	739 561 294	12,27%	2,36%
en % des produits d'exploitation	93,27%	92,09%	91,27%	86,70%	88,30%	88,51%		

Source : CRC, d'après logiciel Anafî M21

Les produits de la tarification à l'activité représentaient en 2016 plus de 56 % des produits de l'activité hospitalière. Ils ont progressé de 3,17 % en moyenne annuelle au cours de la période, avec une croissance plus marquée à compter de 2013, malgré une baisse continue des tarifs.

Une hausse de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique

L'activité du CHU a significativement augmenté tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire. Elle est ainsi passée de 68 775 séjours en 2011 à 77 149 séjours en 2016 soit une hausse de 12,2 %. Dans le même temps, la part de l'ambulatoire, a augmenté de 37,7 % passant de 32 112 séjours en 2011 à 44 234 séjours en 2016.

tableau n° 18 : Évolution des séjours d'hospitalisation complète et d'ambulatoire entre 2011 et 2016

en séjours (RSA)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	variation 2011/2016
Nombre de RSA de médecine (hospitalisation complète)	43 701	44 233	44 081	44 793	45 606	51 242	17,3%
Nombre de RSA de chirurgie (hospitalisation complète)	20 997	20 661	21 391	21 264	20 993	21 578	2,8%
Nombre de RSA d'obstétrique (hospitalisation)	4 077	4 071	4 240	4 313	4 464	4 329	6,2%
Total MCO en hospitalisation complète	68 775	68 965	69 712	70 370	71 063	77 149	12,2%
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	23 451	27 406	27 886	29 817	30 125	33 633	43,4%
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	6 700	6 784	7 492	8 205	8 480	8 856	32,2%
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	1 961	1 883	1 873	2 020	1 739	1 745	-11,0%
Total MCO en ambulatoire	32 112	36 073	37 251	40 042	40 344	44 234	37,7%
Total nombre de séjours	100 887	105 038	106 963	110 412	111 407	121 383	20,3%

Source : CRC d'après PMSI/Hospidiag

Cette croissance de l'activité concerne l'ensemble des séjours de médecine et chirurgie tant d'hospitalisation complète que d'ambulatoire. Le nombre de séjours d'hospitalisation complète en obstétrique est en hausse de 6,2 %. Les séjours réalisés en ambulatoire sont en revanche en diminution de 11 %. Selon le CHU, ce phénomène est lié à l'activité d'hospitalisation de jour en obstétrique, qui a augmenté jusqu'en 2013. A partir de 2014, un travail des équipes sur les protocoles de prise en charge a été réalisé dans l'objectif de répondre aux recommandations de la Haute autorité de santé. Ceci a conduit à mettre en place des protocoles de prise en charge en externe par substitution à l'hôpital de jour. Dans la même période, les équipes du CHU ont développé les consultations et soins externes, de même que l'activité d'hospitalisation à domicile.

La mise en place d'un plan d'action pour le développement de la chirurgie ambulatoire a pour objectif d'atteindre l'objectif assigné par l'ARS, soit 40 % en 2018 (contre une prévision de 34,9 % en 2017)⁴².

Le CHU peut, par ailleurs, optimiser l'utilisation de son bloc opératoire compte tenu des effectifs d'anesthésistes et d'infirmiers anesthésistes (IADE). En 2016, le nombre d'ICR⁴³ produit par ETP d'anesthésiste et d'IADE était de 13 857, contre 22 227 pour les 20 % des CHU les plus performants⁴⁴.

Enfin, le nombre des accouchements est en hausse de 6,8 %, alors même que le nombre de naissances du département de l'Hérault est en diminution de 1,8 %.

⁴² Source : CHU selon données arrêtées au 30 septembre 2017.

⁴³ L'indice du coût relatif (ICR) est l'unité d'œuvre des actes médico-techniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles.

⁴⁴ Source: Hospidiag/ATIH. Indice RH 2.

tableau n° 19 : Évolution du nombre d'accouchements entre 2011 et 2016⁴⁵

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	variation 2011/2016
Nombre d'accouchements	3 337	3 387	3 435	3 606	3 690	3 565	6,8%
Nombre d'accouchements du département de l'Hérault	13 000	12 902	12 899	13 008	12 919	12 761	-1,8%

Source : CRC d'après PMSI/Hospidiag

Les travaux sur le bloc obstétrical ainsi que sur le parcours patient depuis l'accueil des urgences étant achevés depuis 2017, la hausse de l'activité d'obstétrique devrait se poursuivre sans nécessiter un accroissement des moyens humains dédiés. En effet, le ratio du nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme était de 34 pour le CHU en 2016, contre 38 pour les 20 % des CHU les plus performants⁴⁶.

L'ordonnateur considère que cet indicateur, basé sur le nombre d'ETP déclaré dans la base de données « statistique annuelle des établissements de santé » (SAE), est perturbé par la prise en compte d'activités spécifiques. Ainsi, pour le CHU de Montpellier, sur 87,6 ETP, 8,7 sont affectés à des activités spécifiques.

En excluant du calcul les effectifs liés à ces activités très spécifiques, le ratio s'établirait à 37, soit un niveau très proche de celui des meilleurs CHU.

tableau n° 20 : Les activités spécifiques prises en charge par les sages-femmes

Activité spécifique	ETP SF
Recherche clinique	0.1
Tabacologie	0.52
Comité Régional d'Orientation Périnatale	4.06
Diagnostic Pré-Implantatoire	1.53
Orthogénie	1.45
Gestion pôle	1
TOTAL	8.66

Source : CHU de Montpellier

La chambre ne partage cependant pas cette analyse. L'ensemble des CHU de France est en effet soumis à des contraintes comparables comme la prise en charge de missions d'orientation périnatale, du diagnostic préimplantatoire ou encore de l'orthogénie. L'organisation en pôles n'est pas non plus spécifique au CHU de Montpellier. Les données issues de la SAE peuvent donc être comparées dans l'état aux données issues des autres centres hospitaliers universitaires.

Une optimisation de l'offre capacitaire des lits et places à poursuivre

Si les taux d'occupation en chirurgie et en obstétrique sont en amélioration, ils ne progressent pas en médecine.

Par ailleurs, les performances du CHU de Montpellier sont systématiquement inférieures à celles des CHU du 8^{ème} décile (parmi les 80 % les plus performants). En médecine, la performance

⁴⁵ La diminution du nombre d'accouchements entre 2015 et 2016 est imputable à des travaux relatifs aux liaisons entre les différentes unités et la reconstruction du secteur d'accueil des urgences obstétricales.

⁴⁶ Source: Hospidiag/ATIH. Indice RH1.

de Montpellier est même inférieure à celle des CHU composant le 2^{ème} décile (parmi les 20 % les moins performants). Ainsi, en dépit de l'augmentation de l'activité de médecine, le taux d'occupation des lits demeure perfectible en raison d'un dimensionnement capacitaire⁴⁷ trop élevé et de durées moyennes de séjour en diminution en chirurgie et en médecine.

tableau n° 21 : Évolution des taux d'occupation des lits

		2012	2013	2014	2015	2016	Tendance période	Moy. Annuelle
CHU Montpellier	médecine	69,9	67	66,2	66,6	68,6	-1,86%	-0,43%
	chirurgie	91	98,5	109,5	108,5	105,4	15,82%	3,91%
	obstétrique	67,6	65,1	67,3	73,8	69,8	3,25%	0,98%
Total CHU 2 ^{ème} décile (-performants)	médecine	71,1	69,8	69,6	69,7	70,4	-0,98%	-0,24%
	chirurgie	84,8	86,6	86,8	86,2	88,6	4,48%	1,11%
	obstétrique	56	58,2	56	60,1	60,1	7,32%	1,87%
Total CHU 8 ^{ème} décile (+performants)	médecine	82,7	83,3	83,7	82,4	84	1,57%	0,40%
	chirurgie	97,8	102,6	107,1	110,4	111,2	13,70%	3,27%
	obstétrique	72,7	74,2	74	73,8	74,5	2,48%	0,62%

Source : CRC d'après PMSI/Hospidiag

L'ordonnateur indique qu'il s'engage à poursuivre ses projets pour améliorer le taux d'occupation. Des restructurations de service sont programmées pour arriver à ce résultat et permettre des économies sur la masse salariale, le développement d'autres projets ou favoriser les « opérations tiroirs » pour les travaux d'amélioration des conditions hôtelières ou de mise en sécurité.

Il émet cependant des réserves sur la pertinence de l'indicateur du taux d'occupation des lits et sur l'interprétation qui pourrait en découler en raison du classement des activités de soin de la chirurgie-obstétricale, en chirurgie et de la réanimation chirurgicale, en médecine. Il fait en effet valoir qu'une partie de l'activité d'obstétrique est valorisée en chirurgie et qu'une partie de l'activité de chirurgie, l'est en médecine.

La chambre considère cependant qu'il n'existe aucun indicateur alternatif permettant d'établir un parangonnage avec les autres établissements du même type : la seule référence nationale aujourd'hui admise est celle issue du PMSI à laquelle il convient de se reporter en prenant en compte les limites méthodologiques exposées précédemment.

- Une adaptation des possibilités d'accueil de l'établissement limitée par des contraintes architecturales

La taille des unités d'hospitalisation est majoritairement inférieure au ratio national de 28 à 30 lits. Ces unités sont également trop nombreuses au regard de la montée en charge de l'ambulatoire et peu fonctionnelles. Il est, dès lors, nécessaire à la fois de diminuer le nombre de lits de l'établissement et d'augmenter celui des unités d'hospitalisation regroupées afin d'optimiser les moyens humains et l'utilisation des plateaux techniques.

Un redimensionnement capacitaire de l'établissement a ainsi été engagé permettant de réduire l'offre de lits de 4,3 % entre 2011 et 2016 (- 91 lits), alors que dans le même temps le nombre de places a augmenté de 0,5 % (+ 3 places). Au total, le nombre de lits et places a diminué de 3,3 % au cours de la période (- 89 lits et places).

⁴⁷ Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'ambulatoire dont dispose un établissement de santé dans chaque discipline.

Un chantier « maquette organisationnelle » a été engagé depuis 2017 pour accélérer la refonte des organisations soignantes et médicales. Celui-ci se heurte toutefois à des contraintes architecturales majeures. Ainsi, les bâtiments Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve et, pour partie, Gui de Chauliac ne permettent pas d'installer des unités de la taille souhaitée sans engager des travaux touchant aux structures.

- Une durée moyenne de séjour performante en médecine et chirurgie mais à améliorer en obstétrique

La durée moyenne de séjour est un indicateur qui synthétise la performance de l'établissement et sa capacité à optimiser tant ses moyens humains que matériels dans une logique de tarification à l'activité.

Au CHU de Montpellier, le faible taux d'occupation des lits de médecine s'explique pour partie par l'amélioration de la durée moyenne de séjour entre 2012 et 2016 (- 8,6 %).

En chirurgie, la durée moyenne de séjour a été réduite de 10,1 % au cours de la même période.

Tant en médecine, qu'en chirurgie, le CHU de Montpellier se situait en 2016 dans les 20 % des établissements les plus performants.

tableau n° 22 : Évolution de la durée moyenne de séjour

		2012	2013	2014	2015	2016	Tendance période	Moy. Annuelle
CHU Montpellier	médecine	0,993	0,94	0,957	0,947	0,908	-8,56%	-2,17%
	chirurgie	1,034	0,983	0,984	0,988	0,93	-10,06%	-2,57%
	obstétrique	1,204	1,115	1,098	1,114	1,1	-8,64%	-2,18%
Total CHU 2ème décile (+ performants)	médecine	0,943	0,943	0,948	0,953	0,935	-0,85%	-0,21%
	chirurgie	0,953	0,967	0,964	0,969	0,971	1,89%	0,47%
	obstétrique	0,963	0,96	0,961	0,961	0,955	-0,83%	-0,21%
Total CHU 8ème décile (- performants)	médecine	1,074	1,061	1,075	1,072	1,064	-0,93%	-0,23%
	chirurgie	1,133	1,104	1,103	1,096	1,104	-2,56%	-0,64%
	obstétrique	1,121	1,119	1,129	1,117	1,095	-2,32%	-0,58%

Source : CRC d'après PMSI/Hospidiag

En obstétrique, le CHU a diminué de 8,6 % sa durée moyenne de séjour ; il se situait toutefois en 2016 parmi les 20 % des CHU ayant la durée moyenne de séjour la plus élevée.

La chambre l'invite à poursuivre la réduction de la durée moyenne de séjour en obstétrique sans attendre la construction d'un nouveau bâtiment.

3.2.1.2. Une progression des produits forfaitaires limitée à 3 %

Les produits forfaitaires ont diminué entre 2011 et 2013 (- 21,4 M€) puis augmenté à compter de 2014 pour s'établir à 211 M€ en 2016.

tableau n° 23 : Évolution des produits forfaitaires

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Var annuelle moy
Forfait urgences, prélèvements et transplantations	7 792 670	8 852 256	9 018 502	9 479 179	10 145 654	10 401 807	33,48%	6,03%
Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	122 648 993	104 458 390	98 760 907	108 102 368	121 038 168	125 383 379	2,23%	0,95%
dont MIG	105 477 939	87 385 117	94 986 492	103 100 043	117 803 392	124 972 562	18,48%	4,09%
dont AC (hors aides au retour à l'équilibre versées par l'ARS)	9 388 354	8 423 273	3 774 415	5 002 325	3 234 776	410 817	-95,62%	-31,11%
dont aides au retour à l'équilibre versées par l'ARS	7 782 700	8 650 000	-	-	-	-	non pertinent	
Dotations annuelles de financement (DAF)	74 185 502	75 975 410	75 436 540	75 403 681	75 133 095	75 225 427	1,40%	0,28%
Total produits forfaitaires	204 627 165	189 286 056	183 215 949	192 985 228	206 316 917	211 010 613	3,12%	0,76%

Source : CRC, d'après logiciel Anafî M21

La baisse initiale⁴⁸ s'explique principalement par la fin du versement des aides en trésorerie de l'ARS à compter de 2013 (16,4 M€) et par le transfert de crédits en FIR d'activités financées auparavant en MIG⁴⁹ (3,4 M€) ou en AC⁵⁰ (6,7 M€).

tableau n° 24 : Évolution des subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
Fonds d'intervention régional (FIR)	-	5 688 509	17 513 343	19 919 200	19 910 064	21 397 358	NC
+ Subvention de fonctionnement médecine légale	1 164 335	1 642 054	1 767 880	1 883 836	1 883 636	1 768 080	51,85%
= Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités	1 164 335	7 330 563	19 281 223	21 803 036	21 793 700	23 165 437	1889,59%

Source : CRC

3.2.1.3. Une hausse des rétrocessions de médicaments imputable principalement au Sovaldi

Les rétrocessions de médicaments correspondent aux recettes tirées de la vente au public des médicaments non disponibles en officine mais uniquement dans les pharmacies à usage intérieur dans les conditions prévues par l'article R. 5126-4 du code de la santé publique.

Ces ventes ont augmenté de 29,2 M€ entre 2011 et 2016 (+ 178 %) pour s'établir à 45,6 M€. Cette augmentation est principalement imputable à compter de 2014 (+ 40,3 M€ par rapport à 2013) à la mise à disposition du Sovaldi (traitement contre l'hépatite C dont la prise en charge revenait à 600 €/jour et par patient traité). La charge correspondante pour l'achat du médicament est inscrite en dépense à caractère médical et pharmaceutique.

tableau n° 25 : Évolution des produits des rétrocessions de médicaments et de ventes de produits

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Var annuelle moy
Rétrocessions de médicaments et ventes de produits	20 804 296	22 812 979	17 889 940	57 884 890	46 188 378	45 604 614	119,21%	38,03%
Dont rétrocession de médicaments (budget H)	16 415 080	19 194 840	17 582 922	57 884 890	46 188 378	45 604 614	177,82%	43,26%
Dont autres ventes de produits (budget H)	4 389 216	3 618 139	307 018	-	-	-	-100,00%	non pertinent

Source : CRC

⁴⁸ La baisse a été compensée partiellement par une augmentation de financement MERRI pour 2,4 M€.

⁴⁹ Consultations mémoires, équipe mobile de gériatrie et équipe mobile de soins palliatifs.

⁵⁰ Financements d'exploitation.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

3.2.1.4. Les autres produits

Les autres produits demeurent stables, à l'exception des produits annexes du budget H (pour l'essentiel les majorations pour chambres particulières).

tableau n° 26 : Évolution des produits annexes du budget principal

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moy
Pdts des services au personnel	2 220 107	2 284 264	2 253 936	2 207 714	2 243 203	2 164 621	-0,5%
+ Prestations délivrées aux usagers	1 265 210	2 369 316	2 952 222	2 794 480	3 698 650	3 734 082	24,2%
dont chambres	152	168	928	200	360	-	-100,0%
dont majoration chambre particulière	853 830	1 915 060	2 516 534	2 377 827	3 226 278	3 253 166	30,7%
dont autre prestations	411 228	454 088	434 759	416 452	472 013	480 916	3,2%
+ Prestations à des tiers	1 926 969	1 322 805	1 192 965	1 094 810	1 305 959	1 261 262	-8,1%
dont locations diverses et redevances	1 688 919	974 925	1 192 965	1 094 810	1 305 959	1 261 262	-5,7%
dont mise à disposition de personnel	238 050	347 880	-	-	-	-	-100,0%
- Rabais, remises et ristournes	45 000	1 376	-	-	-	-	-100,0%
= Produits annexes du budget H	5 367 286	5 975 009	6 399 122	6 097 004	7 247 812	7 159 965	5,9%
en % des produits d'exploitation	0,76%	0,84%	0,88%	0,77%	0,89%	0,86%	2,4%

Source : CRC, logiciel Anafi

La politique hôtelière de fermeture de lits et de transformation de chambres à deux lits en chambres individuelles⁵¹ a permis une augmentation des recettes de 853 830 € en 2011 à 3 253 166 € en 2016, soit une hausse de 2,4 M€ (+ 281 % au cours de la période).

Selon l'ordonnateur, la signature de conventions avec les mutuelles ainsi que la sensibilisation des services et des pôles cliniques grâce à la contractualisation d'objectifs quantifiés a également facilité la facturation de chambres individuelles.

3.2.2. Une valeur ajoutée en progression mais de moindre ampleur que celle du chiffre d'affaires

Sur la période, la valeur ajoutée a progressé de 10,3 % soit une variation annuelle moyenne de 2 % pour s'établir à 556 M€ (+ 52 M€), alors même que le chiffre d'affaires a augmenté de 18,3 %.

tableau n° 27 : Évolution de la valeur ajoutée

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	variation période	var. moy. annuelle
chiffre d'affaire	706 234 303	709 611 964	727 384 095	796 573 290	811 465 530	835 410 678	18,29%	3,46%
+ Production immobilisée (budget H)	77 657	240 913	152 653	157 730	200 393	159 709	105,66%	36,73%
= Produits d'exploitation	706 311 960	709 852 878	727 536 748	796 731 019	811 665 923	835 570 386	18,30%	3,46%
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	4 551 710	5 417 819	6 346 042	7 074 624	6 384 568	6 680 627	46,77%	8,51%
= Production propre	701 760 251	704 435 059	721 190 706	789 656 395	805 281 355	828 889 759	18,12%	3,43%
- consommation intermédiaire	197 676 303	216 165 576	209 063 224	262 759 778	262 368 537	272 797 492	38,00%	7,12%
= Valeur ajoutée	504 083 948	488 269 483	512 127 482	526 896 617	542 912 818	556 092 268	10,32%	2,02%

Source : CRC, logiciel Anafi

Si l'impact de la sous-traitance médicale sur la formation de la valeur ajoutée demeure limité, celle-ci augmente toutefois significativement entre 2011 et 2016 passant de 4,55 M€ à 6,68 M€, soit une hausse de 2,1 M€ (+ 46,77 %). Cette augmentation est imputable au transfert, au 1^{er} juillet 2012, des activités de dialyse réalisées en ambulatoire au groupement de coopération sanitaire HELP, situé sur le site de Lapeyronie.

⁵¹ Le nombre de lits concernés n'a pas pu être communiqué par le CHU.

Les consommations intermédiaires ont augmenté de 75,1 M€ entre 2011 et 2016 (+ 38 %). Cette évolution est imputable principalement aux achats de fournitures (+ 64,2 M€ sur la période) et aux autres services extérieurs (+ 9,7 M€).

Des achats de fournitures pour l'activité clinique

L'essentiel des achats de fournitures concerne les matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique (+ 46 M€ sur la période) et les fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique (+ 20,6 M€).

L'augmentation des achats de produits à caractère médical et pharmaceutique est principalement imputable à l'acquisition des médicaments Sovaldi et, dans une moindre mesure, Dazlinka et Olysic, soit 32,3 M€ pour la partie rétrocession et 188 k€ dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation (ATU)⁵² pour les hospitalisés.

La progression des dépenses de fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique s'explique par le recours à des dispositifs médicaux implantables (DMI)⁵³ donnant lieu à des remboursements en sus des tarifs ou de dispositifs médicaux stériles inclus dans les tarifs⁵⁴.

tableau n° 28 : Les achats de fournitures

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	variation période	var annuelle moyenne
Achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique	66 538 128	70 444 148	70 054 515	115 138 831	107 457 129	112 609 702	69,24%	11,1%
Fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique	68 216 249	73 244 011	73 690 285	81 655 489	85 132 471	88 884 070	30,30%	5,4%
Achats matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général	1 757 284	1 837 428	1 756 354	2 053 306	2 381 150	2 634 948	49,94%	8,4%
Alimentation	4 623 518	4 834 927	4 709 554	4 603 999	4 721 381	4 465 828	-3,41%	-0,7%
Fluides et autres consommables	16 682 982	16 767 753	14 733 614	14 103 188	14 731 718	14 373 541	-13,84%	-2,9%
Rabais, remise et ristourne	- 11 316	- 53 692	- 145	- 3 056	- 97 173	- 943 273	8235,75%	142,2%
Total des achats	157 806 845	167 074 576	164 944 177	217 551 755	214 326 676	222 024 816	40,69%	7,1%

Source : CRC, logiciel Anafi

Si les achats de matières et de fournitures sont en progression de 877 k€ sur la période, les dépenses d'alimentation ont baissé de 158 k€. Les fluides et autres consommables sont également en diminution de 2,3 M€.

Enfin, les remises et ristournes ont augmenté de 932 k€ sur la période, l'établissement bénéficie en effet d'escomptes en contrepartie de délais de paiement plus rapides.

Les autres services extérieurs

Les autres services extérieurs ont progressé de 9,7 M€ entre 2011 et 2016, soit une augmentation moyenne annuelle des dépenses de 9,3 %.

⁵² Utilisation exceptionnelle de spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché et ne faisant pas l'objet d'un essai clinique. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre une ATU lorsque les spécialités sont destinées à traiter, prévenir ou diagnostiquer des maladies graves ou rares, qu'il n'existe pas de traitement approprié et que l'efficacité de la spécialité proposée et sa sécurité d'emploi sont présumées en l'état des connaissances scientifiques.

⁵³ Il s'agit principalement pour les DMI d'une augmentation de la pose de valves percutanées à compter de 2014 (+ 2 M€ par rapport à 2013) et de l'augmentation de la pose de ventricules artificiels (+ 689 k€ en 2014).

⁵⁴ Les dispositifs médicaux stériles ont augmenté entre 2013 et 2014 (+ 1,1 M€) en raison notamment de la progression des activités d'électrophysiologie.

tableau n° 29 : Évolution des autres services extérieurs

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Var annuelle moy
Autres services extérieurs	17 516 882	27 278 054	24 851 468	24 003 981	25 765 692	27 283 789	55,8%	9,3%
Dont honoraires, frais d'actes et de contentieux	50 752	183 711	157 832	426 693	584 265	528 666	941,7%	59,8%
Dont informations, publications, relations	341 431	310 987	265 408	242 529	373 347	354 906	3,9%	0,8%
Dont transports d'usagers	4 616 033	4 962 071	5 204 918	5 179 896	5 765 905	6 943 475	50,4%	8,5%
Dont transports de biens et du personnel	1 381 653	1 451 894	2 477 840	2 652 970	2 870 892	2 865 773	107,4%	15,7%
Dont déplacements, missions, réceptions	842 579	1 169 775	1 028 431	1 163 250	1 402 806	1 295 036	53,7%	9,0%
Dont frais postaux et de télécommunications	1 543 984	2 121 644	1 394 596	1 518 039	1 498 982	1 528 162	-1,0%	-0,2%
Dont services bancaires et assimilés	12 241	23 735	87 186	24 975	53 786	27 323	123,2%	17,4%
Dont blanchisserie à l'extérieur	3 934	4 025	4 006	4 019	4 004	3 999	1,7%	0,3%
Dont alimentation à l'extérieur	138 535	144 621	143 449	165 460	194 205	194 603	40,5%	7,0%
Dont informatique	718 003	1 162 695	900 141	1 340 784	1 322 851	1 503 556	109,4%	15,9%
Dont autres prestations à caractère non médical	7 867 738	15 742 898	13 187 660	11 285 366	11 694 648	12 038 289	53,0%	8,9%

Source : CRC

L'évolution est principalement imputable à trois postes de dépenses : les transports d'usagers (+ 50,4 % entre 2011 et 2016) ; les transports de biens et du personnel (+ 1,02 M€ entre 2012 et 2013, soit + 70,7 %) ; les dépenses à caractère non médical (+ 7,88 M€ entre 2011 et 2012, soit 100 %).

3.2.3. Une marge brute d'exploitation affectée par le dynamisme des dépenses de personnel médical

La marge brute d'exploitation est constituée du résultat économique brut (soit la valeur ajoutée majorée des subventions d'exploitation et après déduction des charges de personnel) auquel sont ajoutés les autres produits de gestion et retranchées les autres charges de gestion.

tableau n° 30 : Évolution de la marge brute d'exploitation

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Var annuelle moy
Valeur ajoutée	504 083 948	488 269 483	512 127 482	526 896 617	542 912 818	556 092 268	10,32%	2,0%
+ Autres subventions	7 134 167	8 059 980	7 583 457	7 145 611	6 329 719	6 954 102	-2,52%	-0,5%
- Charges totales de personnel	477 076 194	489 150 685	494 811 702	501 906 933	518 379 210	523 235 671	9,68%	1,9%
= Résultat économique brut	36 920 258	9 989 090	27 630 833	34 824 367	33 525 106	42 296 939	14,56%	2,8%
+ Autres produits de gestion	11 987 612	13 786 303	14 973 787	16 284 284	16 236 977	16 993 128	41,76%	7,2%
- Autres charges de gestion	6 326 680	7 732 162	7 611 761	9 537 805	8 893 103	10 816 710	70,97%	11,3%
= Marge brute d'exploitation	42 581 189	16 043 231	34 992 859	41 570 846	40 868 980	48 473 357	13,84%	2,6%
Marge brute d'exploitation retraitée des aides	34 798 489	7 393 231	34 992 859	41 570 846	40 868 980	48 473 357	39,30%	2,6%
en % des produits courants d'exploitation	4,80%	1,01%	4,67%	5,07%	4,90%	5,64%	17,57%	2,6%

Source : CRC

La marge brute d'exploitation a progressé de 5,9 M€ au cours de la période (13,8 %) avec une forte dégradation en 2012 en raison d'une part de la reprise sur provisions de 9,15 M€ dédiée à la recherche clinique et de l'imputation d'un montant équivalent en produits constatés d'avance et, d'autre part, d'une hausse des dépenses de personnel entre 2011 et 2012 (+ 12,07 M€⁵⁵ soit 2,53 % d'augmentation alors que la variation annuelle moyenne est de 1,9 % sur l'ensemble de la période⁵⁶).

Pour autant, le ratio de la marge brute retraitée des aides en trésorerie de l'ARS rapportée au total des produits d'exploitation courants s'est situé systématiquement en dessous du seuil de

⁵⁵ Cette hausse est imputable pour 6 M€ au personnel médical : la création de 24,8 postes de praticiens seniors (intégration des pharmaciens dans le corps des hospitalo-universitaires soit 4 postes, financements nationaux ou régionaux soit 5 postes et 13,80 ETP par autofinancement ou financements à l'activité), + 62,33 ETP d'internes et la création de nouvelles lignes d'astreintes pour 0,72 M€. L'évolution du personnel médical a été équivalente. Elle comprend notamment les reclassements des personnels infirmiers soit 2,4 M€ et l'augmentation du SMIC pour 1,7 M€.

⁵⁶ Cette augmentation annuelle est cependant inférieure à celle intervenue entre 2014 et 2015 (16,47 M€ soit + 3,28 %).

8 % prévu par l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé⁵⁷. Si ce ratio s'est amélioré au cours de la période (+ 17,6 %) pour s'établir à 5,6 % en 2016, il demeure toutefois trop faible pour permettre au CHU de soutenir seul des opérations d'investissement ambitieuses.

3.2.3.1. La stratégie des ressources humaines : des économies sur la masse salariale non médicale

L'évolution de la masse salariale au cours de la période 2011-2016 est due principalement à celle des rémunérations du personnel médical (+ 18,5 M€, soit + 24,9 %) alors que dans le même temps, les rémunérations du personnel non médical ont progressé de 9,1 M€ (+ 3,8 %).

tableau n° 31 : Évolution des rémunérations

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Var annuelle moy
Personnel titulaire et stagiaire	217 977 093	221 249 375	222 083 588	224 437 881	228 865 142	225 952 409	3,66%	0,7%
+ Personnel en CDI	6 117 936	6 441 854	6 518 067	6 944 196	6 862 018	7 175 240	17,28%	3,2%
+ Personnel en CDD	15 654 979	16 501 042	15 076 919	14 513 669	14 877 213	16 954 548	8,30%	1,6%
+ Contrats aidés et apprentis	1 691 568	1 901 256	1 777 276	1 919 478	1 943 058	1 948 808	15,21%	2,9%
- Atténuations de charges	1 777 214	2 048 770	2 707 851	2 877 189	3 105 495	3 194 958	79,77%	12,4%
= Rémunérations du personnel non médical (a)	239 664 362	244 044 757	242 747 999	244 938 035	249 441 936	248 836 046	3,83%	0,8%
en % des rémunérations totales	76,4%	75,9%	75,1%	74,9%	73,5%	72,9%	-4,60%	-0,9%
Praticiens hospitaliers	35 142 104	36 354 854	37 539 519	37 617 557	41 217 299	41 921 300	19,29%	3,6%
+ Praticiens hospitaliers contractuels	12 108 812	12 774 569	12 280 356	11 729 685	12 855 543	13 259 952	9,51%	1,8%
+ Internes et étudiants	18 529 672	20 193 420	22 207 653	24 652 798	26 116 977	27 321 574	47,45%	8,1%
+ Autres rémunérations (y c. permanence des	12 979 030	13 982 362	15 311 526	15 844 829	17 722 733	17 711 228	5,64%	1,1%
- Atténuations de charges	4 568 724	5 652 551	6 753 611	7 761 564	2 834 656	3 492 049	-23,57%	-5,2%
= Rémunérations du personnel médical (b)	74 190 894	77 652 654	80 585 442	82 083 306	90 077 895	92 722 004	24,98%	4,6%
en % des rémunérations totales	23,6%	24,1%	24,9%	25,1%	26,5%	27,2%	14,85%	2,8%
Rémunérations du personnel (a+b)	313 855 256	321 697 410	323 333 441	327 021 341	339 519 831	341 558 051	8,83%	1,7%
+ Charges de personnel intème	476 191 471	487 884 495	494 300 068	500 925 240	517 391 295	522 043 097	9,63%	1,9%
+ Charges de personnel externe	884 724	1 266 190	511 634	981 693	987 915	1 192 574	34,80%	6,2%
= Charges de personnel totales consolidées	477 076 194	489 150 685	494 811 702	501 906 933	518 379 210	523 235 671	9,68%	1,9%

Source : CRC

La part des rémunérations non médicales qui représentait 76,4 % des rémunérations totales en 2011 n'a cessé de diminuer pour s'établir en 2016 à 72,9 %. Dans le même temps, celle des rémunérations médicales est passée de 23,6 % en 2011 à 27,2 %. Ce choix du CHU a été inscrit au contrat de performance 2011-2014 afin de stimuler l'activité et les produits.

tableau n° 32 : Évolution des ETPT⁵⁸

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012/2016 en %	var. moy. annuelle
Personnel non-médical	8160	8 248	8 154	8 063	8 061	8 084	-2,0%	-0,5%
Personnel médical	2184	2 270	2 297	2 353	2 386	2 475	9,0%	2,2%
Total	10 344	10 519	10 450	10 416	10 447	10 559	0,4%	0,1%

Source : CRC, d'après données CHU

Les effectifs non médicaux ont ainsi diminué, passant de 8 248 en 2012 à 8 084 ETPT en 2016 (- 164 ETP), soit une diminution moyenne annuelle de 0,5 %. Le personnel médical, pour sa part, a augmenté de 2,2 % en moyenne annuelle entre 2012 et 2016 (+ 205 ETP).

⁵⁷ DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64.

⁵⁸ Le nombre d'ETPT 2011 des personnels non médicaux correspond à une estimation non vérifiable, le système d'information des données de paye du personnel non médical ne remontant que jusqu'en 2012. Dès lors, l'analyse ne porte que sur la période 2012-2016.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Une masse salariale non-médicale en progression limitée à 0,8 % en moyenne annuelle

Les économies réalisées dans le cadre du contrat de performance ont représenté 150,5 ETP.

tableau n° 33 : Évolution des économies en ETP du contrat de performance⁵⁹

Chantiers	ETP					Objectif 2014 du contrat de performance en ETP	Ecart à l'objectif du contrat
	2011	2012	2013	2014			
Parcours médico-administratif du patient	-	-	22,8	-	42,6	-	52,3
Consultations externes	-	-	-	-	6,1	-	24,9
Performance des services d'hospitalisation	-	-	6,0	-	33,0	-	61,0
Blocs opératoires	-	-	-	-	18,0	-	36,0
Imagerie	-	-	1,0	-	5,8	-	19,0
Fonction hôtelière	-	-	-	-	35,0	-	56,0
Total	-	-	7,0	-	96,6	-	150,5
				-		-	249,2
				-		-	-98,7

Source : CRC, d'après synthèse des résultats du contrat de performance (CHU)

Une progression des effectifs des personnels médicaux due aux praticiens juniors

L'augmentation du personnel médical est liée notamment à celle des praticiens juniors (internes, faisant-fonction d'internes (FFI) et étudiants). Pour autant, si la progression des internes et FFI est la plus importante de l'ensemble du personnel médical (+ 57,4 %, soit 314 ETP supplémentaires au cours de la période), l'ensemble des praticiens séniors a également progressé de 54 ETP, soit 7,1 %⁶⁰.

tableau n° 34 : Évolution des ETPT médicaux⁶¹

En ETPT	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var période
PU-PH	62	65	65	66	66	67	7,7%
MCU-PH	27	28	28	30	30	30	11,6%
Hospitalo-universitaires temporaires	66	68	68	66	66	67	2,4%
Total praticiens hospitalo-universitaire	155	161	160	162	162	165	6,1%
PH temps pleins	347	356	367	374	380	382	10,3%
PH temps partiels	31	27	30	32	32	34	11,1%
Total praticiens hospitaliers	378	383	397	406	411	417	10,4%
Praticiens contractuels	68	72	63	53	59	62	-9,3%
Assistants	28	35	49	60	59	72	154,6%
Praticiens attachés	136	126	123	120	116	104	-23,5%
Total contractuels	233	233	235	232	234	238	2,3%
Total praticiens seniors	766	776	793	800	808	820	7,1%
Internes et FFI	547	644	688	759	811	861	57,4%
Etudiants	871	850	816	794	768	794	-8,8%
Total praticiens juniors	1 419	1 494	1 504	1 553	1 579	1 656	16,7%
Total général	2 184	2 270	2 297	2 353	2 386	2 475	13,3%

Source : CRC, d'après CHU

Cette hausse des internes et FFI est due à l'augmentation du *numerus clausus*⁶². Le CHU étant le seul établissement recrutant des internes sur les départements de l'Hérault, de l'Aveyron et de la Lozère, il les met ensuite, en tant que de besoin, à disposition des autres établissements de

⁵⁹ Les données 2014 sont celles arrêtées fin septembre 2014 par le CHU.

⁶⁰ Soit une valorisation en année pleine à 5,4 M€.

⁶¹ L'année 2011 du personnel non médical a été reconstituée à partir des données de l'EPRD 2012 et correspond à une situation arrêtée au 31/12/2011 et n'est donc pas représentative d'un ETP moyen contrairement aux autres données du tableau (y compris les ETPT des personnels médicaux au titre de l'année 2011). Pour permettre des comparaisons pertinentes, cette année a donc été neutralisée dans la variation moyenne annuelle.

⁶² + 62,33 ETP entre 2012, soit 2,2 M€ ; + 79,34 ETP en 2013, soit + 3 M€ ; + 69,33 ETP, soit 2,4 M€.

santé⁶³, en tant qu'établissement support. Les charges de personnel engagées lui sont remboursées en début d'année universitaire par l'agence régionale d'hospitalisation, soit 12 M€ en 2017⁶⁴. En revanche, les coûts de gestion engagés par le CHU ne font l'objet d'aucune prise en charge, ni par l'ARS, ni par les établissements bénéficiaires.

L'augmentation de la masse salariale médicale imputable à la prise en charge des internes représente 22 M€ (soit 83,3 % de la hausse de la masse salariale médicale totale de 26,4 M€). Hors prise en charge des internes, la croissance de la masse salariale médicale a donc représenté 4,4 M€, soit 0,9 % d'évolution annuelle moyenne.

3.2.3.2. Les autres produits et charges de gestion

Les autres produits de gestion ont augmenté de 41,8 % entre 2011 et 2016. Leur impact sur la marge brute est resté limité, soit 5 M€.

tableau n° 35 : Évolution des autres produits de gestion

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	var période	Var annuelle moy
Revenus des immeubles	-	656 482	758 076	1 087 620	987 538	1 014 671	N.C	N.C.
+ Reversements sur honoraires médicaux	542 658	648 906	689 713	803 331	989 750	1 105 480	103,7%	15,3%
+ Remboursement de frais	10 572 872	11 690 155	12 773 733	13 037 348	13 480 165	14 096 002	33,3%	5,9%
+ Produits divers de gestion	872 083	790 759	752 265	1 355 985	779 524	776 974	-10,9%	-2,3%
= Autres produits de gestion	11 987 612	13 786 303	14 973 787	16 284 284	16 236 977	16 993 128	41,8%	7,2%
en % des produits courants de fonctionnement	1,65%	1,88%	2,00%	1,99%	1,95%	1,98%	20,0%	3,7%

Source : CRC

Les autres charges de gestion ont augmenté, quant à elles, de 71 % entre 2011 et 2016.

tableau n° 36 : Évolution des autres charges de gestion

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	var période	Var annuelle moy
Contribution aux GCS et CHT	-	-	-	-	90	177	N.C	N.C.
+ Pertes sur créances irrécouvrables	848 831	938 362	855 128	1 263 231	1 218 767	1 101 873	29,8%	5,4%
+ Subventions accordées	91 150	76 650	116 650	68 650	15 650	181 364	99,0%	14,8%
+ Charges diverses de gestion	5 386 699	6 717 149	6 639 984	8 205 924	7 658 687	9 533 474	77,0%	12,1%
Autres charges de gestion	6 326 680	7 732 162	7 611 761	9 537 805	8 893 193	10 816 887	71,0%	11,3%
en % des produits courants de fonctionnement	0,87%	1,06%	1,01%	1,16%	1,07%	1,26%	44,8%	7,6%

Source : CRC, d'après logiciel Anafî

3.3. Le financement des investissements

3.3.1. Une capacité d'autofinancement brute en amélioration

La capacité d'autofinancement (CAF) brute est constituée de la marge brute d'exploitation de laquelle sont retranchés les frais financiers nets réels et ajoutés des produits exceptionnels réels hors cessions et déduction des charges exceptionnelles réelles.

⁶³ Ce dispositif est antérieur à la mise en place du groupement hospitalier de territoire.

⁶⁴ Source : entretien avec le directeur des finances du 4 décembre 2017.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

tableau n° 37 : Évolution de la capacité d'autofinancement brute⁶⁵

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Variation annuelle
Marge brute d'exploitation	40 238 291	14 997 835	34 118 138	40 810 633	40 143 081	47 440 495	17,90%	3,3%
- Frais financiers nets réels	4 437 353	4 890 598	6 351 280	7 081 928	6 724 756	6 164 023	38,91%	6,8%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	8 763 049	12 729 429	13 321 153	8 178 543	13 361 404	12 165 295	38,82%	6,8%
- Charges exceptionnelles réelles	9 685 856	11 431 654	11 788 059	10 289 528	12 428 277	10 937 449	12,92%	2,5%
= Capacité d'autofinancement brute	34 878 131	11 405 011	29 299 953	31 617 720	34 351 452	42 504 319	21,87%	4,0%

Source : CRC, d'après logiciel Anafî

Les frais financiers réels se sont établis à 6,2 M€ en 2016 contre 4,4 M€ en 2011, soit une hausse de 1,7 M€ (+ 38,91 %).

Les produits exceptionnels réels ont connu deux augmentations en 2012⁶⁶ puis en 2015⁶⁷.

Les charges exceptionnelles réelles ont progressé, pour leur part, fortement entre 2011 et 2012 passant de 9,7 M€ à 11,4 M€ (18 %) avant de s'établir à 10,9 M€ en 2016.

À l'exception de l'année 2012, pour laquelle la marge brute d'exploitation s'est contractée de 25,2 M€ (- 62,7 %), provoquant une diminution de la CAF brute de 23,4 M€ (- 67,3 %), la CAF brute a augmenté sur l'ensemble de la période de 21,9 % pour s'établir à 42,5 M€.

Pour autant, la CAF brute calculée, ne reflète pas la tendance structurelle de l'établissement. Celle-ci doit être retraitée :

- du montant des reprises en provisions pour apurer le compte « autres provisions pour charges » ;
- des aides en trésorerie de l'ARS en 2011 (7,78 M€) et 2012 (8,65 M€) pour un montant de 16,4 M€ ;
- de l'insuffisance de constitution de provisions sur les comptes épargne temps en 2011 (767 k€) et 2012 (1 051 k€)⁶⁸.

tableau n° 38 : Retraitements de la CAF brute

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul	Variation période
Capacité d'autofinancement brute non retraitée	34 878 131	11 405 011	29 299 953	31 617 720	34 351 452	42 504 319	184 056 586	21,9%
Capacité d'autofinancement brute retraitée	26 328 207	15 823 872	32 349 953	31 617 720	34 351 452	42 504 319	182 975 523	61,4%
Ecart	- 8 549 924	4 418 861	3 050 000	-	-	-	- 1 081 063	

Source : CRC

En cumulé entre 2011 et 2016, la CAF brute retraitée est faiblement dégradée de 1,08 M€ par rapport à la CAF brute non retraitée.

Elle s'est de nouveau contractée entre 2016 et 2017, passant de 43,4 M€ en 2016 à 41 M€ en 2017⁶⁹.

⁶⁵ Budget consolidé.

⁶⁶ Cette hausse s'explique essentiellement par une annulation de titres sur exercices antérieurs pour 2 M€ puis une réémission sur l'exercice 2012 pour un montant de 1,9 M€ lié au paiement d'indemnité pour les internes, et par la facturation 964 k€ de pénalités à la suite de la défaillance du titulaire d'un marché pharmaceutique.

⁶⁷ Émissions sur exercices antérieurs : 1,1 M€ ; réémissions sur exercices antérieurs : 3,4 M€ ; régularisation de TVA : 1,2 M€.

⁶⁸ Les dotations réalisées en 2011 et 2012 correspondent respectivement à 767 224 € et à 1 050 538 € sur une base de provisionnement de 50 % par rapport aux montants effectivement générés en dette sociale.

⁶⁹ La diminution de la CAF brute est la conséquence de la contraction de la marge brute (46 M€ en 2017 contre 47,4 M€ en 2016) imputable d'une part à une croissance des charges totales de personnel de 3,9 % entre 2016 et 2017 (soit + 20,5 M€) et d'autre part à une augmentation des achats de 4,4% (soit 9,7 M€). L'augmentation des produits d'exploitation a progressé pour sa part moins rapidement, soit + 3,6 % entre 2016 et 2017 (+ 29,9 M€).

Le détail de la CAF brute par budget fait ressortir que :

- les budgets H et B ont présenté une CAF brute positive sur l'ensemble de la période ;
- le budget C (écoles) avait une CAF brute négative entre 2011 et 2013 ;
- le budget P (CSAPA – prévention en addictologie) avait une CAF brute négative entre 2012 et 2015.

tableau n° 39 : CAF brute retraitée par budget

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul	var. période
Capacité d'auto. Brute (retraitée)	28 698 778	16 842 225	33 209 692	32 278 278	35 004 706	43 383 591	189 417 270	51,2%
Dont CAF budget H	26 328 207	15 823 872	32 349 953	31 617 720	34 351 452	42 504 319	182 975 523	61,4%
Dont CAF budget B	2 167 635	1 194 087	903 541	537 846	577 858	568 474	5 949 441	-73,8%
Dont CAF budget C	- 6 800	- 100 707	- 88 262	- 128 154	- 78 106	- 208 270	- 218 761	-3162,8%
Dont CAF budget P	209 736	- 75 027	44 460	- 5 442	- 2 710	102 528	273 545	-51,1%

Source : CRC

En 2016, l'ensemble des budgets présente une CAF brute positive.

3.3.2. Une CAF nette faiblement positive

La CAF nette a diminué significativement entre 2011 et 2012, passant de 12,15 M€ à - 11,1 M€, soit une contraction de 23,25 M€ (- 191 %). Elle s'est ensuite progressivement reconstituée à compter de 2013 (- 4,13 M€), est redevenue positive en 2014 (12,16 M€) puis de nouveau faiblement négative en 2015 pour s'établir enfin en 2016 à 8,15 M€. Ces oscillations sont imputables à la variation de la CAF brute et à l'augmentation du remboursement de l'annuité en capital de la dette entre 2011 et 2013 (+ 20,8 M€, soit + 125,7 %). L'annuité en capital de la dette a représenté sur la période, 172,22 M€⁷⁰ (soit 90,4% de la CAF brute). Sur l'ensemble de la période, la CAF nette a donc été faiblement positive de 18,28 M€, soit 9,6 % de la CAF brute.

En 2017, la CAF nette a poursuivi son amélioration pour atteindre 18,4 M€. Cette évolution est imputable au désendettement de l'établissement consécutif à la fin du précédent cycle d'investissement. L'annuité du capital de la dette s'est, en effet, établie à 22,6 M€ en 2017 contre 35,2 M€ en 2016.

Néanmoins, l'établissement devant recourir pour son prochain cycle d'investissement à l'emprunt, notamment pour financer la reconstruction des laboratoires, la contraction de la marge brute, si elle devait se poursuivre en 2018 et lors des exercices suivants, conduirait à une réduction significative de la CAF nette.

tableau n° 40 : Passage de la CAF brute à la CAF nette

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul	Moyenne
Capacité d'autofinancement brute	37 248 701	12 423 364	30 159 691	32 278 278	35 004 707	43 383 592	190 498 333	31 749 722
- Annuité en capital de la dette	16 546 239	27 941 375	37 336 623	20 122 286 ⁷¹	35 038 178	35 233 976	172 218 677	28 703 113
= Capacité d'autofinancement nette	20 702 462	- 15 518 011	- 7 176 931	12 155 992	- 33 471	8 149 616	18 279 657	3 046 609

Source : CRC

⁷⁰ L'annuité en capital de la dette étant déterminée pour couvrir le remboursement en capital des emprunts, compte non tenu des remboursements infra-annuels sur les emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie, soit la part des crédits à long terme renouvelable assimilables à une ligne de trésorerie (compte 16449 en dépense). Voir modalités du retraitement des CLTR remboursés de façon infra-annuelle en annexe 4.

⁷¹ En 2014, le CHU a procédé à un remboursement anticipé d'un prêt et à un refinancement de celui-ci, pour un montant de 4,1 M€.

3.3.3. Des investissements essentiellement financés par le recours à l'emprunt

Le financement propre disponible (CAF nette et recettes d'investissements hors emprunts) est devenu négatif en 2012 et en 2013 en raison de la dégradation de la capacité d'autofinancement nette sur ces deux exercices et ce, malgré des recettes d'investissements hors emprunt en hausse par rapport à 2011. Sur l'ensemble de la période, le financement propre disponible ne représentait que 27,2 M€, soit 9,2% des dépenses réelles d'équipement réalisées.

tableau n° 41 : Besoin de financement propre et le prélèvement sur le fonds de roulement⁷²

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul
Capacité d'autofinancement nette retraitée (a)	12 152 538	- 11 099 150	- 4 126 931	12 155 992	- 33 471	8 149 616	17 198 594
Apports en capital	- 1 307 002	1 148 996	- 1 153 479	413 372	49 317	29 996	- 818 800
+ Subventions d'équipement reçues	1 778 987	685 504	3 406 963	673 532	524 479	2 620 601	9 690 066
+ Produits de cession	39 123	31 056	329 161	335 622	321 215	73 804	1 129 981
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	511 108	1 865 556	2 582 645	1 422 526	895 011	2 724 401	10 001 247
= Financement propre disponible (a+b)	12 663 646	- 9 233 594	- 1 544 286	13 578 518	861 540	10 874 017	27 199 841
- Dépenses réelles d'équipement (y c. tvx en régie)	48 660 730	65 306 938	55 621 438	58 950 281	33 795 475	32 915 912	295 250 774
Fi propre disponible / dépenses réelles d'équipement	26,0%	-14,1%	-2,8%	23,0%	2,5%	33,0%	67,7%
- Dons, subventions et prises de participations en nature	132 085	-	-	-	-	-	132 085
- Prise de participations nettes	-	154 076	- 144 126	-	27 000	60 800	97 750
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	- 1 998	- 5 985	- 3 154	49 285	50 000	- 102 891	- 14 743
Besoin de financement propre	- 36 127 171	- 74 688 623	- 57 018 444	- 45 421 048	- 33 010 935	- 21 999 805	- 268 266 026
+ Nouveaux emprunts de l'année	23 506 257	62 516 993	65 727 493	37 248 462	40 766 515	25 759 648	255 525 368
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	- 12 620 914	- 12 171 630	8 709 049	- 8 172 586	7 755 580	3 759 843	- 12 740 658

Source : CRC, logiciel Anafi

Dès lors, le CHU a été contraint de recourir massivement à l'emprunt sur la période (255,5 M€) et de prélever sur ses réserves (12,7 M€) pour couvrir le besoin de financement propre (268,3 M€). En 2017, l'apport au fonds de roulement s'est établi à 7,8 M€, soit un niveau proche de celui de 2015.

⁷² Les nouveaux emprunts n'intègrent pas la part des CLTR assimilables à une ligne de trésorerie. Seuls les nouveaux emprunts de l'année figurent dans cette ligne du tableau.

3.4. La situation patrimoniale

3.4.1. Le bilan

tableau n° 42 : Le bilan

ACTIF en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
I - Biens stables	847 153	903 705	910 982	942 375	939 803	952 792	12,47%
doni immobilisations corporelles	26 178	31 200	33 844	36 194	37 711	38 525	47,17%
doni immobilisation incorporelles	814 947	866 329	871 109	900 103	895 937	908 154	11,44%
doni immobilisations financières + créances de l'article 58	6 029	6 177	6 029	6 079	6 156	6 114	1,41%
II - Créances	156 708	143 956	147 233	161 530	167 114	183 544	17,12%
III - Liquidités	665	3 123	1 602	2 422	754	661	-0,60%
TOTAL ACTIF	1 004 527	1 050 784	1 059 817	1 106 327	1 107 671	1 136 997	13,19%
PASSIF en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
I - Financements stables	890 020	929 982	942 918	969 743	972 777	989 525	11,18%
II - Dettes	109 655	113 168	113 133	132 837	130 896	143 124	30,52%
III - Financements à court terme	4 851	7 634	3 766	3 751	3 998	4 347	-10,39%
TOTAL PASSIF	1 004 527	1 050 784	1 059 817	1 106 331	1 107 671	1 136 997	13,19%

Source : CRC, d'après données DGFIP, IDAHO, tableau de bord de financement des EPS

3.4.1.1. Un actif immobilisé net stable : conséquence d'une augmentation de l'actif immobilisé brut et des amortissements

Un actif immobilisé brut en augmentation pour faire face à la vétusté des bâtiments

L'actif immobilisé brut a augmenté au cours de la période de 12,6 % soit 105,6 M€.

tableau n° 43 : De l'actif immobilisé brut à l'actif immobilisé net

ACTIF en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
Actif immobilisé brut (biens stables - créances de l'article 58)	841 164	897 716	904 993	936 386	933 815	946 803	12,56%
- Amortissements	480 045	509 425	504 923	559 002	564 902	582 420	21,33%
=Actif immobilisé net	361 119	388 291	400 070	377 384	368 913	364 383	0,90%

Source : CRC, d'après données DGFIP, IDAHO, tableau de bord de financement des EPS (données en k€)

Cette situation est la conséquence de l'effort d'investissement réalisé par l'établissement, notamment les blocs opératoires et la réhabilitation de l'hôpital Lapeyronie ainsi que les urgences et le parcours obstétrical (bloc inclus), soit une augmentation sur la période de 96,8 M€ (+ 20,34 %).

tableau n° 44 : Les immobilisations corporelles

ACTIF en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
IMMobilisations Corporelles	814 947	866 329	871 109	900 103	895 937	908 154	11,44%
dont terrains	41 423	41 915	41 996	42 247	44 401	44 777	8,10%
dont constructions	476 012	504 588	513 490	534 371	562 169	572 856	20,34%
dont installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	277 680	299 086	280 995	293 619	284 457	280 886	1,15%
dont avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles	19 832	20 740	34 628	29 867	4 911	9 634	-51,42%

Source : CRC, d'après données DGFIP, IDAHO, tableau de bord de financement des EPS (données en k€)

Pour autant, ces investissements ont été insuffisants pour enrayer la dégradation du taux de vétusté des bâtiments. Celui-ci s'est en effet établi en 2016 à 61,5 %⁷³ (contre 51,8 % en 2011). Le CHU était en 2015, le troisième CHU ayant les bâtiments les plus vétustes⁷⁴.

tableau n° 45 : Taux de vétusté des bâtiments

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne
Taux de vétusté des bâtiments	51,81%	51,85%	53,31%	60,09%	59,86%	61,48%	56,40%

Source : Hopidiag

Un actif immobilisé net en quasi-stabilité en raison d'une augmentation de plus de 20 % des amortissements

Cette situation est due à une révision du plan d'amortissement en cours d'exécution, les durées d'amortissement des bâtiments prévues à l'origine étant inadaptées aux conditions réelles d'utilisation.

3.4.1.2. Le passif

Au cours de la période, les fonds propres élargis ont diminué de 36,3 % en raison d'une contraction de 103 M€ des apports, réserves et reports. L'encours de dette est ainsi passé de 165,6 M€ en 2011 à 242 M€ en 2016, soit une hausse de 46,1 % (+ 76 M€).

tableau n° 46 : Évolution des ressources stables

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période	Var annuelle moy
+ Apports, réserves et reports	204 741 755	192 118 486	158 951 759	114 419 040	107 552 245	101 728 475	-50,31%	-13,1%
+ Résultat de l'exercice	- 13 739 743	- 10 547 949	- 4 464 197	346 727	437 511	8 230 339	-159,90%	N.C.
= Fonds propres	191 002 012	181 570 537	154 487 562	114 765 768	107 989 756	109 958 813	-42,43%	-10,5%
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	10 472 262	10 476 181	11 540 730	11 077 158	10 511 197	12 051 472	15,08%	2,8%
+ Provisions réglementées	12 532 597	14 277 529	30 806 744	27 327 757	23 180 945	22 906 058	82,77%	12,8%
+ Provisions pour risques et charges	29 349 194	12 548 175	5 525 910	4 835 433	7 150 825	10 189 564	-65,28%	-19,1%
= Fonds propres élargis	243 356 065	218 872 422	202 360 946	158 006 116	148 832 723	155 105 907	-36,26%	-7,5%
+ Dettes financières	165 604 254	200 179 872	228 570 743	245 696 919	251 470 956	241 996 627	46,13%	7,9%
= Ressources stables	408 960 319	419 052 294	430 931 689	403 703 035	400 303 679	397 102 534	-2,90%	0,4%

Source : CRC, d'après données DGFIP, IDAHO, tableau de bord de financement des EPS

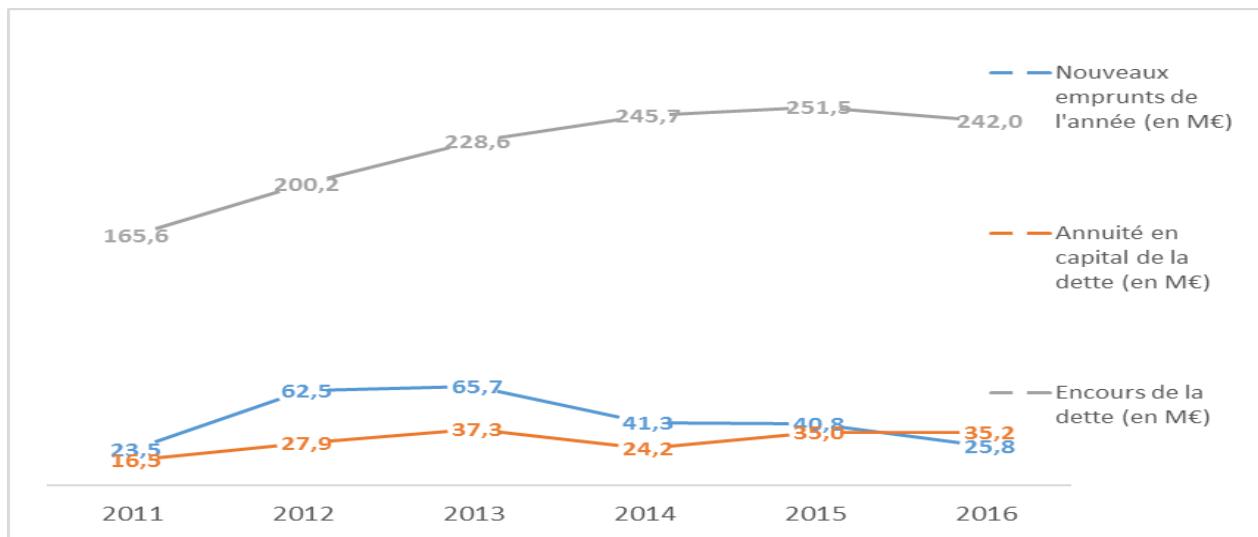
En 2016, les ressources stables de l'établissement sont constituées pour plus de 60 % par la dette financière et, par voie de conséquence, par moins de 40 % par les fonds propres élargis.

Un encours de dette croissant

L'encours de dette a fortement augmenté entre 2011 et 2015 avant de baisser en 2016 pour s'établir à 242 M€, soit une hausse de 46,1 % sur la période. Cette situation s'explique par un niveau de souscription des nouveaux emprunts supérieur au remboursement de l'annuité de la dette au cours de la période 2011-2015. En 2016, toutefois, les nouveaux emprunts de l'année se sont établis à 25,8 M€ contre 35,2 M€ d'annuité en capital de la dette. Ce choix procède, selon l'ordonnateur, d'une volonté de se désendetter sur cet exercice entre le précédent cycle d'investissements et l'opération de regroupement sur un site unique des laboratoires.

⁷³ Le CHU présentait en 2015, un taux de vétusté des équipements (hors bâtiments) de 70,2 %. Il se situait ainsi au niveau du 2^{ème} décile, soit au seuil des 20 % d'établissements de même catégorie ayant les taux de vétusté les moins importants (source : ATIH, hopidiag, indicateur F7).

⁷⁴ Il relève ainsi du 8^{ème} décile, soit parmi les 20 % d'établissements ayant les taux de vétusté les plus importants, à savoir les CHU ayant un taux de vétusté égal ou supérieur à 58,4 % en 2015 (source : ATIH, hopidiag, indicateur F8).

graphique n° 3 : Évolution de l'endettement en M€

Source : CRC

Si l'exercice 2016 marque une inflexion dans l'évolution de l'endettement, son niveau demeure toutefois élevé. En effet, aux termes de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique « le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé : le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède dix ans ; l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ».

tableau n° 47 : La situation de la dette au regard des trois indicateurs de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Seuil de l'article D 6145-70 CSP
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	43,62%	49,24%	53,73%	61,60%	63,96%	62,55%	50,00%
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute)	5	18	8	8	7	6	10
Dette financière rapporté au total des produits	22,19%	25,97%	29,29%	29,42%	29,36%	27,55%	30,00%

Source : CRC

Or le CHU présente depuis 2013 un ratio d'indépendance financière supérieur au seuil du premier indicateur prévu par le code de la santé publique. Il se situe en deçà pour les deux autres indicateurs : la durée apparente (six ans contre dix ans dans le CSP) et l'encours de dette. Le seuil des 30 % a été approché entre 2013 et 2015, et la chambre invite le CHU à y être attentif. En 2017, la durée apparente de la dette a poursuivi sa baisse et s'établit à 5,3 années. Par ailleurs, l'encours de dette sur le total des produits diminue également, soit 26,3 % en 2017 contre 27,6 % en 2016.

3.4.2. La gestion de la trésorerie

3.4.2.1. Un fonds de roulement net global en diminution

Le fonds de roulement net global du CHU a diminué de 14,3 % entre 2011 et 2016, enregistrant toutefois une baisse significative entre 2012 et 2014. Cette diminution est due à une

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

progression des dépenses de construction de 96,8 M€⁷⁵ sur la période (soit 20,34 %) et à la certification⁷⁶.

tableau n° 48 : Évolution du fonds de roulement net global

en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
IMMobilisations INCORPORELLES (a)	26 178	31 200	33 844	36 194	37 711	38 525	47,17%
dont immobilisations incorporelles	26 178	31 200	33 844	36 194	37 666	38 484	47,01%
dont primes de remboursement des obligations	0	0	0	0	46	41	non pertinent
IMMobilisations CORPORELLES (b)	814 947	866 329	871 109	900 103	895 937	908 154	11,44%
dont terrains	41 423	41 915	41 996	42 247	44 401	44 777	8,10%
dont constructions	476 012	504 588	513 490	534 371	562 169	572 856	20,34%
dont installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	277 680	299 086	280 995	293 619	284 457	280 886	1,15%
dont avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles	19 832	20 740	34 628	29 867	4 911	9 634	-51,42%
IMMobilisations FINANCIERES (c)	40	188	40	90	167	125	212,50%
dont participations et créances rattachées	0	154	10	10	37	98	non pertinent
dont autres immobilisations financières	40	34	30	80	130	27	-32,50%
CREANCES DE L'ARTICLE 58 (d)	5 989	0,00%					
= BIENS STABLES (a+b+c+d =e)	847 153	903 705	910 982	942 375	939 803	952 792	12,47%
Apports	84 208	85 357	83 225	83 638	83 687	83 717	-0,58%
Excédents affectés à l'investissement	111 195	111 350	112 188	59 165	52 906	51 087	-54,06%
Subventions d'investissement	9 494	9 497	11 541	11 077	10 511	12 051	26,93%
Emprunts et dettes assimilées	165 604	200 180	228 571	245 697	251 471	241 997	46,13%
Amortissements	480 045	509 425	504 923	559 002	564 902	582 420	21,33%
Réserve de trésorerie	24 799	24 799	24 799	24 799	24 799	24 799	0,00%
Réserve de compensation	1 115	1 748	1 748	1 651	1 651	1 651	48,07%
Report à nouveau excédentaire	1 109	1 103	951	1 552	1 765	1 981	78,63%
Report à nouveau déficitaire	-16 706	-31 260	-63 958	-56 386	-57 255	-61 506	268,17%
Résultat comptable	-13 772	-10 548	-4 464	347	438	8 230	-159,76%
Provisions réglementées	12 533	14 278	30 807	4 469	3 725	3 511	-71,99%
Provisions pour risques et charges	29 349	12 548	5 526	27 695	26 607	29 585	0,80%
Autres dépréciations	1 047	1 504	7 063	7 037	7 572	10 003	855,40%
= FINANCEMENTS STABLES (f)	890 020	929 982	942 918	969 743	972 777	989 525	11,18%
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (f-e)	42 867	26 277	31 936	27 368	32 974	36 734	-14,31%
Nombre de jours de charges courantes	22,78	13,32	16,17	12,73	14,85	12,73	-44,12%

Source : CRC, d'après données DGFIP, IDAHO, tableau de bord de financement des EPS

Le fonds de roulement net global s'est en partie reconstitué en 2016, les corrections induites par la mise en œuvre de la certification ayant été réalisées. En 2017, le fonds de roulement s'est établi à 44,5 M€, soit une amélioration de 7,8 M€ par rapport à 2016.

3.4.2.2. Une diminution du besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement a également baissé sur la période (- 14,1 %). Cette diminution correspond :

- à une augmentation des créances des caisses de sécurité sociale entre 2012⁷⁷ et 2016 en raison de notifications tardives des arrêtés de crédits payés sur l'exercice suivant (10 M€ en 2016). Cette tendance se dégrade de 15 M€ en 2017 ;
- à une augmentation des dettes (+ 33,4 M€) du fait d'une diminution du délai de paiement des factures aux fournisseurs (soit 7,3 M€) ; à la comptabilisation des CET bis en charges à payer

⁷⁵ La progression des dépenses d'immobilisation est d'autant plus importante que dans le cadre de la certification des comptes, l'établissement a procédé à des sorties de l'actif 35,7 M€ en 2013, 17,3 M€ en 2014 et 23 M€ en 2015.

⁷⁶ Qui a nécessité des corrections en situation nette d'une part sur les provisions pour risques et charges et d'autre part sur les amortissements lors des années 2012 à 2014.

⁷⁷ La diminution des créances de sécurité sociale entre 2011 et 2012 est liée au règlement d'un litige entre l'établissement et les caisses de sécurité sociale.

et non plus en provision depuis 2014 (soit 8,2 M€) ; à l'augmentation du poste autres dettes diverses entre 2011 et 2012 (soit 18,4 M€) imputable à la mise en place des produits constatés d'avance.

tableau n° 49 : Évolution du besoin en fonds de roulement

en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
Stocks	7 062	7 733	7 454	8 447	8 492	9 636	36,45%
Hospitalisés et consultants	9 612	10 576	10 360	11 313	12 138	11 572	20,39%
Caisse de Sécurité Sociale	105 924	86 010	87 288	97 217	101 707	114 473	8,07%
Départements	736	732	445	275	386	964	30,98%
Mutuelles et autres tiers-payants	16 519	19 646	16 911	16 999	19 916	17 864	8,14%
Etat et collectivités locales	751	1 439	2 283	1 372	1 908	682	-9,19%
Autres créances	15 986	17 585	22 396	25 876	22 441	28 332	77,23%
Dépenses à classer	117	236	97	32	126	21	-82,05%
= CREANCES (g)	156 708	143 956	147 233	161 530	167 114	183 544	17,12%
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	39 364	39 412	30 744	39 336	38 446	46 666	18,55%
Dettes fiscales et sociales	45 102	45 408	46 315	52 643	54 100	53 289	18,15%
Avances reçues	356	38	2 511	8 114	6 081	5 087	1328,93%
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	9 846	6 815	11 220	9 663	6 204	7 158	-27,30%
Autres dettes diverses	1 196	15 493	19 478	18 587	19 283	19 617	1540,22%
Recettes à classer ou à régulariser	13 791	6 002	2 865	4 494	6 781	11 307	-18,01%
= DETTES (h)	109 655	113 168	113 133	132 837	130 896	143 124	30,52%
= BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (g-h)	47 053	30 788	34 100	28 693	36 218	40 420	-14,10%
Nombre de jours de charges courantes	25	15,61	17,26	13,26	16,52	18,13	-27,48%

Source : IDAHO

3.4.2.3. Un objectif de trésorerie « zéro »

tableau n° 50 : Évolution de la trésorerie

en K€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation période
Fonds de roulement net global	42 867	26 277	31 936	27 368	32 974	36 734	-14,31%
Besoin en fonds de roulement	47 053	30 787	34 100	28 692	36 218	40 420	-14,10%
Trésorerie	-4 186	-4 510	-2 164	-1 324	-3 244	-3 686	-11,94%
en nombre de jours de charges courantes	-2,22	-2,29	-1,10	-0,62	-1,48	-1,65	

Source : DGFIP

Le CHU s'est fixé comme objectif de tendre vers une trésorerie « zéro » afin de faire correspondre le niveau des emprunts aux besoins réels et de limiter le coût de l'emprunt à long terme. Ainsi, s'il a recours à de l'emprunt à long terme pour financer ses équipements en rapport avec les dotations aux amortissements il complète par des crédits long terme renouvelable (CLTR), (61,2 % pour les emprunts à long terme hors CLTR et 38,2 % pour les CLTR).

4. UN PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL QUI INTERDIT LE PASSAGE À UN SITE UNIQUE

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) joint à l'EPRD 2017 correspond à une anticipation règlementaire prospective sur cinq exercices consécutifs. Il a été par ailleurs complété d'une projection de cinq années supplémentaires simulant l'impact en fin de période du projet immobilier.

4.1. Les dépenses d'équipement

Compte-tenu de l'importance des investissements prévus pour la prochaine décennie (522 M€), l'établissement a communiqué à l'ARS un PGFP étendu à la période 2017-2026⁷⁸ pour présenter sa stratégie d'investissement sur dix ans. En réponse, l'ARS a approuvé le PGFP sur la période 2017-2021.

Le PGFP 2017-2026 prévoit une dépense moyenne annuelle de 52,2 M€ par an, contre 49,2 M€ dans la période 2011-2016 (soit une augmentation annuelle de 6 %).

Ces dépenses d'équipement sont réparties de la façon suivante :

- 314 M€ au titre du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2017-2021⁷⁹ dédié aux travaux (224,39 M€), à l'équipement biomédical (52,98 M€), aux systèmes d'information (21,52 M€) et autres opérations courantes (15,16 M€). Les principales opérations sont destinées à financer le projet directeur architectural : 78,4 M€ pour le regroupement des laboratoires ; 28,7 M€ pour les travaux de voirie et d'aménagement tels que l'héliport et les parkings ; 21,1 M€ pour la construction d'un nouveau bâtiment sur le site principal pour regrouper les activités de gériatrie ; 10,7 M€ pour la relocalisation du service des maladies infectieuses et tropicales. Les travaux de mise aux normes relatifs au schéma directeur de sécurité incendie représenteront, quant à eux, 21,3 M€.
- 207,8 M€ sur la période 2022-2026⁸⁰ qui pourront être répartis entre la deuxième phase du schéma directeur architectural (130 M€) et les autres opérations : la poursuite du schéma directeur de sécurité incendie et la reconduction des opérations courantes (77,8 M€).

4.2. La capacité d'autofinancement

4.2.1. Une anticipation prudente des produits

Le CHU anticipe une amélioration des produits d'exploitation de 14,8 % entre 2017 et 2026, soit une variation annuelle moyenne de 1,5 %, contre 3,1 % au cours de la période 2011-2016.

Cette prévision est construite suivant une hypothèse de progression de 1,6 % des produits versés par l'assurance maladie, de 1,3 % des autres produits de l'activité hospitalière et de 2,3 % des autres produits (incluant les cessions).

⁷⁸ Le CHU n'est tenu de présenter un PGFP que sur une période réglementaire de cinq ans, soit les exercices 2017 à 2021.

⁷⁹ Le montant de 522 M€ demeure indicatif. Seule la période 2017-2021 représentant 314 M€ est soumise à l'approbation préalable de l'agence régionale de santé (article R. 6145-66). Celle-ci l'a approuvé le 17 août 2017. Le PGFP est révisé annuellement.

⁸⁰ Il s'agit d'une orientation non validée à ce stade par l'ARS.

tableau n° 51 : Hypothèses d'évolution des produits

Produits	Hypothèse PGFP en variation annuelle	Rappel tendance annuelle moyenne 2011 / 2016
Produits versés par l'assurance maladie (titre 1) intégrant l'impact des retours sur investissement à la suite d'opérations de restructuration	1,6%	3,1%
<i>dont tarification des séjours</i>	1,5%	2,4%
<i>dont dotation annuelle de fonctionnement (DAF)</i>	diminution dégressive de 0,75% (2018) à 0,5% (2023) puis stabilité	0,3%
<i>dont activité externe</i>	1,5%	0,8%
<i>dont molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables</i>	1,5%	8,3%
<i>dont forfaits annuels (FAG, CPO, FAU) de 2% ;</i>	2,0%	5,9%
<i>dont MIGAC*</i>	1,1%	0,4%
<i>dont fonds d'intervention régional*</i>	1,0%	+57,3%
Autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)	1,3%	2,0%
Autres produits (titre 3)	2,1%	9,5%

Source : CHU, PGFP 2017-2026

Si les perspectives de recettes établies par le CHU peuvent apparaître prudentes au regard de la tendance annuelle moyenne observée lors de la période précédente, elles sont cohérentes avec la trajectoire pluriannuelle associée à la loi de financement pour 2017 prévoyant une progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2 % à compter de 2018⁸¹.

Les produits versés par l'assurance maladie augmenteraient ainsi de 1,6 % entre 2017 et 2026 contre 3,1 % par rapport à la tendance annuelle observée entre 2011 et 2016. Les autres produits de l'activité hospitalière ne seraient revalorisés que de 1,3 % entre 2017 et 2026 contre 2 % entre 2011 et 2016. Enfin, la croissance des autres produits serait encore plus réduite, passant d'une tendance observée annuelle moyenne de 9,5 % entre 2011 à 2016 à 2,1 % pour la période 2017-2026⁸².

4.2.2. Des perspectives de maîtrise des dépenses volontaristes

Le CHU anticipe des charges d'exploitation en croissance de 1,4 % en moyenne annuelle. Cette prévision est construite suivant une hypothèse de progression moyenne annuelle de 1,5 % pour les charges de personnel (titre I), de 1,6 % pour les charges médicales et pharmaceutiques (titre II) et enfin de 1,3 % pour les charges hôtelières et générales (titre III). Ces prévisions sont en décalage avec les tendances observées pendant la période 2011-2016.

4.2.2.1. La masse salariale

Le taux de progression de 1,5 % des charges de personnel représente une évolution de 1 % pour le personnel non médical et de 2,3 % pour le personnel médical.

⁸¹ La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM inclut notamment des dépenses aux soins de ville. La Cour des comptes a relevé dans son rapport annuel que des dépenses supplémentaires sur cette enveloppe (règlement arbitral dentaire, « dépenses supplémentaires au titre des autres professions de santé sur les quatre prochaines années, au regard des négociations conventionnelles qui viennent de se conclure ») « faisaient peser un risque sur l'ONDAM ». « De même, les augmentations de dépenses salariales des établissements de santé au titre de mesures relatives aux carrières des agents de la fonction publique hospitalière peuvent être estimées à environ 400 M€ en 2018 » et nécessitait « la mise en œuvre d'économies plus élevées, de l'ordre de 500 M€, que celles retenues pour l'ONDAM 2017 ».

⁸² Le PGFP conduit ainsi à s'écartier du scénario « au fil de l'eau ». Les produits selon le CHU s'établiraient à 1 014 M€ en 2026 alors que la reproduction des tendances observées entre 2011 et 2016 aurait conduit à anticiper un niveau de produits s'établissant à 1 214 M€.

tableau n° 52 : Évolution de la masse salariale chargée selon PGFP

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	moy. an. 2017 / 2026	rappel moy. an. 2011/2016
personnel médical	6,35%	2,80%	2,90%	2,40%	2,30%	2,40%	2,30%	2,30%	2,30%	2,30%	2,3%	5,0%
personnel non médical	1,78%	1,30%	1,40%	0,70%	0,80%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	0,90%	1,0%	1,0%
total	2,98%	1,60%	1,60%	1,20%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,5%	1,9%

Source : PGFP 2017-2026 et logiciel Anafi

La masse salariale non médicale

L'hypothèse de croissance de 1 % des charges de personnel non-médical est cohérente par rapport à la tendance précédente. Le CHU estime que le développement de l'ambulatoire pourrait également contribuer à maîtriser la croissance de la masse salariale en réduisant les capacités en lits de l'établissement.

Le taux d'évolution des charges de personnel affiché doit cependant être considéré davantage comme un objectif que comme une prévision compte tenu :

- de mesures nationales statutaires probables (parcours professionnels, carrières et rémunérations et revalorisation du point d'indice notamment) dont l'impact pluriannuel n'apparaît dans le PGFP que sur les exercices 2017 à 2019 ;
- du fait que les principaux gisements d'économies sur la masse salariale non médicale ont déjà été activés lors du contrat de performance 2011-2014 ;
- que le glissement vieillesse-technicité est pris en compte dans le taux de 1 %.

La masse salariale médicale

L'hypothèse d'une croissance des charges de personnel médical⁸³ limitée à 2,3 % contre 5 % au cours de la période 2011-2016, appelle les observations suivantes.

Sur les 26,4 M€ d'évolution de la masse salariale médicale dans la période 2011-2016, 22 M€ sont imputables à des crédits fléchés financés par des subventions d'exploitation ainsi que par des produits forfaitaires (dont l'effet *numerus clausus* des internes ainsi que des missions d'intérêt général)⁸⁴. La neutralisation de ces crédits ramène en conséquence la progression de la masse salariale médicale à 4,4 M€, soit 0,9 % d'évolution annuelle moyenne. Pour autant, comme pour le personnel non-médical, le CHU peut être confronté à des revalorisations statutaires nationales à venir et non connues au stade actuel dont les conséquences financières ne sont pas prises en compte.

Recommandation

2. Prévoir des mesures d'économie susceptibles de saisir les deux hypothèses de croissance de la masse salariale retenues dans le plan global de financement pluriannuel pour le personnel médical et non médical. *Mise en œuvre en cours.*

⁸³ La trajectoire proposée par le CHU intègre les effets des retours sur investissement consécutifs aux réorganisations et restructurations. Dans ce cadre, la réorganisation des laboratoires ne devrait conduire qu'à la suppression de 5 ETP de médecins. Son effet ne devrait qu'impacter marginalement la masse salariale médicale (environ 0,5 M€ annuel).

⁸⁴ Voir 3.2.1.2 Une progression des produits forfaitaires limitée à 3 %.

4.2.2.2. Les charges médicales et pharmaceutiques

Le CHU prévoit une évolution des charges médicales et pharmaceutiques de 1,6 % en variation moyenne annuelle.

tableau n° 53 : Évolution attendue dans le PGFP des charges à caractère médical ainsi qu'hôtelières et générales

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Moyenne période 2017/2026
Charges à caractère médical	1,6%	1,7%	1,9%	1,3%	1,5%	1,4%	1,7%	1,9%	1,5%	1,5%	1,6%

Source : PGFP 2017-2026

Au cours de la période précédente, les charges à caractère médical et pharmaceutiques avaient progressé de 8,6 % en moyenne annuelle en raison notamment du surcoût induit par la prise en charge des traitements contre l'hépatite C⁸⁵.

Ces charges sont en effet corrélées aux tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médico-implantables.

Les molécules onéreuses et les dispositifs médico-implantables remboursés en sus des séjours font par ailleurs l'objet de facturations spécifiques et génèrent des produits versés par l'assurance maladie. Une hausse de ces dépenses se traduit par une recette équivalente neutralisant pour partie une prévision qui sous-évaluerait les futures dépenses.

Dès lors, la projection inscrite par le CHU au PGFP n'appelle pas d'observation.

4.2.2.3. Les charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général ont augmenté de 4,9 % en moyenne annuelle dans la période 2011 à 2016. Le CHU envisage une progression de 1,3 % dans le PGFP 2017-2026 sans que les hypothèses retenues pour justifier le taux de progression affiché ne soient étayées. Certaines charges peuvent en outre difficilement être diminuées, comme les dépenses d'eau et d'énergie (8,4 M€ en 2016, soit 11,8 % du total des charges à caractère hôtelier et général).

tableau n° 54 : Prévisions d'évolution des charges à caractère hôtelier et général selon le PGFP

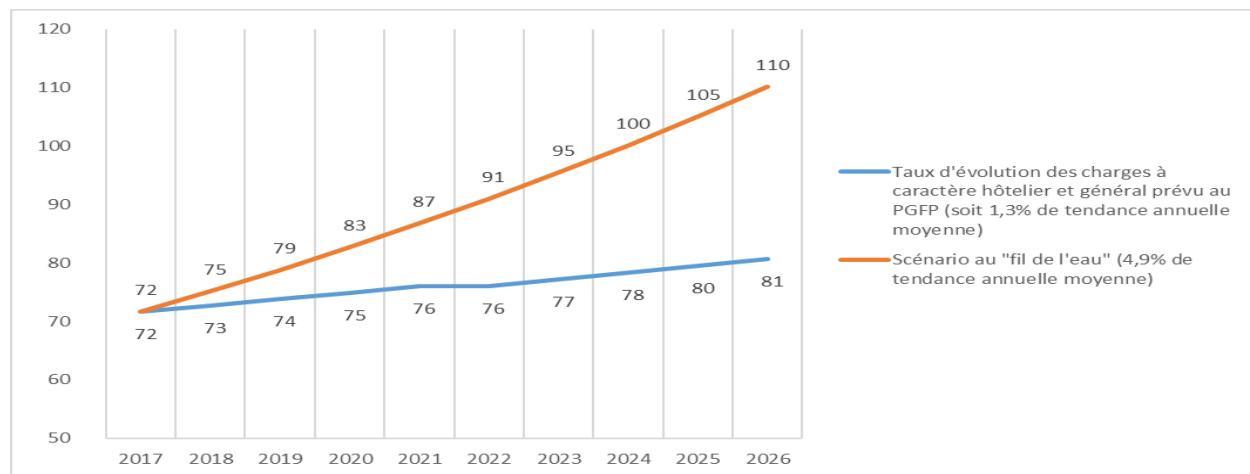
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Moyenne période 2017/2026
Charges à caractère hôtelier et général	1,1%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	0,0%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,3%

Source : PGFP 2017-2026

L'écart entre la prévision inscrite au PGFP 2017-2026 et une augmentation des dépenses selon une trajectoire analogue à celle observée sur la période 2011-2016 représenterait 29 M€ sur l'exercice 2026 soit 3,6 points. L'ordonnateur souligne cependant que si les charges à caractère général et hôtelier ont fortement augmenté dans la période 2011-2016, l'évolution 2016-2017 ne représente que 1,1 % et est proche de l'hypothèse du PGFP 2017. Le scénario au « fil de l'eau » constituerait à cet égard une variante pessimiste qui pourrait être contredite par une politique de maîtrise des charges de titre III devant encore être précisée par l'établissement.

⁸⁵ Ces dépenses supplémentaires avaient été compensées par leur refacturation à l'assurance maladie au titre des « produits des médicaments facturés en sus des séjours » pour les patients hospitalisés.

graphique n° 4 : Écart entre l'hypothèse d'évolution des charges à caractère général et hôtelières du PGFP et la tendance « au fil de l'eau »



Source : CRC

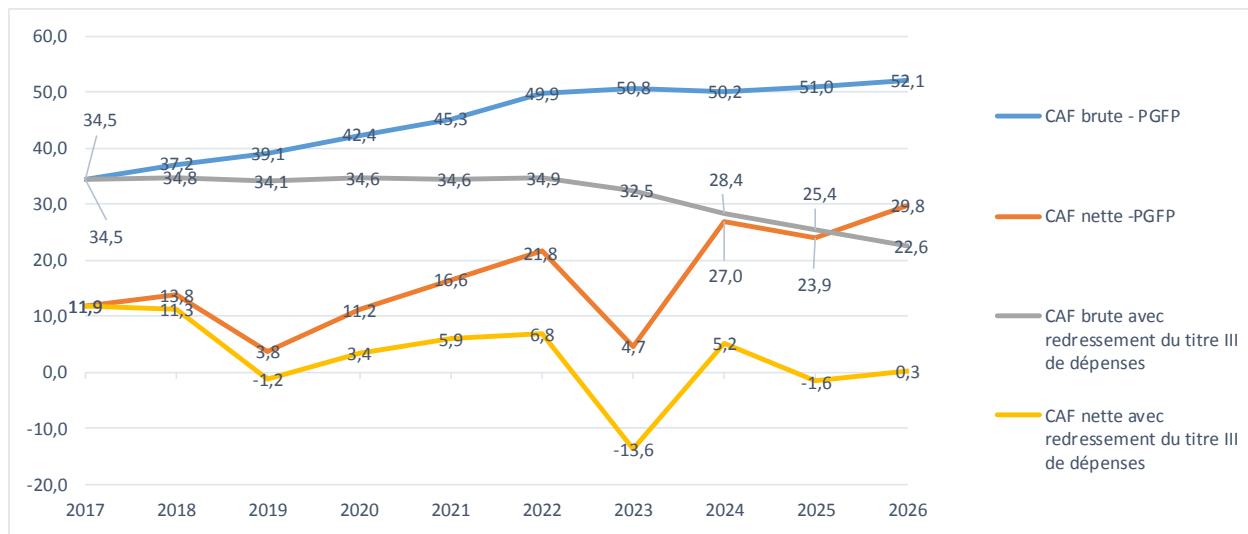
La chambre a recommandé au CHU de développer dans le PGFP qui accompagne l'EPRD 2018 les hypothèses justifiant les taux retenus pour les charges à caractère hôtelier et général. Cette clarification est rendue d'autant plus nécessaire que la croissance des consommations intermédiaires dans la période précédente a représenté près du double de celle du chiffre d'affaires.

Recommandation

3. Préciser dans le plan global de financement pluriannuel accompagnant l'état des prévisions de recettes et de dépenses 2018 l'ensemble des hypothèses justifiant la maîtrise des charges à caractère hôtelier et général. *Non mise en œuvre.*

4.2.3. Une capacité d'autofinancement prévisionnelle fragile

La capacité d'autofinancement nette présentée par le CHU dans son PGFP s'établirait à 29,8 M€ en 2026. Pour autant, cette évaluation doit être considérée avec prudence notamment en raison des incertitudes pesant sur le niveau des charges à caractère hôtelier et général. Si ces charges devaient poursuivre leur croissance selon un rythme identique à celui observé sur la période antérieure, le CHU pourrait être confronté ponctuellement à une insuffisance d'autofinancement nette en 2019 (-1,2 M€) puis de nouveau à compter de 2023 (-13,6 M€).

tableau n° 55 : Évolution de la capacité d'autofinancement selon le PGFP et selon la tendance redressée

Source : CRC, d'après PGFP 2017-2026

4.3. Le financement propre disponible prévisionnel (hors CAF nette)

Il ressort du PGFP 2017-2026 que sur les subventions d'équipements, deux participations sont attendues pour un montant global de 12,8 M€⁸⁶ :

- l'« aide nationale » de 9,5 M€ sera versée pour le projet de regroupement des laboratoires sur un site unique ;
- 3,3 M€ de subventions dans le cadre du pacte métropolitain d'innovation de Montpellier⁸⁷.

Sur les produits de cessions, l'ancien bâtiment de la maternité Grasset a été cédé pour 2,52 M€ le 23 octobre 2017. Une autre cession est envisagée pour un montant de 6 M€. Il s'agit de la vente du terrain de Bellevue prévue en 2022.

Le financement propre disponible anticipé (hors CAF nette) s'établirait, selon le CHU, à 21,3 M€. Cette prévision n'appelle pas d'observation.

4.4. L'emprunt

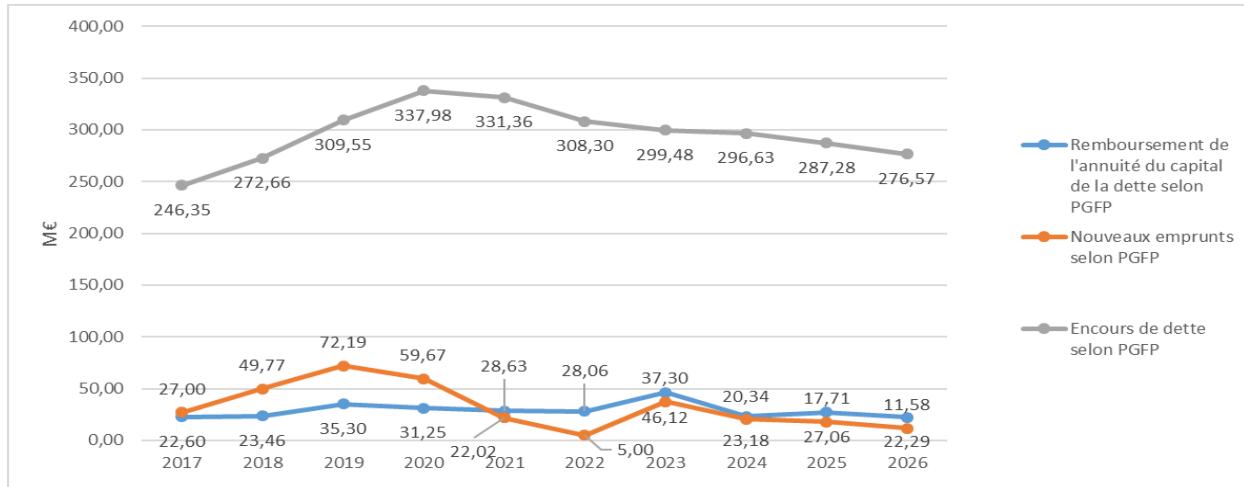
Le recours à l'emprunt envisagé dans le PGFP 2017-2026 se chiffrerait à 322,6 M€, soit un niveau supérieur au remboursement des annuités du capital de la dette (287,9 M€). L'encours de dette passerait, dans cette hypothèse, de 246,3 M€ en 2017 à 338 M€ en 2020 pour décroître ensuite et s'établir à 276,6 M€ en 2026.

⁸⁶ Ce montant est cohérent avec le niveau perçu au cours de la période 2011-2016, soit 9,69 M€ (3,28 % du montant total des dépenses d'équipement).

⁸⁷ Deux projets seraient ainsi retenus. Il s'agit d'une part du développement de la recherche et de l'innovation thérapeutique en neuroradiologie interventionnelle pour 1 M€ et d'autre part d'un projet de biotechnologie pour la médecine régénératrice et les thérapies innovantes pour 2,3 M€.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

graphique n° 5 : Évolution prévisionnelle de l'encours de dette, des nouveaux emprunts et du remboursement de l'annuité du capital de la dette selon PGFP



Source : CHU

À compter de l'exercice 2018, et ce même si les objectifs de maîtrise des dépenses de titre III étaient respectés, l'établissement serait soumis à la procédure d'autorisation d'emprunter⁸⁸ ; le seuil d'indépendance financière de 50 % et le seuil d'encours de la dette rapporté au total des produits de 30 % seraient en effet dépassés selon le PGFP. Pour autant, la durée apparente de la dette demeurerait inférieure à huit ans en raison d'une capacité d'autofinancement nette prévisionnelle dynamique. Celle-ci doit cependant être considérée avec prudence, les hypothèses retenues pour le calcul de la CAF demeurant fragiles.

tableau n° 56 : Les indicateurs du déséquilibre financier

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Indépendance Financière	61,07%	62,60%	65,11%	66,93%	66,13%	62,97%	61,33%	60,22%	58,16%	56,07%
Durée apparente de la dette	7,14	7,32	7,92	7,97	7,32	6,18	5,90	5,91	5,64	5,31
Encours de dette rapporté au total des produits	27,88%	30,25%	33,82%	36,34%	35,05%	31,90%	30,77%	30,08%	28,75%	27,32%

Source : CHU, PGFP 2017-2026

Si la CAF devait évoluer selon la tendance redressée (incluant un taux de croissance des charges à caractère hôtelier et général identique à la tendance 2011-2016), le CHU devrait alors emprunter 136 M€ supplémentaires pour réaliser son plan d'équipement, portant son emprunt total à 459 M€.

tableau n° 57 : Emprunt prévisionnel selon PGFP et selon tendance redressée

M€	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Cumul période
Emprunt prévisionnel PGFP	27	50	72	60	22	5	37	20	18	12	323
Emprunt complémentaire à lever selon tendance redressée	0	2	5	8	11	15	18	22	26	29	136
Total	27	52	77	68	33	20	56	42	43	41	459

Source : CRC

⁸⁸ Article D. 6145-70 du code de la santé publique.

4.5. Le taux de marge brute

Le taux de marge brut prévu au PGFP devrait être inférieur sur l'ensemble de la période à l'objectif national de 8 %, retenu par le COPERMO.

L'ordonnateur rappelle que la marge brute hors aide s'est améliorée entre 2011 et 2016, soit 17,6 %. Pour autant, il considère que l'objectif national de 8 % ne pourra être atteint que si le regroupement / réorganisation des sites actuels est réalisé.

La chambre relève que le taux prévisionnel de marge brute devrait, selon le scénario retenu par le PGFP, s'établir au mieux en deçà de 6 %, témoignant d'une fragilité de l'établissement pour assumer seul sa stratégie d'investissement.

tableau n° 58 : Évolution prévisionnelle du taux de marge brute

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Marge brute en M€	47,2	38,7	41,0	43,0	46,8	50,3	54,7	54,6	54,2	54,8
Taux de marge brute	4,45%	4,62%	4,77%	5,10%	5,40%	5,78%	5,69%	5,57%	5,56%	5,55%

Source : CRC, d'après PGFP 2017 du CHU

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les hypothèses retenues notamment pour les charges nécessitent d'être étayées afin de déterminer si l'établissement peut dégager une capacité d'autofinancement nette suffisante pour soutenir son programme d'investissement 2017-2026.

Si ce n'était pas le cas, il lui appartiendrait de renforcer sa maîtrise des dépenses sans porter atteinte à son activité, de revoir la nature ou le calendrier de ses investissements, à défaut d'obtenir des subventions d'équipement supplémentaires.

Selon le CHU le regroupement sur l'ensemble du site n° 1 de l'activité de long-séjour (21 M€ entre 2020 et 2021) ainsi que les travaux sur le site de Saint-Eloi (20 M€) pourraient ainsi être différés.

La chambre relève enfin que les mises aux normes réalisées entre 2011 et 2016 et celles prévues par le PGFP 2017-2026 ne permettront toutefois pas d'assurer de façon satisfaisante une prolongation de la vie des bâtiments au-delà d'une décennie.

La reconstruction de l'ensemble des services de court séjour du CHU sur le site unique de Lapeyronie (qui appartient déjà au CHU) pourrait permettre de réaliser des cessions d'actifs dans le quartier hôpitaux-facultés ; elles⁸⁹ ne suffiront cependant pas à financer le projet qui n'est pas viable en l'état.

⁸⁹ Non valorisées par le CHU.

5. LE PERSONNEL INFIRMIER

5.1. Un système d'information sur les ressources humaines inadapté

5.1.1. Des données indisponibles

L'établissement n'a pas été en capacité de communiquer les données relatives aux effectifs ni à la masse salariale des infirmiers et infirmiers spécialisés de l'année 2011.

En effet, suite à un changement d'application intervenu en 2012, les données issues du logiciel précédent ne sont plus requêtables et n'ont pas été intégrées dans la nouvelle application en raison des coûts qu'auraient entraînés cette reprise.

5.1.2. Une approche métier limitée par le système d'information

L'ordonnateur considère que le système d'information en ressources humaines est l'un des plus développés parmi les établissements de sa catégorie. Il précise cependant ne pas suivre spécifiquement le personnel infirmier et n'être pas en mesure d'identifier les dépenses de remplacement, le nombre de jours placés sur CET à l'exception de l'exercice 2014, ou encore le nombre d'ETP infirmier nécessitant un reclassement. De fait, le système d'information ne permet pas de disposer d'autres éléments d'analyse que ceux fondés sur la distinction entre les filières soignantes, médico techniques, médicales et administratives.

Dès lors, en l'absence d'un suivi fin de la situation des effectifs infirmiers (temps de travail, effectifs, jours placés sur CET, coûts de remplacement...), le CHU de Montpellier ne peut pas mettre en place une politique spécifique de gestion du personnel infirmier que ce soit en termes de formation, de gestion du temps de travail ou encore de prévention des risques professionnels et d'absentéisme.

L'ordonnateur précise que différentes données sont régulièrement suivies dans le cadre de la politique en ressources humaines : formation continue et promotion professionnelle, effectifs, évolutions des compétences, gestion de l'absentéisme et prévention des accidents de travail. Il considère, par ailleurs, que les enjeux d'effectifs, de formation, de GPMC et de prévention des risques professionnels doivent être approchés globalement pour l'ensemble des professionnels du CHU. La chambre considère qu'une approche globale n'a pas vocation à être exclusive d'une approche par métier ou grade.

5.1.3. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

La DRH utilise les instruments à sa disposition, comme la cartographie des métiers de l'ANFH mais en reconnaît les limites. C'est un des axes prioritaires du prochain projet d'établissement.

L'équipe de la DRH s'est réorganisée en ce sens notamment avec la création d'un poste de chargé de mission sur la GPMC depuis le 1^{er} novembre 2017.

L'ordonnateur indique disposer d'outils de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences sans que pour autant cette déclaration ait été étayée.

Recommandation

4. Mettre en place les outils nécessaires pour une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences. *Non mise en œuvre.*

5.2. La place des infirmiers au CHU

5.2.1. Des effectifs stabilisés dans un contexte de progression de l'activité

5.2.1.1. Une stabilité des effectifs

En 2016, le personnel infirmier du CHU représentait près de 32 % du personnel non médical, contre 30,24 % des ETP au plan national⁹⁰.

Au sein du CHU de Montpellier, les effectifs physiques infirmiers sont restés stables entre 2012 et 2016 (+ 8 infirmiers, soit 2 778 en 2016) malgré une légère réduction de 2012 à 2014 (- 1,6 %) avant d'augmenter à nouveau en 2015.

Les effectifs en équivalent temps-plein travaillé (ETPT)⁹¹ n'ont pas varié sur la période. Pour autant, sur les exercices 2013 et 2014, ils ont connu une réduction de respectivement - 0,75 % et - 0,78 % avant de connaître une hausse très modeste (+ 1,01 % en 2015 et + 0,53 % en 2015 et 2016).

Cette stabilité globale des effectifs infirmiers s'est inscrite dans un contexte de baisse de l'ensemble des ETPT non médicaux (-1,99 %) lié au contrat de performance de l'établissement.

tableau n° 59 : Effectifs personnel infirmier, personnel non médical et CHU

	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012/2016 en %
Effectifs physiques infirmiers et infirmiers spécialisés	2 770	2 746	2 725	2 746	2 778	0,29%
ETPT infirmiers et infirmiers spécialisés	2 589,51	2 570,20	2 550,16	2 575,80	2 589,54	0,00%
Effectifs personnel non médical	8 859	8 750	8 645	8 640	8 697	-1,83%
ETPT personnel non médical	8 248,06	8 153,53	8 063,34	8 060,99	8 083,55	-1,99%
Total effectifs physiques CHU	11 631	11 541	11 516	11 537	11 645	0,12%
Total ETPT CHU	10 519	10 450	10 416	10 447	10 559	0,38%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

5.2.1.2. L'effet des réformes statutaires : des infirmiers très majoritairement de catégorie A

La création du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de catégorie A⁹² par l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 avait notamment pour objet de « reconnaître le

⁹⁰ DREES, 2017, *Les établissements de santé*, édition 2017, p. 45 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

⁹¹ Équivalent temps-plein travaillé = effectifs physiques x quotité de temps de travail x période d'activité dans l'année.

⁹² Par l'exercice d'un droit d'option, les infirmiers de catégorie B déjà en poste lors de la création du nouveau statut disposaient de la possibilité soit de rester dans leur corps d'origine, soit d'un reclassement dans le corps de catégorie A. Les infirmiers de bloc

niveau d'analyse et de technicité propres aux infirmiers et aux professions paramédicales et [d'] accompagner le développement de leurs missions », d'offrir « des rémunérations et des pensions plus élevées » et « de renforcer l'attractivité de ces métiers »⁹³.

Le CHU n'a toutefois pas été en mesure de communiquer le nombre et le ratio d'infirmiers de catégorie B ayant exercé leur droit d'option dès 2010.

En 2012, 70 % des ETPT d'infirmiers en soins généraux étaient en catégorie A⁹⁴.

Du fait des départs en retraite, la place des personnels infirmiers en soins généraux de catégorie B au sein des équipes soignantes est en baisse sensible, passant de 30 % des effectifs à 20 % entre 2012 et 2016.

tableau n° 60 : Évolution des ETPT d'infirmiers en soins généraux et infirmiers spécialisés par catégorie et par filière

Effectifs infirmiers en ETPT		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution effectif en ETPT	Evolution 2012/2016
IDE hors activité psychiatrique	Catégorie A (nouveau statut)	1 202,01	1 230,44	1 262,94	1 305,83	1 340,15	138,14	11,49%
	Catégorie B	446,08	402,26	361,84	327,80	298,80	- 147,28	-33,02%
IDE exerçant une activité psychiatrique	Catégorie A (nouveau statut)	237,53	247,20	265,48	290,71	297,29	59,76	25,16%
	Catégorie B	182,57	161,30	138,61	126,80	119,25	- 63,32	-34,69%
Sous-total IDE non spécialisés		2 068,19	2 041,19	2 028,87	2 051,14	2 055,49	- 12,70	-0,61%
IDE puéricultrice		259,49	259,86	257,60	262,93	267,75	8,26	3,18%
IBODE		102,61	105,22	103,07	104,12	106,37	3,76	3,67%
IADE		159,23	163,93	160,62	157,62	159,93	0,71	0,44%
Total		2 589,51	2 570,20	2 550,16	2 575,80	2 589,54	0,03	0,00%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

Les spécialités infirmières qui ont progressé entre 2012 et 2016 sont celles des infirmiers de blocs opératoires (+ 3,7 %) et des puériculteurs (+ 3,2 %). Ces deux spécialités représentaient cependant moins de 15 % du total des effectifs infirmiers en 2016. À l'inverse, les effectifs d'infirmiers en soins généraux ont connu une légère baisse entre 2012 et 2016 (- 0,6 %).

opératoire, les infirmiers en puériculture et les infirmiers anesthésistes relevant déjà de la catégorie A pouvaient opter pour le nouveau corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés jusqu'au 30 juin 2012.

⁹³ Lettre rectificative au projet de loi (n° 1577) relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 février 2009 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2329.asp>

⁹⁴ En l'absence de données relatives aux effectifs 2011, l'évolution liée à la réforme ne peut être mesurée.

5.2.1.3. L'impact du contrat de performance

Le CHU identifie de la manière suivante l'origine des créations et suppressions de postes d'infirmiers sur la période⁹⁵ :

tableau n° 61 : Origine des créations et suppressions de postes

	2012	2013	2014	2015	2016	Solde 2012/2016	
						Créations et suppressions de postes en ETPT	Coût de l'évolution (en €)
Plan de retour à l'équilibre	-10,8	0	0	0	0	-10,8	- 497 448
Réorganisation des activités et services	6,2	-6,05	13,4	13,6	26,6	53,75	3 130 449
Restructuration inter hospitalière	-3,5	0	-6	0	0	-9,5	- 453 050
Projet performance	-2,5	-10	-11,35	0	0	-23,85	-1 217 409
Crédits fléchés	4	1	0	3,5	3,5	12	579 950
Total	-6,6	-15,05	-3,95	17,1	30,1	21,6	1 542 492

Source : CRC et CHU de Montpellier

Les suppressions de postes ont essentiellement pour origine le plan de retour à l'équilibre (- 10,8 ETPT) achevé en 2012 ainsi que le contrat de performance 2012-2014 (- 23,85 ETPT). Concomitamment, les réorganisations d'activités et de services sont à l'origine de la création de 53,75 postes en ETPT, et les crédits fléchés de 12 postes ETPT.

Cinq ETPT de cadres de santé ont également été supprimés dans le cadre du contrat de performance.

5.2.1.4. La progression de l'activité

Sur la période, l'activité du CHU exprimée en séjours (RSA) a augmenté globalement de 15,6 % (soit 11,9 % en hospitalisation complète et 22,6 % en ambulatoire). Dans le même temps, les effectifs infirmiers, après une diminution de 39,3 ETPT en 2014 sont revenus en 2016 à leur niveau de 2012, avec une augmentation de la productivité de 15,6 %. En effet, un ETPT d'infirmier prenait en charge 46,9 séjours en 2016 (contre 40,6 en 2012).

tableau n° 62 : Évolution des ETPT infirmiers et du nombre de RSA

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Nombre de RSA en hospitalisation complète	68 965	69 712	70 370	71 063	77 149	11,9%
Nombre de RSA en ambulatoire	36 073	37 251	40 042	40 344	44 234	22,6%
Nombre total de RSA	105 038	106 963	110 412	111 407	121 383	15,6%
ETPT infirmiers	2 589,5	2 570,2	2 550,2	2 575,8	2 589,5	0,0%
Nombre de RSA produits par IDE	40,6	41,6	43,3	43,3	46,9	15,6%

Sources : CRC, CHU et Hospidiag

⁹⁵ Le solde des créations et suppressions de postes dont les origines ont été identifiées par le CHU ne correspond pas aux variations constatées annuellement et sur l'ensemble de la période concernant les effectifs infirmiers. L'analyse ne porte que sur les postes pérennes. En sont donc exclus les postés liés à la recherche ainsi que les remplacements. Le solde des créations et suppressions des ETPT est de + 0,03 de 2012 à 2016.

5.2.1.5. Un redéploiement des effectifs des pools de remplacement vers les pôles

Alors que les effectifs des pôles hospitaliers ont progressé de 130,7 ETPT (+ 5,65 %), les services supports ont compensé cette hausse par une baisse strictement équivalente en ETPT (soit - 47,1 %)⁹⁶. Celle-ci a pesé quasiment exclusivement sur le pool de remplacement représentant ainsi une diminution des effectifs de 128,86 ETPT. Il y a donc eu un redéploiement des postes au bénéfice des services cliniques.

Ce sont principalement les pôles « cliniques médicales » (+ 9,6 %) et « os et articulations » (+ 57,5 %) qui ont bénéficié d'une croissance des ETPT. L'augmentation des effectifs du pôle « os et articulations » est liée au transfert des effectifs des blocs opératoires vers ce pôle au 1^{er} janvier 2013. Le pôle « cliniques médicales » a accueilli les effectifs liés au développement de l'hospitalisation à domicile depuis 2012.

5.2.2. Une augmentation contenue de la masse salariale

5.2.2.1. Une croissance de la masse salariale infirmière supérieure à la masse salariale non-médicale

Le personnel infirmier représente plus de 27 % de la masse salariale du CHU⁹⁷ et 35 % de celle du personnel non médical. L'évolution de la masse salariale infirmière est en croissance de 5,2 %, soit 1,36 points de plus que la masse salariale non médicale du CHU⁹⁸. L'absence de données antérieures à 2012 ne permet cependant pas de mesurer les conséquences de la réforme statutaire du corps des infirmiers.

tableau n° 63 : Évolution de la masse salariale du personnel infirmier, du personnel non médical, et de l'ensemble du personnel du CHU

Masse salariale chargée en euros	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Personnel infirmier	131 275 426	132 581 240	133 411 428	137 671 203	138 056 884	5,17%
Personnel non médical	378 441 598	380 615 823	385 456 958	391 988 266	392 845 754	3,81%
Masse salariale du CHU	470 370 834	481 643 576	490 997 894	501 581 125	503 298 475	7,00%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

La croissance de la masse salariale des effectifs infirmiers a représenté 6,781 M€ entre 2012 et 2016, dont 4,259 M€ entre 2014 et 2015. La variation de 3,2 % de la masse salariale de 2014 à 2015 s'explique par l'augmentation du coût moyen par infirmier de 1 130 €, soit une hausse de 2,85 M€ et par le recrutement de 25,6 ETPT au coût moyen de 53 602 €, soit 1,372 M€.

⁹⁶ Voir annexe n° 2.

⁹⁷ Des écarts ont été constatés entre les charges annuelles de personnel issues des comptes de gestion et la masse salariale du CHU figurant dans les tableaux de l'enquête. Le CHU n'a pas expliqué ces écarts.

⁹⁸ La comparaison avec la masse salariale médicale n'est pas pertinente, celle-ci ayant été impactée par l'augmentation des effectifs des praticiens juniors faisant l'objet d'un remboursement annuel par l'ARS.

tableau n° 64 : La masse salariale des effectifs infirmiers par catégorie et par filière

Masse salariale chargée en euros		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
IDE hors activité psychiatrique	<i>Catégorie A (nouveau statut)</i>	54 411 462	56 916 479	59 440 750	63 565 779	65 227 355	19,88%
	<i>Catégorie B</i>	25 101 893	23 195 981	21 298 974	19 721 954	17 932 117	-28,56%
IDE exerçant une activité psychiatrique	<i>Catégorie A (nouveau statut)</i>	10 501 947	11 209 882	12 056 509	13 436 872	13 791 250	31,32%
	<i>Catégorie B</i>	10 237 589	9 160 096	8 074 851	7 473 715	7 017 682	-31,45%
Sous-total IDE non spécialisés		100 252 891	100 482 439	100 871 085	104 198 320	103 968 404	3,71%
IDE puéricultrice		15 040 254	15 462 977	15 801 901	16 501 807	16 902 755	12,38%
IBODE		5 993 467	6 219 034	6 260 660	6 458 593	6 497 201	8,40%
IADE		9 988 813	10 416 791	10 477 782	10 512 483	10 688 524	7,00%
Total		131 275 426	132 581 240	133 411 428	137 671 203	138 056 884	5,17%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

5.2.2.2. Le coût des dispositions statutaires et réglementaires spécifiques

L’adoption des mesures réglementaires nationales applicables au personnel infirmier représente 2,57 M€ d’augmentation de la masse salariale entre 2012 et 2016.

En l’absence de données 2011, l’évolution de la masse salariale 2011-2012 n’a pu être chiffrée. Toutefois, le CHU évalue le coût du passage de la catégorie B à la catégorie A des IDE à 125 622 € pour 2010 et 1 623 401 € en 2011⁹⁹.

Par ailleurs, l’établissement n’a pas été en mesure de préciser l’impact du protocole PPCR pour le seul corps des infirmiers et infirmiers spécialisés. Il n’a été évalué qu’à l’échelle du personnel, soit 7,4 M€ entre 2016-2020.

5.2.3. La gestion des personnels infirmiers

5.2.3.1. L’organisation administrative

La gestion des personnels est assurée par trois directions : la « direction des ressources humaines et formation » (DRH) en charge de la gestion du personnel non médical¹⁰⁰ ; la direction des affaires médicales, stratégie et coopération en charge du personnel médical ; la coordination générale des soins (CGS) qui assure l’organisation, l’encadrement et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Cette dernière coordonne également l’action des 12 cadres de pôles en organisant notamment une réunion mensuelle.

La DRH et la CGS sont appelées à travailler conjointement à la définition de la politique de gestion des personnels infirmiers. Une réunion hebdomadaire leur permet de coordonner leurs travaux.

⁹⁹ À titre complémentaire, le CHU précise que le reclassement des IDE spécialisés et la revalorisation de la grille IDE en catégorie A ont été estimés en juillet 2012 à 800 000 € sur l’exercice 2012 (avec une incidence en année pleine sur 2013 de 700 000 €) et que la revalorisation indiciaire des IDE a été estimée à 537 000 € en année pleine à compter de 2014.

¹⁰⁰ Des adjoints des cadres, responsables déconcentrés de sites assurent la représentation de la direction des ressources humaines auprès des agents.

5.2.3.2. Les systèmes d'information en ressources humaines

La gestion des carrières des agents ainsi que la paye sont assurées par un logiciel RH dont l'établissement considère qu'il répond à l'ensemble des besoins statutaires en matière de ressources humaines.

Le logiciel de gestion des temps utilisé depuis 2002 par le CHU devrait être remplacé en 2018. Le coût de remplacement de l'outil est de 346 741 € TTC. Le CHU considère que l'application en vigueur est un outil vieillissant. Sa maintenance n'est plus réalisée¹⁰¹.

Enfin, l'exécution du plan de formation est suivie sur une application de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

5.2.3.3. La représentation des infirmiers

Les infirmiers et cadres infirmiers ne sont pas représentés en tant que tels au comité d'hygiène, de sécurité et des relations et conditions de travail (CHSCT) et au comité technique d'établissement (CTE). Les syndicats qui siègent dans les instances du CHU représentent l'ensemble des professionnels et des grades.

Le CHSCT¹⁰² et le CTE¹⁰³ ne sont pas spécifiquement consultés sur la gestion des personnels infirmiers, les problématiques d'organisation et de conditions de travail concernant en général plusieurs catégories de personnels. Ils constituent cependant les instances privilégiées d'échanges sur les questions statutaires du fait du monopole de la représentation des agents par les organisations syndicales représentatives¹⁰⁴.

En revanche, les prises de position de la commission de soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT) qui assure la représentation des personnels paramédicaux¹⁰⁵ sont moins structurantes dans la vie de l'établissement pour deux raisons. D'une part, le mode de scrutin uninominal majoritaire ne permet pas la représentation des organisations syndicales permise par le scrutin de liste. Dès lors, la publicité des avis de la CSIRMT est peu assurée. D'autre part, la catégorie A est surreprésentée au regard de son poids au sein des personnels paramédicaux, soit 82 % contre 37 % en 2016 au sein de l'établissement.

¹⁰¹ Selon le CHU, le nouveau logiciel permettra notamment de mieux suivre les RTT et d'inciter les agents à la récupération des heures supplémentaires.

¹⁰² Le CHSCT compte actuellement onze sièges : deux pour les représentants de la CME (un PUPH, un PH), quatre sièges FO (un manipulateur, deux IDE, un ISP et un adjoint administratif), trois sièges CGT (un ASH, un AS), deux sièges CFDT (un cadre de santé, un AS), un siège UNSA (un ingénieur hospitalier).

¹⁰³ Le CTE est composé de quinze sièges : six sièges FO (un technicien de labo, un manipulateur, deux IDE, un ISP et un adjoint administratif), quatre sièges CGT (un IADE, un IDE, une sage-femme, un AMA), trois sièges CFDT (un AS, un IDE, un cadre de santé), un siège UNSA (un ingénieur hospitalier), un siège CNI (un IADE).

¹⁰⁴ La coordination infirmière est représentée au comité technique d'établissement (1 membre titulaire) mais reste minoritaire, y compris chez les infirmières.

¹⁰⁵ La CSIRMT du CHU est composée du directeur coordonnateur général des soins, président de la commission et de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ces représentants élus sont constitués de trente-quatre membres titulaires et autant de membres suppléants parmi les trois collèges suivants : le collège des cadres de santé (douze membres titulaires dont neuf membres de la filière infirmière) ; le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (seize membres, dont dix membres issus des personnels infirmiers), le collège des aides-soignants (six membres).

5.2.3.4. Les instruments de régulation des effectifs infirmiers

Au sein de chaque pôle, l'établissement affirme mener des démarches d'adaptation des effectifs en fonction des variations de l'activité et du développement d'autres modes de prise en charge que l'hospitalisation complète, comme l'ambulatoire. Ces opérations de restructuration de l'offre de soins en interne aux pôles conduiraient ainsi à des redéploiements de postes, y compris en matière d'effectif infirmier.

Le CHU indique s'appuyer sur la méthodologie et les données de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ou sur la base inter-CHU de Reims depuis 2013 pour calculer ses effectifs. Il n'existe toutefois pas de méthode spécifique au CHU¹⁰⁶ (type maquettes ou revues organisationnelles). Les études réalisées s'appuient sur la description de l'organisation du service au regard de la prise en charge. Pour les services d'hospitalisation complète, la règle souvent appliquée est d'un IDE pour 12 lits par plage horaire, avec un IDE en 7h30 (par exemple de 9h à 16h30) selon les services.

Le CHU n'a pas pu produire de tableau synthétisant dans un même document par unité : le nombre de lits et places ouverts ; le potentiel de lits et places ; les moyens humains affectés ; la cible en terme de moyens humains. La chambre l'invite à se doter d'un tel outil.

5.2.3.5. Les remplacements des personnels absents

La gestion des remplacements de courte durée (moins de 48 heures) est effectuée en premier lieu par une modification de planning à l'intérieur du service puis du pôle. Les cadres de santé sollicitent ensuite l'aide du pool de remplacement. En dernier lieu, le recours aux heures supplémentaires par l'intermédiaire d'une plateforme électronique ouverte aux professionnels de l'établissement ou à l'intérim est possible.

Si la durée d'absence est supérieure à une semaine, les pôles et les services peuvent faire appel au pool de suppléance. Celui-ci était constitué en 2016 de 66 ETP infirmiers. Ceux-ci peuvent être spécialisés sur des compétences particulières comme la réanimation ou sur des organisations spécifiques telles que jour/nuit ou sur le type de durées de remplacement (*pools* courtes, moyennes et longues durées ; réanimation ; psychiatrie). Pour autant, le recours au *pool* ne permet pas de satisfaire l'ensemble des besoins de remplacement de l'établissement ; sa taille ayant été réduite dans le cadre du contrat de performance entre 2012 et 2015 (- 128,9 ETPT) au bénéfice d'un redéploiement vers les services cliniques. Le CHU fait donc appel de façon complémentaire à des infirmiers intérimaires. Son besoin étant croissant, les coûts de l'intérim sont passés de 74 k€ en 2012 à 339 k€ en 2016 (soit 357 % d'augmentation).

tableau n° 65 : Évolution du coût du personnel intérimaire 2012/2016 – en euros

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/16
Coût TTC du personnel intérimaire IDE	74 210	19 557	62 116	160 795	339 129	356,99%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Le CHU ne recourt pas aux vacataires afin de supprimer les coûts d'intermédiation des agences d'intérim.

¹⁰⁶ L'établissement n'utilise pas les SIIPS (soins infirmiers individualisés à la personne soignée) ou d'autres outils pour évaluer la charge en soins ou la charge de travail.

L'ordonnateur souligne qu'un dispositif d'appel à des vacataires géré par le CHU sera mis en place en 2018 mais que son coût de gestion ne sera toutefois pas nul puisqu'il s'appuiera sur un processus complet de recrutement que l'agence d'intérim permet d'économiser.

La chambre considère qu'un tel dispositif permettra de ne rémunérer que les heures effectivement réalisées, en fonction du besoin réel des services cliniques et pour un coût inférieur à ceux pratiqués par les agences d'intérim.

5.2.4. Les politiques de recrutement et de fidélisation

5.2.4.1. Des stratégies de recrutement évolutives

Jusqu'en 2012, compte tenu des difficultés de recrutement, le CHU mettait en stage les infirmiers en soins généraux dès leur embauche. Depuis 2013, l'attractivité de l'établissement étant plus forte pour les infirmiers puériculteurs et infirmiers en soins généraux, cette pratique a cessé¹⁰⁷.

Le recrutement des infirmiers généraux s'effectue sur la base d'un contrat à durée déterminée de six mois renouvelé une fois. En présence d'une évaluation favorable et d'une validation de l'encadrement, ces contrats sont suivis d'une mise en stage¹⁰⁸.

Ainsi, les recrutements en CDD en 2016 représentaient 30,1 % des recrutements contre 10,2 % en 2012.

tableau n° 66 : Évolution du nombre d'infirmiers recrutés en CDD

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Recrutements d'infirmiers opérés	246	136	192	170	186	-24%
Effectifs physiques infirmiers CDD	25	19	34	26	56	124%
Pourcentage d'infirmiers recrutés en CDD	10,16%	13,97%	17,71%	15,29%	30,11%	

Sources : CRC et CHU de Montpellier

Cette évolution a conduit à une croissance importante du recours au CDD (+ 124 %), sans pour autant conduire à un bouleversement de la structure de la masse salariale (la part de la masse salariale en CDI, titulaire ou stagiaire de la fonction publique reste majoritaire). Le coût des agents en CDD est d'ailleurs moins important lors de cette première année¹⁰⁹.

Le recrutement des IBODE et des IADE¹¹⁰ reste plus complexe malgré la présence d'écoles de formation à Montpellier. Les infirmiers spécialisés sont actuellement toujours recrutés avec mise en stage directe.

¹⁰⁷ Pour autant, le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2017-2021 de l'Occitanie place le métier d'infirmiers en soins généraux dans les métiers en « tensions à anticiper au vu de la pyramide des âges » plus élevée en Occitanie qu'en France entière, et constate une augmentation des besoins d'emploi des IBODE et IADE.

¹⁰⁸ Ce recours préalable au CDD en guise de période d'essai préalable à la mise en stage, s'il présente un intérêt en gestion pour le CHU et est largement pratiqué par les établissements publics de santé, n'est néanmoins pas prévu par l'article 9 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986.

¹⁰⁹ Les agents en CDD ne bénéficient notamment pas de la prime de service et le protocole PPCR ne s'applique pas aux contractuels.

¹¹⁰ Les bilans sociaux de l'établissement identifient les IBODE et IADE parmi les métiers sensibles ou en tension.

Le CHU n'est par ailleurs pas en capacité d'identifier parmi les recrutements d'infirmiers généraux et spécialisés ceux qui viennent de l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) de l'établissement ou d'autres IFSI régionaux. Cette donnée n'est pas suivie non plus pour l'ensemble des personnels infirmiers employés par l'hôpital.

La réponse aux tensions de recrutement passe également par d'autres actions telles que la souscription d'accès à des « CVthèques » ou la promotion du travail au CHU¹¹¹.

Le CHU n'utilise pas le levier de la rémunération pour attirer les candidats même sur des spécialités infirmières en tension.

5.2.4.2. La fidélisation prioritaire des infirmiers spécialisés

Le CHU recourt à la promotion professionnelle pour fidéliser les personnels infirmiers, les infirmiers spécialisés¹¹² et les cadres de santé. Les formations sont réalisées par l'IFSI rattaché à l'établissement (annexe n° 3) ou par les écoles d'infirmiers spécialisés.

La priorité est à la formation d'infirmiers spécialisés pour faire face aux difficultés de recrutement rencontrées. Celles-ci représentaient 54 % du total des promotions professionnelles en 2016 (contre 45 % en 2011). Les promotions d'infirmiers en soins généraux se sont, pour leur part, réduites de 28,6 %.

Lorsque la réussite à un concours par les agents du CHU est trop élevée, les reports de scolarité sont décidés sur la base des financements accordés par l'établissement à l'ANFH.

tableau n° 67 : Effectifs bénéficiant d'études promotionnelles

Types de formation	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne annuelle
IDE	14	12	13	12	11	10	12
Autres (à préciser)	1	3	2	3	4	0	2
Formation de cadre	12	11	8	8	12	9	10
IBODE	6	6	6	6	7	6	6
IADE	6	9	7	7	7	8	7
PUER	10	6	5	5	6	8	7
Total effectifs en spécialisation	22	21	18	18	20	22	20
Total effectifs	49	47	41	41	47	41	44
Infirmiers spécialisés/total promotions professionnelles	45%	45%	44%	44%	43%	54%	45%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Des bourses étaient par ailleurs versées aux étudiants IDE jusqu'en 2012 en échange d'un engagement de servir de 12 à 36 mois en fonction du montant de la bourse¹¹³.

¹¹¹ Il s'agit par exemple de la possibilité d'accéder à des spécialisations avancées, à des activités de recherche, à des actions de formation ou à des services offerts par le CHU comme la crèche.

¹¹² La fidélisation des personnels infirmiers a fortement progressé puisque sur 246 recrutements opérés en 2012, seuls 35 % étaient encore présents en 2014, alors que sur les 192 recrutements opérés en 2014, 91 % étaient toujours présents en 2016. (Source : *Bilans sociaux du CHU*)

¹¹³ Pour un montant total de 117 360 € en 2011.

5.3. Le suivi des modalités d'exercice du métier infirmier

5.3.1. Les personnels infirmiers au sein des équipes hospitalières

5.3.1.1. Le respect des effectifs normés

Les dispositions réglementaires inscrites au code de la santé publique (articles D. 6124-32 et suivants) imposent des ratios entre le nombre d'infirmiers et le nombre de patients pour les activités autorisées suivantes : infirmiers puériculteurs en réanimation néonatale, néonatalogie, réanimation pédiatrique, soins intensifs de pédiatrie et neurochirurgie pédiatrique ou IBODE pour les interventions de chirurgie cardiaque.

Si le CHU se conforme aux obligations réglementaires, il n'a toutefois transmis ni l'ensemble des données sur ses capacités (en chirurgie cardiaque et en neurochirurgie notamment), ni les données sur les effectifs infirmiers affectés à chaque activité.

La chambre l'invite à se doter des tableaux de bord lui permettant de s'assurer du respect des effectifs normés et de tracer ce respect. Le non-respect des prescriptions en la matière est susceptible d'engager la responsabilité de la personne morale ainsi que personnelle du chef d'établissement et de l'encadrement en cas de défaillance dans la prise en charge soignante de patients.

5.3.1.2. Les outils pour l'organisation de la prise en charge des soignants

Les infirmiers disposent d'outils spécifiques dans l'exercice de leurs fonctions afin d'assurer l'organisation des soins, la traçabilité et les commandes (médicaments, produits sanguins). Ces outils permettent un suivi renforcé mais présentent un caractère chronophage pour les personnels infirmiers. Les temps d'échanges oraux sont jugés nécessaires notamment en matière de transmission et de prescription médicale pour garantir la bonne compréhension et donc la sécurité des patients.

Au CHU, certains services comme les urgences¹¹⁴ ou les réanimations ne disposent pas du dossier patient informatisé fondé sur le logiciel « DxCare » mais utilisent des logiciels métiers jugés plus adaptés¹¹⁵.

¹¹⁴ Les urgences disposent d'un logiciel spécifique aux services d'urgences (ResUrgences). Le déploiement de DxCare est toutefois prévu.

¹¹⁵ La Haute autorité de santé (HAS) relève dans son rapport de certification que les données sur le suivi de la grossesse sont intégrées dans le dossier informatisé du réseau périnatal (DCPI), partagé au sein de l'ensemble des maternités du réseau de périnatalité, alors que les séjours hospitaliers antérieurs, le dossier d'anesthésie et les résultats des examens de biologie et d'imagerie réalisés au CHU sont accessibles par consultation du dossier informatisé institutionnel DxCare. La HAS souligne que « l'absence d'interface entre le dossier partagé utilisé en salle de naissance et le dossier médical informatisé général de l'établissement ne garantit pas la disponibilité en temps utile des informations médicales pour les différents professionnels sauf à ce qu'ils consultent les deux logiciels ». L'avantage de janvier 2017 au rapport de certification indique que des démarches ont été entreprises par le CHU auprès de l'ARS afin de chercher une solution à ce problème sur lequel il n'a pas de maîtrise directe. À ce jour, l'agence n'a pas rendu d'arbitrage à ce sujet.

5.3.1.3. L'évolution des tâches infirmières

Les réorganisations de services ou d'unités de soins ont conduit à davantage de polyvalence des personnels infirmiers Ainsi, en gérontologie, un infirmier peut prendre en charge des patients relevant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée.

Le CHU dispose de 4,5 ETP d'infirmier chargés de réaliser les consultations d'annonce, dans les services prenant en charge des patients atteints de cancer¹¹⁶.

Par ailleurs, lorsque les tâches sont modifiées avec transfert de compétences du médecin vers l'infirmier¹¹⁷, un protocole de coopération des tâches est alors signé. Deux protocoles de ce type ont ainsi été conclus en 2017, deux autres sont en cours de rédaction et trois font l'objet d'une réflexion.

5.3.1.4. La place des infirmiers dans la démarche qualité

Les éléments transmis par le CHU, et notamment les bilans de la commission des usagers (CDU) ne permettent pas de considérer que les infirmiers occupent une place particulière dans la démarche qualité de l'établissement. Ceux-ci sont concernés au même titre que les autres professionnels du CHU.

Les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGAS)

L'article R. 1413-67 du CSP définit les EIGAS comme « un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale apparu lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention ».

Pour encourager le signalement, le CHU a publié une charte en janvier 2014 qui l'engage à ne pas sanctionner les professionnels qui signalent des EIG survenus lors des soins dispensés. Cet engagement ne s'applique pas aux erreurs intentionnelles et aux manquements délibérés ou répétés aux règles de qualité et de sécurité. La charte rappelle que la dissimulation d'un EIG constitue une faute.

Pour l'accompagnement des infirmiers impliqués dans la survenue d'un événement indésirable grave, une cellule d'accompagnement a été mise en place (dispositif dit « d'aide à la deuxième victime »).

Les questionnaires de satisfaction transmis aux patients

Des questionnaires de satisfaction sont systématiquement transmis aux patients et, lorsqu'une réponse est retournée, elle est directement traitée par la direction de la qualité. Le taux de retour des questionnaires n'est cependant que de 3,6 % en 2016.

¹¹⁶ Digestif, dermatologie, hématologie, oncologie médicale, pédiatrie, thorax, ORL, neurochirurgie et urologie.

¹¹⁷ Aucun transfert de compétence n'est en revanche prévu entre les infirmiers en soins généraux et les aides-soignants.

Le traitement des réclamations

Le bilan des réclamations et des résultats des questionnaires de satisfaction figure dans le bilan annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) devenue la commission des usagers (CDU) conformément au décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016.

L'analyse des réclamations peut aboutir à des recommandations de la CDU, dont l'application est évaluée l'année suivante.

Les contentieux en lien avec les prises en charge relatives aux soins n'ont pas été documentés par le CHU.

5.3.1.5. Le positionnement vis-à-vis de l'ordre infirmier

La loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 a institué un ordre professionnel propre aux infirmiers, à l'image de la majorité des autres professions de santé. L'article L. 4311-15 du CSP dispose que « nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation [d'enregistrement] et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers ». À l'exception des infirmiers régis par le statut général des militaires, tous les infirmiers, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, contractuel, titulaire de la fonction publique...) sont tenus de s'inscrire au tableau de l'ordre infirmier.

L'établissement n'apparaît pas en mesure d'identifier et de chiffrer la part du personnel infirmier effectivement inscrit au tableau de l'ordre. Il indique que certains infirmiers sont adhérents à l'ordre sans qu'une attestation soit présente dans le dossier de la DRH.

Le CHU a indiqué que, depuis plus d'un an, tout nouveau recrutement infirmier fait l'objet d'une demande d'attestation d'inscription à l'ordre. Une information a été adressée aux cadres par courrier et une plaquette de l'ordre infirmier sur le code de déontologie a été diffusée. L'hôpital indique également faire une information par l'intranet de l'établissement¹¹⁸.

La chambre invite le CHU à s'assurer que tous les infirmiers exerçant à l'hôpital sont bien inscrits au tableau national de l'ordre.

5.3.2. Le temps de travail

5.3.2.1. L'accord local sur l'aménagement et la réduction du temps de travail

Le temps de travail du personnel infirmier est régi par les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prises en application de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Cette réglementation est complétée au plan local par l'accord de 2002, qui concerne l'ensemble du personnel non médical du CHU, la charte du 15 janvier 2013 relative à l'organisation du travail en douze heures ainsi que diverses notes de service.

L'accord local n'a pas été mis à jour depuis 2004. Il n'intègre pas les évolutions réglementaires qui sont intervenues depuis, notamment concernant la journée de solidarité, le

¹¹⁸ Au sein de l'IFSI du CHU, une communication sur les obligations des infirmiers vis-à-vis de l'ordre infirmier est effectuée, notamment lors de la remise des diplômes. Le code de déontologie est présenté dans le cadre de la formation.

plafonnement mensuel des heures supplémentaires, ou la modification substantielle des règles encadrant le compte épargne temps (CET).

Enfin, la multiplication des sources réglementant ou précisant l'organisation du temps de travail n'est pas de nature à permettre une lecture claire et homogène par les personnels.

L'ordonnateur indique que l'accord sur le temps de travail actualisé a été présenté au CTE du 30 janvier 2018.

Il n'existe pas de comité de suivi de l'accord local sur le temps de travail.

5.3.2.2. Le temps de travail annuel

La durée du temps de travail est fixée par le décret du 4 janvier 2002 à 1 607 heures sans préjudice des heures supplémentaires. Elle peut être réduite en raison de deux sujétions particulières : les repos variables ou le travail de nuit. En cas de repos variable (travail *a minima* de dix dimanches ou jours fériés au cours de l'année civile), la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures. Les agents travaillant au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs en supplément. En cas de travail de nuit, la durée annuelle de travail effectif est fixée à 1 476 heures.

Dans son précédent rapport, la juridiction relevait que seul le régime du temps de travail des agents en repos variable était conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur et invitait l'établissement à revoir son organisation en la matière. La situation n'a pas évolué depuis lors, la durée de travail actuelle (paramétrée dans le logiciel de gestion du temps de travail) étant de 1 575 heures pour les agents qui travaillent de jour et de 1 476 heures pour ceux qui travaillent de nuit. Ces durées ont été reprises dans la version réactualisée de l'accord sur le temps de travail qui devait être soumise au CTE en janvier 2018.

Les agents en repos variable travaillant de jour bénéficient, de surcroît, de deux journées de sujétions spécifiques s'ils travaillent au moins dix dimanches ou jours fériés dans l'année civile (soit un temps de travail annuel de 1 561 heures) et de deux journées supplémentaires s'ils travaillent au moins vingt dimanches ou jours fériés par an, ce qui porte alors la durée annuelle de travail à 1 547 heures.

tableau n° 68 : Écarts entre la durée annuelle du travail et la durée travaillée dans l'établissement

	Heures prévues par la réglementation	Heures travaillées/an	Ecart/obligations annuelles
Agents en repos fixe	1607	1 575	32
Agents en repos variable (>10 Dim et JF <20 Dim et JF)	1582	1561	21
Agents en repos variable (>20 Dim et JF)	1568	1547	21
Agents travaillant de nuit	1476	1476	0

Source : CRC

Le CHU n'est pas en capacité d'identifier le nombre d'ETPT d'infirmiers en repos fixe, variable ou travaillant de nuit en 2016¹¹⁹. L'ordonnateur indique que le nouveau logiciel de gestion

¹¹⁹ Toutefois, à partir des éléments de la paie 2015, il a été constaté que 26,6 % des personnels infirmiers percevaient régulièrement des indemnités de travail de nuit. Ces agents sont les seuls dont la durée de travail est conforme à la durée annuelle prévue par

du temps de travail en cours de déploiement permettra d'identifier les agents selon qu'ils sont en repos fixe ou variable. La chambre relève cependant que le CHU ne sera toujours pas en capacité d'identifier de manière exhaustive les agents travaillant de nuit.

L'ordonnateur soulève, par ailleurs, une contradiction entre les droits à repos hebdomadaire, les droits à congés et à jours fériés des agents et la durée de 1 607 heures prévue par les textes qui rendrait celle-ci inapplicable. La chambre ne partage pas cette analyse. Elle rappelle que le nombre de jours fériés comptabilisés par le CHU, soit 11 fériés annuels, constitue un maximum susceptible de diminuer quand un jour férié coïncide avec un jour de repos. La référence au temps de travail fixée par le décret précité étant de 1 607 heures pour les agents travaillant de jour et de 1 476 heures pour les agents travaillant de nuit, le CHU ne peut déroger à cette disposition réglementaire.

Recommandation

5. Mettre en conformité l'accord local relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail avec les dispositions du décret du 4 janvier 2002. Refus de mise en œuvre.

5.3.2.3. Une absence de données sur le temps de travail effectif du personnel infirmier

Le CHU n'était pas en mesure de chiffrer un éventuel écart entre les heures prévues et les heures effectivement travaillées. Le logiciel de gestion du temps de travail (GTT) ne fournit de résultats que sur 14 jours, sans possibilité d'extraire des données agrégées à l'échelle d'une année. Le système de décompte du temps de travail ne permettait pas d'exercer un réel contrôle du temps de travail du personnel. Selon l'ordonnateur, le nouveau logiciel offre cette fonctionnalité mais cette assertion n'est pas étayée.

5.3.2.4. Un développement des organisations en 12 heures

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoit que « lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures ».

La charte d'organisation des services du CHU en 12 heures en date du 15 janvier 2013 décrit les modalités de mise en place de tels horaires dérogatoires. Ces dernières reposent sur la concertation et le vote des équipes en associant des organisations syndicales. Un suivi par service est prévu à six mois, dix-huit mois et trois ans. Un bilan est réalisé afin de mesurer l'adhésion des personnels et assurer le suivi des indicateurs suivants : l'évolution du taux d'absentéisme, d'accidents du travail, du nombre d'heures supplémentaires. Les éventuelles demandes de mutation vers des unités ayant une autre organisation sont recensées. Les avis émis par la médecine du travail sont également pris en compte.

La charte prévoit un temps de transmission entre soignants d'une durée de 15 minutes maximum, validé chaque jour par l'encadrement sur justification. Ce temps de transmission se fait en complément de la durée de travail quotidienne et génère donc des dépassements horaires, que

la réglementation. Par conséquent, 73,39 % des personnels infirmiers du CHU travailleraient moins que la durée prévue. En considérant que l'écart minimal avec la durée légale est de 21 heures, les 2 589 ETP infirmiers du CHU (en 2016) effectuent 39 901 heures de moins que la durée prévue par la réglementation, soit une perte à minima de 24,8 ETP de personnel infirmier.

le CHU n'est pas en capacité de mesurer dans la mesure où les dépassements horaires sont globalisés.

En 2016, 44 unités du CHU de Montpellier fonctionnaient en 12 heures, soit 30 % des personnels infirmiers.

Un débat d'orientation a eu lieu en janvier 2017 sur les 12 heures. Il y a été décidé de renforcer les critères d'analyse, de validation et de suivi des demandes des unités du CHU qui souhaitent passer en 12 heures. Selon l'ordonnateur, la charte d'organisation des services a été présentée au CTE du 30 janvier 2018.

5.3.2.5. Les indicateurs « macro »

Les données relatives à l'évolution des heures placées sur CET, les dépenses de remplacement spécifiques au personnel infirmier ne peuvent être extraites par le CHU.

Les conséquences des choix du CHU en matière d'organisation et de temps de travail ne peuvent donc être analysées.

Au surplus, il ne dispose pas des moyens de suivre les ETP nécessitant un reclassement. Cette lacune est à la fois préjudiciable à la gestion des ressources humaines ainsi qu'aux intérêts des agents concernés.

La chambre l'invite à se doter des outils nécessaires pour remédier à cette situation.

5.3.2.6. Le recours au compte épargne temps

Le CHU n'a pas été en capacité d'identifier au sein des comptes épargne temps des personnels non médicaux, la part relevant des personnels infirmiers en dehors de la seule année 2014.

tableau n° 69 : Nombre de jours placés au 31 décembre 2014 sur CET par les infirmiers et par le personnel non médical

	Nombre de jours
IDE	5 800
Dont infirmier exerçant une activité de psychiatrie*	339
IBODE	0
IADE	275
Puéricultrice	2 395
Total infirmier	8 470
Personnel non médical	17 721
Part des jours placés par les infirmiers/PNM	47,80%

Sources : CRC et bilan social 2016 du CHU de Montpellier

Les jours placés par le personnel infirmier sur un CET représentaient en 2014, 47,80 % des CET non médicaux, soit 8 470 jours, alors que les infirmiers constituaient 32 % des ETPT non médicaux. Les puéricultrices représentaient 10 % des effectifs infirmiers mais concentraient, à eux seuls, en 2014, 2 395 jours de CET, soit 28 % du total des jours déposés par les personnels

infirmiers dans un CET en 2014. Cette situation est symptomatique d'une tension entre le besoin en heures engendré par les organisations paramédicales en 2014 et le nombre d'infirmiers puériculteurs. Le CHU indique que les puériculteurs sont, pour l'essentiel, de jeunes femmes utilisant leur CET à la suite de leur congé maternité.

Pour autant, l'absence de données sur l'état de provisionnement des CET des infirmiers postérieurement à 2014 ne permet pas de confirmer cette hypothèse et de s'assurer que le niveau général des CET infirmiers observé au 31 décembre 2014 n'a pas augmenté significativement.

5.3.2.7. L'abandon du système de badgeage

Pour assurer la continuité du service, des heures supplémentaires peuvent être accomplies, ouvrant droit soit à récupération, soit à indemnisation. Elles peuvent également être placées sur le CET. Les personnels infirmiers sont éligibles à ce dispositif prévu par le décret du 25 avril 2002 sous réserve de « la mise en œuvre par leur employeur de moyens de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires qu'ils auront accomplies ».

Jusqu'à présent, les infirmiers réalisaient quotidiennement un pointage lors de la prise de poste et au terme de la journée de travail. Le décompte des heures supplémentaires réalisées était alors constaté dans le logiciel de GTT. Le cadre de proximité (cadre de santé) pouvait valider ou non le dépassement horaire selon s'il considérait que le dépassement était lié à un travail effectif ou pas.

Pour autant, dans le cadre du remplacement du logiciel de GTT, le CHU a choisi de mettre un terme au système de badgeage des agents, dérogeant ainsi à l'obligation posée par le décret du 25 avril 2002¹²⁰. L'ordonnateur considère, d'une part que, la majorité des hôpitaux n'utilise plus le badgeage pour suivre le temps de travail des agents et que le CHU était l'un des derniers à le faire sur le territoire de l'ex-Languedoc-Roussillon ; d'autre part, les équipements de badgeage en place n'étaient pas compatibles avec les logiciels candidats dans le cadre de l'appel d'offres pour le changement de logiciel de gestion du temps de travail. Le surcoût de changement de cet équipement a été évalué à 100 000 €.

Le nouveau logiciel permettrait aux agents de saisir leurs dépassements horaires. Les informations devront être validées par l'encadrement pour être inscrites dans les compteurs de récupération des agents. Ce dispositif ne correspond pas à un système automatisé ; les dispositions règlementaires ne sont donc pas respectées.

La chambre invite en conséquence le CHU à exiger de la part de son éditeur qu'il propose un logiciel conforme à la réglementation.

5.3.2.8. Une augmentation des heures supplémentaires

Le CHU ne peut pas identifier le nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel infirmier sur une année, le nombre d'heures supplémentaires récupérées, rémunérées ou stockées sur le CET. Selon l'ordonnateur, la mise en œuvre du nouveau logiciel de gestion du temps de travail du personnel non médical permettra l'élaboration plus facile de tableaux de bord et requêtes.

¹²⁰ L'abandon du système automatisé de gestion du temps de travail a suscité l'opposition d'une partie du personnel du CHU.

Le coût des heures supplémentaires générées et payées dans l'année, sans que le nombre d'heures correspondant soit connu, a toutefois fortement progressé pour toutes les catégories d'infirmiers entre 2012 et 2016, à l'exception des IBODE (- 60,2 %). Le montant des heures supplémentaires payées aux IBODE a toutefois été soumis à des fluctuations annuelles importantes.

tableau n° 70 : Coût des heures supplémentaires générées et payées dans l'année

En euros	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Infirmiers en soins généraux	355 665	454 790	534 110	809 325	711 418	100,02%
<i>Dont infirmiers secteur psychiatrique</i>	6 795	7 427	12 418	8 437	14 480	113,10%
IBODE	13 304	3 130	10 579	1 569	5 160	-61,21%
IADE	12 170	6 960	15 647	16 564	38 971	220,22%
PUER	32 810	45 478	129 774	138 438	139 893	326,37%
Total	420 744	517 785	702 528	974 333	909 922	116,26%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Le nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées par le personnel infirmier augmente entre 2013 et 2016 (+ 12,83 %), cette hausse étant particulièrement forte pour les infirmiers spécialisés (+ 56 % pour les IBODE, + 44 % pour les IADE et + 54 % pour les infirmiers puéricultrices). Le CHU n'a pas chiffré les volumes des exercices 2011 et 2012.

tableau n° 71 : Nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées des personnels infirmiers (ETPT) en stock au 31/12 de l'année

	2013	2014	2015	2016	Evolution 2013/2016
Nombre total d'heures pour les infirmiers en soins généraux	65 723	80 320	61 084	69 095	5,13%
Nombre moyen d'heures par infirmier en soins généraux (psychiatrie comprise)	32,20	39,59	29,78	33,61	4,40%
<i>Dont nombre total d'heures pour les infirmiers de psychiatrie</i>	7 609	8 636	8 654	10 000	31,42%
<i>Nombre moyen d'heures par infirmier de psychiatrie</i>	18,63	21,37	20,73	24,01	28,89%
Nombre total d'heures pour les IBODE	2 118	2 894	3 063	3 308	56,19%
Nombre moyen d'heures par IBODE	20,13	28,08	29,42	31,10	54,50%
Nombre total d'heures pour les IADE	3 002	3 768	4 401	4 315	43,74%
Nombre moyen d'heures par IADE	18,31	23,46	27,92	26,98	47,33%
Nombre total d'heures pour les IDE puéricultrices	7 823	10 405	11 486	12 041	53,92%
Nombre moyen d'heures par IDE puéricultrice	30,10	40,39	43,68	44,97	49,38%
Nombre total d'heures pour les infirmiers	78 666	97 387	80 034	88 759	12,83%
Nombre moyen d'heures par infirmier	30,61	38,19	31,07	34,28	11,99%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Les heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées au 31 décembre sont entièrement reportées l'année suivante, soit 34,28 heures en moyenne par ETPT infirmier, avec une augmentation de 12 % entre 2013 et 2016.

La charte de gestion du temps de travail du CHU actualisée prévoit uniquement la récupération du temps travaillé en dépassement des horaires journaliers prévus sous forme de repos compensateur, le stock d'heures supplémentaires non payées ne devrait donc plus croître.

5.3.3. La condition infirmière : une croissance importante de l'absentéisme

5.3.3.1. L'augmentation de l'absentéisme

L'absentéisme pour des raisons de santé (maladies, maladies professionnelles et accidents du travail) a augmenté fortement entre 2012 et 2016, en particulier les absences pour maladie¹²¹, d'autant plus que les effectifs infirmiers sont restés stables sur la période. L'année 2013 a été marquée par une très forte hausse des congés longue maladie. Les heures d'absences pour maladie ordinaire ont connu une forte croissance en 2016 (+ 26 %).

tableau n° 72 : Évolution de l'absentéisme du personnel infirmier pour raison de santé et maternité/paternité entre 2012 et 2016¹²²

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Maladie ordinaire	165 760	153 230	164 927	184 422	231 644	39,75%
Longue maladie	32 704	54 936	64 820	52 059	48 713	48,95%
Maladie longue durée	39 711	46 529	47 243	47 131	37 884	-4,60%
Maladie professionnelle	0	14	448	0	91	
Accidents du travail	15 148	19 250	13 846	16 569	17 416	14,97%
Sous-total des absences pour raisons de santé	253 323	273 959	291 284	300 181	335 748	32,54%
Maternité, paternité, adoption	128 737	131 222	123 158	124 362	135 968	5,62%
Total absences	382 060	405 181	414 442	424 543	471 716	23,47%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

Le CHU indique s'être engagé dans une démarche de formation des cadres à la prévention des risques psycho-sociaux¹²³. Il intègre la prévention des risques professionnels dans ses réflexions sur l'évolution des organisations.

5.3.3.2. La qualité de vie au travail¹²⁴

L'hôpital mène des démarches de prévention des risques dans le cadre du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), du contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) et le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT). Selon l'ordonnateur, le nombre de jours d'arrêts a été significativement réduit en 2017 (- 3 000 journées). La DRH réalise également un

¹²¹ Les accidents du travail connaissent une augmentation plus modérée mais avec une plus forte amplitude.

¹²² Les données 2011 sont indisponibles.

¹²³ En 2016, 27 agents ont suivi une formation aux risques psychosociaux et 36 une formation en management et risques psychosociaux ce qui reste faible par rapport aux effectifs du CHU. 221 personnes ont par ailleurs suivi une formation à la réduction du risque des troubles musculo-squelettiques, et 58 à la prévention et gestion de l'agressivité en établissement de santé.

¹²⁴ Le rapport de certification de janvier 2016 de la Haute autorité de santé a ciblé par une « recommandation d'amélioration » la politique de qualité de vie au travail. Le rapport soulignait notamment qu'il « n'existe pas de dispositif institutionnel structuré d'amélioration du processus QVT. La plupart des actions d'amélioration prévues au plan de mise en œuvre QVT ne sont pas intégrées dans le programme d'action institutionnel. [...] Il n'existe pas de dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de la qualité de vie au travail. L'évaluation du processus QVT n'est pas assurée dans toutes ses dimensions et de façon périodique au moyen d'indicateurs définis ». La HAS notait cependant que l'établissement a mis en place un « comité de mise en œuvre prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail » avec des réunions à l'intervalle d'une à deux fois par an et que le CHU a prévu des ressources en termes de formation dans le plan de formation (en particulier en concernant la prévention des risques psychosociaux), d'effectifs (notamment par le développement d'une bourse aux heures supplémentaires via Whoog), en termes d'organisation avec la consolidation du pôle d'accompagnement professionnel et social (qui comprend notamment une psychologue du travail, une conseillère en insertion professionnelle et des assistants sociaux) et en termes de services visant à favoriser la conciliation entre vie privée et professionnelle ».

suivi des congés longue maladie et longue durée de façon à favoriser le retour au travail ou les démarches de retraite pour invalidité.

La politique de prévention des risques professionnels est appuyée par un comité pluridisciplinaire. Le bilan social 2016 du CHU indique que la direction des ressources humaines et de la formation a intégré en 2016 un conseiller en prévention des risques psycho-sociaux (RPS) à son équipe de prévention des risques professionnels. Le conseiller en RPS intervient notamment dans la gestion des situations de crise et dans la prise en charge du mal-être au travail, notamment par l'identification des risques de RPS au sein les équipes.

Un poste de coordinateur des projets portant sur la qualité de vie au travail, a été créé. Sa mission est d'assister le responsable du secteur « relations sociales, instances et accompagnement professionnel » dans la mise en œuvre de la politique de qualité de vie au travail.

Pour autant, il n'est pas possible d'établir un lien de corrélation direct et certain entre l'adoption de ces mesures et les effets sur l'absentéisme de l'année 2017.

5.3.3.3. Un accroissement de l'activité syndicale et des mouvements sociaux infirmiers

L'activité syndicale se développe et le temps de grève des personnels infirmiers est en hausse sur la période 2012-2016, alors que le nombre d'ETPT est resté stable. Une très forte croissance du nombre d'heures abattues pour fait de grève est constatée en 2016. Le CHU précise que ce taux est imputable à des mouvements nationaux catégoriels des IADE.

tableau n° 73 : Évolution du nombre d'ETPT infirmiers et du nombre de jours abattus pour fait de grève

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'heures abattues pour fait de grève	182	626	751	933	2 699
Nombre d'ETPT infirmier	2 589,51	2 570,20	2 550,16	2 575,80	2 589,54
Nombre d'heures abattues pour fait de grève par ETPT	0,07	0,24	0,29	0,36	1,04

Sources : CRC et CHU de Montpellier

Le nombre d'heures d'exercice du droit syndical par des personnels infirmiers a également fortement augmenté sur la période, en particulier entre 2013 et 2014, ce que l'établissement explique notamment par les élections professionnelles de décembre 2014.

tableau n° 74 : Évolution des heures d'exercice du droit syndical par le personnel infirmier

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Heures d'exercice du droit syndical par des infirmiers	11 021	9 522	14 195	13 900	15 210	38%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

5.3.3.4. Un taux de rotation limité

Le taux de rotation¹²⁵ du personnel infirmier ne présente pas un niveau élevé. À titre de comparaison, le taux de rotation moyen pour l'ensemble du personnel non médical travaillant dans

¹²⁵ Le taux de rotation est calculé de la manière suivante : (Nombre d'arrivées + nombre de départ au cours de l'année N) / 2

les soins dans les CHU était de 8,2 % en 2014.¹²⁶ Au CHU de Montpellier, le taux de rotation des infirmiers était de 6,4 % en 2016. Il est beaucoup plus faible pour les infirmiers spécialisés que pour les infirmiers en soins généraux dont le taux de rotation moyen (7,1 %) reste toutefois inférieur au taux moyen national.

tableau n° 75 : Le taux de rotation du personnel infirmier

	2012	2013	2014	2015	2016
IDE en soins généraux	8,83%	5,93%	7,43%	6,64%	7,08%
IDE PUER	4,38%	2,96%	3,77%	6,15%	5,64%
IBODE	1,83%	2,22%	1,77%	4,05%	2,19%
IADE	1,76%	0,28%	1,43%	3,22%	2,82%
Ensemble des infirmiers	7,62%	5,08%	6,50%	6,26%	6,44%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

5.4. La formation

5.4.1. Des dépenses de formation en augmentation

Les demandes de formations se font à l'occasion de l'entretien d'évaluation. Pour construire le plan de formation, les pôles font remonter les demandes qui sont faites par les cadres de proximité dans le cadre des projets de service. En dehors des projets de service, des demandes individuelles sont traitées hors plan de formation (congé de formation professionnelle...). Aucune action de formation n'est financée dans le cadre du DIF.

Si le plan de formation n'est pas spécifique au personnel infirmier, certaines actions s'adressent toutefois à ces agents en particulier. L'établissement est, par ailleurs, en mesure d'isoler les dépenses de formation qui les concernent. À la différence du logiciel de paye, le logiciel de formation dispose d'un historique lui permettant de traiter l'ensemble de la période de contrôle.

tableau n° 76 : Dépenses formation continue (plan et DIF) des personnels infirmiers et infirmiers spécialisés ainsi que les remboursements de l'ANFH

	2012	2013	2014	2015	2016	Variation 2012/2016
Masse salariale infirmière	131 349 635 €	132 600 797 €	133 473 545 €	137 831 998 €	138 396 013 €	5,36%
Dépenses plan de formation infirmiers	918 049 €	747 705 €	777 320 €	808 260 €	1 038 199 €	13,09%
Remboursements ANFH	918 049 €	747 705 €	777 320 €	808 260 €	1 038 199 €	13,09%
Dépenses plan de formation infirmiers/Masse salariale infirmière	0,70%	0,56%	0,58%	0,59%	0,75%	7,33%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

Les dépenses du plan de formation relatives au personnel infirmier sont remboursées à 100 % par l'ANFH.

Au cours de la période, alors que les effectifs sont stables et que la masse salariale a augmenté de 5,4 %, les dépenses du plan de formation consacrées aux personnels infirmiers et infirmiers spécialisés ont crû plus rapidement (13,1 %).

(Effectif physique moyen de l'année N)

¹²⁶Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2014 (p.61) : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappor_bilan_social_2014_-_vf.pdf.

5.4.2. Les modalités de décompte du temps de travail des personnels infirmiers en formation

Les règles applicables au décompte du temps de travail des agents en formation sont précisées dans l'accord relatif au temps de travail. Cinq modes de prises en charge sont ainsi prévus selon le type de formation.

Dans la pratique, le CHU a indiqué décompter sept heures, quel que soit le type de formation, ce qui a été formalisé dans la version actualisée de l'accord sur le temps de travail.

6. LA CHAMBRE MORTUAIRE

La chambre a examiné cet équipement dans le cadre d'une enquête des juridictions financières sur les opérations funéraires.

6.1. Des moyens renforcés au cours de la période

6.1.1. Des locaux étendus et rénovés

Un arrêté du 21 mai 2007 du ministre de la santé définit les prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé. En application de cet arrêté, les chambres mortuaires doivent comporter une zone publique et une zone technique.

L'article 4 de l'arrêté précité impose deux cases réfrigérées de conservation des corps par tranche même incomplète de deux cents décès annuels. L'institut médico-légal et la chambre mortuaire sont dotés de soixante tiroirs réfrigérés, dont vingt-sept dédiés aux personnes décédées au CHU. En 2016, 2 075 personnes décédaient au CHU de Montpellier, nombre le plus élevé sur la période. Le nombre de casiers est conforme à la réglementation.

La chambre disposait de deux salons de présentation jusqu'en 2016. Un troisième salon a été ouvert en 2017. Elle n'a pas de salle multi-cultuelle, mais une ou deux salles de l'institut médico-légal peuvent être dédiées aux toilettes rituelles entre 6 heures 30 et 7 heures 30. Une autre salle, en cours d'aménagement, sera prochainement affectée à l'accueil des familles endeuillées.

Les locaux de la chambre mortuaire ont fait l'objet d'une rénovation complète en 2017¹²⁷.

6.1.2. Les moyens humains : des effectifs stables mais une masse salariale en progression

6.1.2.1. Des effectifs stables

La chambre mortuaire est rattachée au département de médecine légale et thanatologie, lui-même situé au sein du pôle des urgences. Elle est placée sous l'autorité d'un médecin responsable de la chambre mortuaire, assisté d'un cadre de santé. Elle est composée de sept agents¹²⁸ de service et de désinfection.

¹²⁷ Sollicité, le CHU n'a pas communiqué le coût de l'opération.

¹²⁸ Dans son rapport « La mort à l'hôpital », l'IGAS observait en 2009 un ratio moyen d'1ETP pour 200 personnes décédées. La chambre mortuaire du CHU est en-deçà de ce seuil (1 ETP pour 296 personnes décédées).

Ces agents font partie d'une équipe commune avec les trois agents de l'institut médico-légal, ce qui permet de répartir les gardes et astreintes compte tenu des contraintes horaires auxquelles est soumise la chambre.

tableau n° 77 : Les effectifs de la chambre mortuaire

	2012	2013	2014	2015	2016
ETPT	7	7	7	7	7
dont grade ASHQ	7	7	5	4	4
dont grade Aide-soignant			2	3	3
dont titulaires du DE de thanatopracteur				2	2

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Les effectifs physiques et ETPT n'ont pas varié sur la période alors que le nombre de décès dans l'établissement a augmenté de 23,5 %.

Deux agents sont titulaires du diplôme d'État de thanatopracteur.

L'ensemble des agents assure les fonctions d'accueil des familles et de présentation des corps, la gestion administrative, le transport des corps des personnes décédées vers la chambre mortuaire du CHU ainsi que l'entretien de l'ensemble des locaux et du matériel.

6.1.2.2. Une masse salariale en augmentation de plus de 9 % entre 2012 et 2016

tableau n° 78 : Évolution de la masse salariale

En euros	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Masse salariale	250 439	251 692	228 170	270 482	274 997	9,81%
Coût moyen/ETPT	35 777	35 956	32 596	38 640	39 285	9,81%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Alors que les ETPT sont restés constants sur la période, la masse salariale a progressé de 9,81 %. Cette variation s'explique par le recrutement à partir de 2014 de deux puis trois aides-soignants, dont la grille indiciaire est plus élevée.

6.2. Une activité en progression

6.2.1. Une progression régulière du nombre des décès

Le nombre de décès dans l'établissement¹²⁹ a progressé de 23,5 % de 2012 à 2016. Cette évolution est en lien avec l'augmentation du nombre de séjours en hospitalisation complète (+ 12,2 %) et en ambulatoire (+ 37,7 %). 85 % des personnes décédées au CHU sont en effet transportées à la chambre mortuaire, les autres corps étant enlevés dès le décès par les opérateurs funéraires.

¹²⁹ Selon le rapport 2009 de l'IGAS « La mort à l'hôpital », 57,9 % des français meurent dans un établissement de santé : 49,5 % dans un hôpital public ou privé à but non lucratif, et 8,4 % en clinique privée à but lucratif.

tableau n° 79 : Nombre de décès annuels au CHU

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Nombre de décès annuels dans l'établissement	1 680	1 985	2 022	1 994	2 075	23,51%

Source : CHU de Montpellier

6.2.2. Une formalisation des modes de transport des corps

L'hôpital est habilité par la préfecture de l'Hérault depuis le 13 novembre 2012 et pour une durée de six ans pour réaliser le transport de corps avant mise en bière.

Au sein du CHU, les transports sont réalisés :

- en brancard sur le site de Lapeyronie par les agents de la chambre mortuaire dans la mesure où la chambre se situe directement dans le bâtiment ;
- avec un véhicule dédié sur les autres sites du CHU.

La procédure de prise en charge des corps hospitaliers et médico-légaux par une société funéraire est décrite dans une fiche à destination des agents hospitaliers¹³⁰.

6.2.3. La tarification

La durée moyenne de séjour des corps à la chambre mortuaire est de 2,5 jours sur l'ensemble de la période. Au-delà du délai de gratuité de trois jours, le prix de journée a été arrêté en 2016 à 27,76 €, soit une progression de 6,7 % depuis 2012.

tableau n° 80 : Tarification de la journée aux familles

En euros HT	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016
Tarification des séjours au-delà des 3 jours gratuits prévus par la loi	26,01 €	26,69 €	27,22 €	27,76 €	27,76 €	6,73%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

En 2016, le montant de recettes perçues à ce titre s'est élevé à 36 k€.

6.2.4. Des conventions conclues avec d'autres établissements pour mutualiser les équipements

Le CHU a conclu deux conventions :

- en 2011 avec le centre régional de lutte contre le cancer Val d'Aurelle-Paul Lamarque, devenu en 2014 l'institut régional du cancer de Montpellier (ICM).
- en 2014 avec l'association pour l'installation à domicile des épurations rénales (AIDER).

Le CHU met à disposition de chacun de ses cocontractants¹³¹ :

¹³⁰ À la suite d'une inversion accidentelle de corps en 2014 à la chambre mortuaire du CHU, les procédures d'identité-vigilance ont été renforcées.

¹³¹ Le CHU reste prioritaire sur les places disponibles par rapport aux places offertes.

- l'accès à une ou plusieurs cases réfrigérées dans la limite de trois simultanément ;
- un salon de présentation.

Le transport des corps vers la chambre mortuaire est assuré par les cocontractants.

Le nombre de corps réceptionné annuellement par la chambre dans le cadre de la convention conclue avec l'ICM est inférieur à dix. La facturation est établie sur la base d'un tarif journalier identique à celui facturé aux familles.

6.3. Les relations avec les familles

6.3.1. Un règlement intérieur à afficher

L'article R. 2223-67 du CGCT prévoit que la chambre mortuaire doit être dotée d'un règlement intérieur et que celui-ci doit être affiché à la vue du public dans les locaux d'accueil du public.

Un règlement intérieur a été adopté en 2009. Suite aux travaux de rénovation, il n'est plus affiché dans les locaux d'accueil du public. Le CHU indique qu'il doit être prochainement actualisé.

La chambre invite le CHU à se conformer aux dispositions de l'article R. 2223-67 du CGCT.

6.3.2. Une information écrite respectueuse du libre choix des familles de leur opérateur funéraire

Conformément à la réglementation, la liste des opérateurs funéraires est tenue à disposition des familles à l'accueil de la chambre mortuaire. Le CHU leur communique l'attestation de décès pour les ayants droits ainsi que l'autorisation de transport sans mise en bière.

6.3.3. Un livret d'accueil en cours de réécriture

Un livret d'accueil est remis aux familles pour leur indiquer les démarches à effectuer. Il est en cours de modification dans le cadre d'un travail de communication plus large sur les procédures (fiches reflexes à destination des infirmiers, cadres de santé et médecins), la liste des opérateurs funéraires doit également être mise en ligne sur l'intranet de l'hôpital.

ANNEXES

annexe n° 1 : Les parts de marché du CHU dans sa propre zone d'attractivité

En 2016, le CHU de Montpellier était en première position pour l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur sa zone de recrutement. Il captait en effet 17 % des parts de marché, loin devant le CHU de Nîmes (6 %) puis la polyclinique Saint-Roch (Montpellier) (4,8 %).

tableau n° 81 : Les parts de marché du CHU de Montpellier ainsi que de ses 19 autres concurrents sur sa zone d'attractivité

Etablissement	2015		2016		Evolution des séjours 2015/2016
	Nombre de séjours	Parts de marchés	Nombre de séjours	Parts de marchés	
CHU MONTPELLIER	87 608	15,90%	96 837	17,00%	10,5%
CHU NIMES	33 240	6,00%	34 501	6,00%	3,8%
POLYCLINIQUE SAINT ROCH	22 233	4,00%	27 635	4,80%	24,3%
CH BEZIERS	24 524	4,40%	24 288	4,30%	-1,0%
CLINIQUE LE MILLENAIRE	21 681	3,90%	22 175	3,90%	2,3%
CLINIQUE DU PARC	20 115	3,60%	21 306	3,70%	5,9%
POLYCLINIQUE SAINT-JEAN	18 633	3,40%	20 426	3,60%	9,6%
SAS POLYCLINIQUE SAINT PRIVAT	16 633	3,00%	17 211	3,00%	3,5%
CLINIQUE BEAU SOLEIL	15 241	2,80%	15 520	2,70%	1,8%
CH PERPIGNAN	15 534	2,80%	15 475	2,70%	-0,4%
CLINIQUE CLEMENTVILLE	18 503	3,40%	15 348	2,70%	-17,1%
LES HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU	14 441	2,60%	14 445	2,50%	0,0%
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	13 752	2,50%	14 068	2,50%	2,3%
CH NARBONNE	14 187	2,60%	14 048	2,50%	-1,0%
POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC	13 727	2,50%	13 895	2,40%	1,2%
POLYCLINIQUE DU GRAND SUD	13 219	2,40%	13 824	2,40%	4,6%
POLYCLINIQUE CHAMPEAU	11 768	2,10%	11 868	2,10%	0,8%
CH ALES	9 946	1,80%	9 782	1,70%	-1,6%
POLYCLINIQUE SAINTE THERESE	9 871	1,80%	9 695	1,70%	-1,8%
CH CARCASSONNE	7 725	1,40%	8 118	1,40%	5,1%
Autres établissements	148 594	27,00%	150 405	26,30%	1,2%

Source : ATIH

Dans le détail des spécialités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en hospitalisation complète, le CHU est systématiquement au premier rang et augmente ses parts de marché. Pour autant, en chirurgie ambulatoire, si le CHU augmente légèrement ses parts de marché (+ 0,2 point), l'établissement public est classé en troisième rang derrière les polycliniques Saint-Roch et Saint-Jean dont les parts de marché s'établissent respectivement à 15,5 % et 12,2 % en 2016. Par ailleurs, l'écart entre le CHU et les deux polycliniques a tendance à s'accroître, passant de 0,1 point en 2011 à 3,8 points en 2016 avec la polyclinique Saint-Jean et de 4,5 points en 2011 à 7,1 points en 2016 avec la polyclinique Saint-Roch.

tableau n° 82 : Classement des établissements en fonction des parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU de Montpellier (2011-2016)

Discipline	Trois premiers établissements en parts de marché sur la zone	Parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU		Variation 2011/2016 (en points de %)
		en 2011	en 2016	
médecine (hospitalisation complète)	CHU de Montpellier	24,6%	27,0%	2,40
	CH de Béziers	7,8%	7,5%	-0,30
	Clinique le millénaire	7,2%	6,9%	-0,30
chirurgie (hospitalisation complète)	CHU de Montpellier	16,5%	18,1%	1,60
	SAS Polyclinique Saint-Privat	6,7%	6,8%	0,10
	Clinique le millénaire	5,1%	5,3%	0,20
obstétrique (hospitalisation complète)	CHU de Montpellier	38,0%	39,9%	1,90
	Polyclinique Saint-Roch	31,3%	34,0%	2,70
	Clinique Clémentville	25,5%	21,0%	-4,50
chirurgie (ambulatoire)	Polyclinique Saint-Roch	12,7%	15,5%	2,80
	Polyclinique Saint-Jean	8,3%	12,2%	3,90
	CHU de Montpellier	8,2%	8,4%	0,20

Source : Hospidiag

Si le CHU a développé la chirurgie ambulatoire, celle-ci ne constituait pas en 2016 son axe stratégique principal. Pour autant, un plan de développement de la chirurgie ambulatoire a été initié en 2017.

L'orientation hospitalo-universitaire et le fait que l'établissement constitue un recours comme hôpital de référence sur l'ancienne région Languedoc-Roussillon ainsi que l'Aveyron, ont limité la croissance des parts de marché dans la chirurgie programmée.

Le CHU précise que la valorisation des séjours en recettes T2A de la chirurgie ambulatoire est défavorable à l'établissement, l'hospitalisation temps plein étant plus valorisée en termes de produits.

annexe n° 2 : Répartition des effectifs infirmiers par pôles et par directions fonctionnelles

tableau n° 83 : Évolution des ETPT d'infirmiers par pôles et directions fonctionnelles

Libellés	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016 en ETPT	Evolution 2012/2016 en %
Pôles HU							
Pôle gérontologie	83,05	86,32	88,27	88,42	88,18	5,13	6,18%
Pôle cœur-poumons	234,04	230,98	234,72	242,31	245,29	11,25	4,81%
Pôle os et articulations	145,26	230,20	225,61	224,75	228,74	83,48	57,47%
Pôle emmbrun	207,20	198,04	195,48	195,89	195,89	-11,31	-5,46%
Pôle urgences	150,59	151,38	150,59	153,17	157,04	6,45	4,29%
Pôle digestif	188,87	195,36	193,89	196,78	193,98	5,11	2,70%
Pôle femme mère enfant	339,45	340,99	337,97	341,24	345,26	5,81	1,71%
Pôle neurosciences tête et cou	317,37	320,31	322,54	329,97	328,80	11,43	3,60%
Pôle cliniques médicales	205,95	213,75	215,82	222,04	225,68	19,73	9,58%
Pôle psychiatrie	420,10	408,49	404,09	417,51	416,53	-3,57	-0,85%
Pôle pharmacie	11,70	11,53	11,46	10,38	8,99	-2,71	-23,15%
Pôle biologie-pathologie	8,27	9,00	7,22	8,48	8,17	-0,10	-1,21%
Total pôles HU	2311,85	2396,36	2387,65	2430,94	2442,55	130,70	5,65%
Directions Fonctionnelles							
Administration centrale	3,83	5,59	3,16	1,20	1,67	-2,16	-56,32%
Logistique et transports	1,00	0,08				-1,00	-100,00%
Travaux et biomédical					0,07	0,07	
Ressources humaines	59,73	59,09	55,33	57,03	60,93	1,20	2,01%
Recherche et innovation	3,55	3,92	6,09	6,21	6,79	3,24	91,36%
Coordination générale des soins (pools)	199,42	97,96	91,61	74,94	70,56	-128,86	-64,62%
Qualité - gestion des risques					0,50	0,50	
Achats et approvisionnements		1,00	0,11		1,00	1,00	
Institut des formations et des écoles	5,11	5,20	5,20	4,48	4,47	-0,64	-12,52%
Système d'information	5,03	1,02	1,00	1,00	1,00	-4,03	-80,13%
Total directions fonctionnelles	277,66	173,84	162,51	144,86	146,99	-130,68	-47,06%
CHU							
Total général	2589,51	2570,20	2550,16	2575,80	2589,54	0,03	0,00%

Source : CHU de Montpellier

tableau n° 84 : Répartition des IADE par pôles

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016 en ETPT	Evolution 2012/2016 en %
Pôle cliniques médicales	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,08	-100,00%
Pôle cœur poumons	15,85	15,82	16,31	19,01	19,83	3,97	25,07%
Pôle digestif	25,36	25,47	25,70	26,13	26,74	1,38	5,44%
Pôle femme mère enfant	13,99	15,16	14,66	14,25	14,25	0,25	1,79%
Pôle neurosciences tête et cou	35,62	36,32	37,45	38,41	38,59	2,97	8,34%
Pôle os et articulations (1)	0,00	49,47	48,22	46,70	47,65	-1,82	-3,69%
Pôle EMMBRUN	0,50	0,50	0,04	0,50	0,00	-0,50	-100,00%
Pôle urgences	9,96	10,51	9,83	10,18	11,25	1,29	12,99%
Total	101,36	153,25	152,21	155,18	158,30	7,46	7,36%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

(1) Pour le pôle os et articulations, il s'agit de l'évolution de 2013 à 2016

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

tableau n° 85 : Répartition des IBODE par pôles

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016 en ETPT	Evolution 2012/2016 en %
Pôle cliniques médicales	1,90	2,10	1,82	1,63	1,70	-0,20	-10,60%
Pôle cœur poumons	13,83	14,32	16,56	18,42	17,93	4,10	29,66%
Pôle digestif	14,45	16,58	15,91	14,67	15,37	0,92	6,34%
Pôle femme mère enfant	7,79	8,04	7,42	8,58	9,21	1,42	18,23%
Pôle neurosciences tête et cou	17,05	18,29	19,99	22,55	24,51	7,46	43,72%
Pôle os et articulations	15,14	36,72	35,07	33,38	32,36	17,22	113,70%
Pôle pharmacie	4,58	3,72	3,62	3,60	4,39	-0,19	-4,13%
Total	74,75	99,77	100,37	102,82	105,47	30,72	41,09%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

annexe n° 3 : La formation par l'institut de formation en soins infirmiers***Une diminution des effectifs en études promotionnelles***

- Un quota d'élèves inchangé

La régulation de l'accès à la formation en IFSI est réalisée par un quota fixé par arrêté du ministère des solidarités et de la santé pour chaque région, sur proposition du président du conseil régional. Le quota de la région est ensuite réparti entre les différents instituts de formation en soins infirmiers par le président du conseil régional, sur le fondement du schéma régional des formations sanitaires adopté le 30 juin 2017. L'IFSI du CHU dispose de 161 places, soit le quota de places le plus important de l'agglomération de Montpellier (74 % des places) et de l'ancienne région¹³² (17 % des places).

- Les modalités de recrutement de l'IFSI

L'IFSI opère son recrutement par plusieurs voies, organisées en listes¹³³.

tableau n° 86 : Nombres de places et de candidats au concours de l'IFSI

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2011/2016
Nombre de places totales ouvertes aux concours	161	161	161	161	161	161	
Nombre candidats aux concours	1703	1426	1673	1601	1540	1447	-15%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Les effectifs de l'IFSI du CHU de Montpellier, toutes promotions et toutes années confondues, sont restés stables sur l'ensemble de la période.

tableau n° 87 : Les effectifs étudiants à l'IFSI de Montpellier

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2011/2016
Effectifs étudiants infirmiers (3 promotions)	487	501	495	500	501	493	1,23%

Sources : CRC et IFSI du CHU de Montpellier

Chaque année entre 15 et 23 étudiants en soins infirmiers sont concernés par un redoublement, sur les trois promotions présentes concomitamment à l'IFSI soit environ 4 % des effectifs¹³⁴.

¹³² Selon le schéma régional des formations sanitaires et sociales de l'Occitanie 2017-2021, étaient agréés dans l'Hérault en 2016 : cinq sites de formation d'infirmiers en soins généraux pour une capacité de 368 places.

¹³³ La liste 1 concerne les bacheliers et assimilés (136 places ouvertes en 2017).

La liste 2 concerne les titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant ou diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (15 places en 2017).

La liste 5 est à destination des étudiants inscrits en première année commune des études de santé. (dix places ouvertes en 2017).

¹³⁴ Les élèves ont la possibilité d'accéder à l'année supérieure sans avoir validé l'ensemble des 60 crédits ECTS : 48 crédits sont nécessaires pour cela, les éléments manquants pouvant être validés par la suite. Entre 48 et 30 crédits ECTS validés le redoublement est de droit et en dessous de 30, le droit au redoublement est soumis à avis du conseil pédagogique.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

- Un nombre de places ouvertes aux aides-soignants et auxiliaires de puériculture en diminution

Le nombre de places à destination des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture (liste 2) a nettement baissé sur la période 2011-2016 (- 53 %). Le nombre d'études promotionnelles ouvertes aux aides-soignants et aux auxiliaires de puériculture a diminué de 40 % entre 2015 et 2016 alors qu'il est resté stable entre 2011 et 2015¹³⁵.

tableau n° 88 : Nombre de places, de candidats aides-soignants et auxiliaires de puériculture admis originaires du CHU

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2011/2016
Places ouvertes sur la liste 2	32	32	32	24	20	15	-53%
Nombre de postulants à la liste 2	135	131	141	132	113	107	-21%
Nombre d'agents CHU bénéficiant de la promotion professionnelle par la voie de la liste 2	15	15	15	14	15	9	-40%

Sources : CHU de Montpellier et CRC

Le montant moyen d'une scolarité d'un agent du CHU bénéficiaire du dispositif des études promotionnelles pour devenir infirmier en soins généraux se montait en 2016 à 4 972 € pour la prise en charge des frais pédagogiques et à 32 962 € pour la prise en charge des salaires de l'élève infirmier¹³⁶.

- Un taux de réussite au diplôme d'État proche de la moyenne nationale

L'IFSI communique un taux de réussite au diplôme d'État de plus de 90 % des étudiants effectivement présentés au jury final. Ce taux est conforme à la moyenne nationale de 94 %¹³⁷.

tableau n° 89 : Évolution de la réussite des ESI à la formation en IFSI

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de réussite au diplôme des ESI présentés au jury	97%	96%	94%	91%	99%	95%
Nombre de diplômés de la promotion	156	154	152	147	159	153
Taux d'abandon et interruption (tenant compte des réintégations)	2,50%	2,70%	1,20%	1,20%	1,40%	2%

Source : CHU de Montpellier

- Un suivi de l'insertion professionnelle des étudiants à développer

L'IFSI n'a pas réalisé d'étude statistique sur l'insertion professionnelle des élèves en soins infirmiers (ESI) jusqu'en 2016.

En 2016, une enquête a été effectuée auprès de 133 élèves reçus à la première session. Elle porte sur leur situation au jour de remise du diplôme infirmier. Sur les 120 élèves de la promotion (90 % de répondants), il apparaît que 52,5 % est déjà recrutée¹³⁸.

¹³⁵ Le CHU estime ne plus rencontrer de difficultés de recrutement des infirmiers en soins généraux depuis 2013.

¹³⁶ Bilan 2016 du plan de formation

¹³⁷ Données 2014. Source : Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la grande conférence de santé, IGAS, juin 2017.

¹³⁸ Une nouvelle enquête a été menée auprès des mêmes diplômés, sept mois après la remise du diplôme d'État. Seuls 49 diplômés (39 %) y ont répondu, rendant les résultats peu représentatifs. Elle conclut à l'insertion professionnelle de 45 d'entre eux soit 92 % des répondants.

tableau n° 90 : Résultats de l'enquête sur l'insertion des ESI diplômés au jour de la remise du diplôme

Situation	Nombre d'étudiants (et part des répondants)
En emploi	63 (52,5%)
En recherche d'emploi	35 (29%)
En poursuite d'études	6 (5%)
Ne recherchant pas d'emploi et ne poursuivant pas d'études	16 (13%)

Sources : CRC et IFSI du CHU

Il convient cependant de souligner que tous les agents en promotion professionnelle réintègrent leur établissement d'origine, la question de l'employabilité ne se pose donc pas pour ce profil de diplômé.

L'accessibilité de la formation

Le décret n° 2016-1901 du 28 décembre 2016 relatif aux bourses accordées aux étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé ouvre aux élèves en soins infirmiers la possibilité de bénéficier de bourses du conseil régional dans les conditions du droit commun. Ce droit est effectif depuis la rentrée universitaire de septembre 2017¹³⁹.

L'IFSI chiffre entre 10 à 15 % la part de ses étudiants concernés par ces aides qui ne peuvent être cumulées avec une autre aide publique, à l'exception de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), du revenu de solidarité active (RSA) et de l'indemnisation chômage pour les élèves ayant exercé une activité professionnelle¹⁴⁰.

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation précise que le projet pédagogique de l'IFSI comporte notamment « les prestations offertes à la vie étudiante »¹⁴¹.

En matière d'accès au logement, l'IFSI ne propose pas d'aide spécifique pour le logement des étudiants en soins infirmiers. Il ne dispose pas de logement destiné aux étudiants ou de logements réservés au sein des résidences universitaires gérées par le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS).

Une organisation de la formation privilégiant l'accompagnement individuel et collectif des étudiants

- L'individualisation de la formation : une appropriation forte des outils réglementaires

Les articles 26 et 26 bis du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier prévoient des dispenses de scolarité pour certaines unités d'enseignement et de stages pour les étudiants infirmiers issus des listes 2 (AS/AP) et 5 (PACES). Dans le respect de ces dispositions

¹³⁹ En septembre 2017, le montant annuel des bourses du conseil régional varie de 1 009 € à 5 551 € pour les formations de niveau I à III.

¹⁴⁰ Les étudiants infirmiers ne bénéficiant pas des bourses du conseil régional peuvent aussi obtenir sous certaines conditions une aide de pôle emploi, une prise en charge par l'employeur ou par un organisme paritaire collecteur agréé.

¹⁴¹ Le projet de formation (2015) du CHU de Montpellier liste les dispositions suivantes : le service de médecine préventive, l'accès au centre de documentation, la fourniture de tenues professionnelles, des activités sportives et l'accès à une cafétéria et au self-service de l'hôpital avec des conditions tarifaires identiques à celles du personnel.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

réglementaires les élèves en soins infirmiers concernés n'ont pas à présenter les évaluations pour valider ces unités¹⁴².

L'IFSI a souhaité adapter l'utilisation du temps dégagé par les dispenses réglementaires au profil des étudiants. Régulièrement, les élèves en soins infirmiers concernés sont donc invités à être présents en cours si leur parcours professionnel (pour les AS/AP) ou le programme de la faculté de médecine d'origine, ne laisse pas présager que la compétence rattachée à l'unité d'enseignement a été effectivement pratiquée.

tableau n° 91 : Dispenses d'enseignement et modalités d'accompagnement proposées

	Dispenses d'enseignement	Modalités d'accompagnement de la dispense
AS/AP	Infectiologie hygiène	Participation identique aux autres étudiants
	Soins de confort et de bien être	Participation identique aux autres étudiants pour les étudiants ayant une pratique courante et récente
	Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens	Participation obligatoire aux travaux dirigés afin notamment d'apporter un retour d'expérience aux autres étudiants lors des analyses des pratiques
	Stage de 5 semaines du premier semestre	Stage effectué en secteur long séjour visant à développer un positionnement en qualité d'IDE (pour les autres étudiants ce stage est centré sur les pratiques d'aide soignant)
	Sont également prévues des modalités de renforcement de la maîtrise de la langue anglaise, des outils informatiques, des calculs de doses et des méthodes de travail.	
PACES	Psychologie, sociologie, anthropologie	Participation conseillée aux cours magistraux et participation obligatoire aux TD
	Biologie fondamentale	Accès libre aux enseignements
	Cycle de la vie et grandes fonctions	Accès libre aux enseignements
	Pharmacologie et thérapeutique	Présence fortement conseillée selon le programme de la faculté de médecine d'origine

Source : IFSI du CHU de Montpellier

Cette utilisation des marges de manœuvre ouvertes par l'arrêté du 31 juillet 2017 permet de prévenir des lacunes liées à une formation initiale d'aide-soignant trop ancienne ou d'un manque de formation continue préalable et ainsi de s'assurer que les étudiants qui valideront le diplôme d'État d'infirmier maîtrisent toutes les compétences nécessaires pour assurer la sécurité du patient.

- L'organisation du travail des formateurs permanents

Sur les trois de formation au diplôme d'État d'infirmier, près de 9 600 heures d'enseignement sont dispensées par les formateurs intervenants à l'IFSI.

Les cadres de santé formateurs permanents de l'IFSI représentent 26,65 ETP, dont deux en congé maladie (non remplacés) et 0,3 ETP consacré à la classe préparatoire aux concours. Ils réalisent les 2/3 des heures de formation.

¹⁴² Les dispositions réglementaires prévoient que le temps libéré par les dispenses (150 heures d'enseignement et 175 heures de stage pour les ESI issus de la liste AS/AP ; 185 heures d'enseignement pour ceux issus de la liste PACES) de scolarité peut être consacré à favoriser l'adaptation des bénéficiaires à la poursuite de leurs parcours, après avis du conseil pédagogique.

Les autres heures sont assurées par plusieurs centaines d'intervenants extérieurs vacataires aux compétences spécifiques. La grande majorité d'entre eux est rémunérée au tarif de 27€ de l'heure.

Les formateurs permanents effectuent 1491 heures de présence par an. Ce temps de travail est calculé sur la base de 1 575 heures pour 1ETP, auxquels il s'ajoute 12 jours de repos compensatoires correspondant à des activités réalisées au domicile ou hors durée de travail traditionnelle¹⁴³. L'établissement précise que les activités généralement réalisées sur ce temps compensatoire comprennent la préparation des activités pédagogiques, la veille professionnelle, recherche documentaire, la construction des sujets et la majorité des corrections de copies et des travaux écrits.

tableau n° 92 : Part du volume horaire de présence des formateurs permanents par domaine d'activité

Activité	Nombre d'heures	Part du temps de présence
Suivi en tant que référent de plusieurs terrains de stages	225	15%
Enseignement auprès des étudiants	250	17%
Suivi pédagogique d'un groupe d'étudiants	100	7%
Temps consacré à la sélection	32	2%
Participation aux évaluations (réalisation des sujets, comité de correction, surveillance des épreuves)	100	7%
Autres activité « indirectes »	775	52%
Total	1482	100%

Sources : CRC et CHU de Montpellier

« L'universitarisation » de la formation et les relations entre acteurs de la formation

L'Université de Montpellier et les IFSI de l'ancienne région Languedoc Roussillon, réunis dans le GCS IFSI Languedoc Roussillon (GCS IFSI LR), ont travaillé à la création d'un « thésaurus » des unités d'enseignement contributives qui permet de définir les modalités d'enseignement de chaque séquence d'UE par rapport au référentiel de formation national. Pour chaque UE, tous les IFSI ont désigné un représentant, et un référent universitaire a validé l'ensemble des objectifs pédagogiques.

Les enseignants vacataires sollicités par l'institut répondent aux exigences du thésaurus et se répartissent en trois groupes principaux :

- des enseignants à statut universitaire (PUPH, MCUPH, professeurs des universités), issus des UFR de médecine, de droit et de lettres¹⁴⁴ ;
- les enseignants « habilités » par l'université en philosophie, droit, anthropologie, sociologie, psychologie ou en ingénierie (356 heures pour l'année 2016/2017) ;
- d'autres enseignants, souvent professionnels de santé ou d'autres domaines connexes¹⁴⁵.

¹⁴³ Ces jours compenseraient aussi la participation à des activités ponctuelles tels que des salons professionnels se tenant le week-end, des conférences en fin de journée ou des groupes de travail dans le réseau professionnel en dehors des horaires habituels.

¹⁴⁴ Des professeurs des universités et PUPH de l'Université de Montpellier interviennent pour un volume horaire de 130 heures (pour l'année 2016-2017) dans trois domaines - les sciences humaines, sociales et droit ; les sciences biologiques et médicales ; les méthodes de travail - et y assure la coordination entre les intervenants.

¹⁴⁵ Pour ce dernier groupe d'enseignants vacataires, l'établissement indique que le nombre d'heures lui apparaît plus complexe à chiffrer, du fait que les groupes d'étudiants sont régulièrement démultipliés pouvant aller jusqu'à des groupes d'une dizaine d'étudiants (donc 16 groupes pour une promotion de 161).

L'Université de Montpellier dispose d'un représentant auprès de l'IFSI, désigné par son président, qui est présent aux séances du conseil pédagogique et à celles des commissions d'attribution des crédits (CAC). Ce délégué réalise une présence effective dans les instances de l'IFSI du CHU de Montpellier pendant 15 heures minimum par an sans qu'il y ait de compensation financière.

L'université est également présente dans les jurys d'examens organisés par la DRJSCS, qui a la charge de la délivrance du diplôme d'État¹⁴⁶.

Le financement du budget « écoles » : la participation de l'ARS au fonctionnement de l'IFSI

L'agence régionale de santé Occitanie intervient dans le cadre de la coopération entre l'université de Montpellier et l'IFSI. Elle participe aux grandes étapes d'élaboration de l'offre de formation comme la création du thésaurus ou le développement de la simulation en santé et accompagne les instructions du ministère de la santé notamment sur les incitations aux enseignements interfilières.

Elle apporte un appui financier au titre du fonds d'intervention régional¹⁴⁷ au GCS IFSI LR pour le développement de la simulation en santé. Enfin, l'ARS est présente aux réunions de la commission spécialisée pédagogique.

Les coûts de la formation

Le CHU n'a pas été en capacité d'identifier les coûts de formation à l'IFSI. Le tarif annuel 2017 de formation validé par la Région est de 6 618 €.

Les relations avec les autres IFSI

L'article L. 6132-3 du CSP dispose que l'établissement support du GHT, dans le cas d'espèce le CHU, assure pour le compte des établissements parties au groupement « la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale ». La convention constitutive du GHT prévoit que des avenants¹⁴⁸ préciseront les modalités de coordination. Deux autres centres hospitaliers disposent en effet d'un institut : celui du bassin de Thau (55 places) et le CH de Millau (65 places).

¹⁴⁶ L'édition des grades de licence fait l'objet d'une demande de compensation financière de la part de l'Université de 30€ par étudiant.

¹⁴⁷ Le montant de ce concours financier n'a pas été communiqué par le CHU.

¹⁴⁸ Le CHU n'a pas eu recours à ce dispositif.

L'absence de certification qualité externe, une évolution attendue

La qualité n'est actuellement évaluée qu'à partir de référentiels internes¹⁴⁹. Les organismes payeurs de la formation ont cependant exigé que l'IFSI soit certifié « Datadoc ». Le CHU indique être en mesure de se conformer à ce référentiel. Pour autant la démarche de certification n'a pas été engagée.

¹⁴⁹ La mesure 14 issue de la « grande conférence de la santé » du 11 février 2016 prévoit d'étendre « la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux ». L'évaluation qualité des formations d'enseignement supérieur est aujourd'hui pilotée par le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) qui doit élaborer un référentiel à destination des IFSI. Ce référentiel qui permettra d'instaurer une évaluation des formations infirmières selon une méthodologie commune doit être prochainement validé comme le souligne le rapport de l'IGAS n°2017-043 de juin 2017.

annexe n° 4 : Méthode de retraitement des contrats de long terme renouvelables (CLTR)

Les CLTR peuvent être mobilisés soit pour constituer des emprunts à long terme, soit dans le cadre de remboursements infra-annuels. En fonction de l'usage, la méthode de prise en compte des CLTR diffère conformément au plan des comptes applicable à la nomenclature M21.

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un usage à long terme, les CLTR sont imputés à un compte 1641, tandis que lorsqu'il s'agit d'une utilisation infra-annuelle, le sous compte 16449 « opérations afférentes à l'option de tirage sur ligne de trésorerie » est alors utilisé.

L'annuité en capital des capital de la dette du tableau 39 est présentée, déduction faite des CLTR ayant fait l'objet d'une utilisation infra-annuelle, selon la méthode de calcul suivante : D163 + D164 - D16449 - D1645 + D165 + D167 - D1675 + D168 (opérations budgétaires) - C1645 (opération budgétaire d'ordre) - C1632 + D1632 (opérations non budgétaires). L'annuité de remboursement du capital de la dette intègre donc uniquement les emprunts de long terme ainsi que les CLTR de long terme.

Les nouveaux emprunts de l'année ont été inscrits au tableau 40 selon une méthode identique. Le compte 16449 est également déduit de ceux-ci.

L'ordonnateur n'a pas confirmé à la chambre que d'éventuelles erreurs d'imputation auraient été commises sur le c/ 16449, conduisant ainsi à fausser le montant de l'annuité en capital de la dette pris en compte dans l'analyse de la situation financière.

GLOSSAIRE

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APD	avant-projet détaillé
APS	avant-projet sommaire
ARS	agence régionale de santé
AS	aide-soignant
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	autorisations temporaires d'utilisation
CAF	capacité d'autofinancement
CAMSP	centre d'action médico-social précoce
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CDU	commission des usagers
CET	compte épargne-temps
CH	centre hospitalier
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	centre hospitalier universitaire
CLACT	contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLTR	crédit long terme renouvelable
CME	commission médicale d'établissement
COPERMO	comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins : il a pour objet de valider et de suivre les actions proposées par les agences régionales de santé ; de sélectionner et de prioriser les projets d'investissements nécessitant un financement de l'État ; d'assurer le suivi des établissements en difficulté.
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	centre de ressource autisme
CRUQPC	commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS	conseil de surveillance
CSAPA	centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSIRMT	commission des soins infirmiers, rééducation, médico-techniques
CSP	code de la santé publique
CTE	comité technique d'établissement
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIF	droit individuel à la formation
DIM	département de l'information médicale
DMI	dispositifs médicaux implantables
DRH	direction des ressources humaines et formation
DUERP	document unique d'évaluation des risques professionnels
EIGAS	événements indésirables graves associés aux soins
Emprunts obligataires <i>in fine</i>	remboursement du capital à l'issue de l'emprunt.
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

ESI	élèves en soins infirmiers
ESPIC	établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	équivalent temps-plein
ETPR	équivalent temps-plein rémunéré
ETPT	équivalent temps-plein travaillé
Études promotionnelles	Elles permettent aux agents d'obtenir un diplôme ou un certificat du secteur sanitaire et social dont la liste est fixée par arrêté ministériel. À l'issue d'une étude promotionnelle rémunérée réussie, l'agent est tenu à un engagement de servir d'une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans. Si l'agent quitte la fonction publique hospitalière avant ce délai l'agent doit rembourser les rémunérations perçues pendant la formation.
FIR	fonds d'intervention régional : il finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance et de la coordination des établissements, de la qualité, de la permanence des soins, des actions de prévention, de la promotion de la santé ainsi que de la sécurité sanitaire.
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHT	groupement hospitalier de territoire : il a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GTT	gestion du temps de travail
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HT	hors taxes
IADE	infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
ICR	indice de coût relatif
IDE	infirmier diplômé d'État
IFAS	institut de formation des aides-soignants
IFMS	institut de formation aux métiers de la santé
IFSI	institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Infirmiers en soins généraux et infirmiers spécialisés	Au sein de la profession infirmière, peuvent être distingués, les infirmiers en soins généraux et les infirmiers spécialisés. Les spécialités infirmières comprennent IADE, les IBODE et les infirmiers puériculteurs. Elles sont accessibles après une sélection et une formation, de 12 à 24 mois selon la spécialité, complémentaire à celle suivie par tous les étudiants en soins infirmiers en IFSI. Depuis la suppression en 1992 du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP), les infirmiers des services de psychiatrie sont très largement des IDE en soins généraux. Cependant les conditions spécifiques de l'exercice en milieu psychiatrique conduisent parfois à les distinguer des autres infirmiers en soins généraux.
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IRM	imagerie par résonance magnétique
JRTT	jours de réduction du temps de travail

k€	kilo € = millier d'euros
M€	million d'euros
MAINH	mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Elles sont destinées à financer des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation. Elles sont réparties en fonction d'indicateurs de résultats ou de moyens, avec une forte valeur incitative.
MIG	mission d'intérêt général : les missions d'intérêt général (MIG) constituent des crédits finançant notamment des missions de veille et de vigilance, des prises en charge par des équipes pluridisciplinaires, des produits d'origine humaine non couverts par les tarifs ou des prises en charge spécifique.
MIGAC	mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation : les aides à la contractualisation (AC) sont destinées à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour qu'ils puissent mettre en œuvre les adaptations nécessaires de l'offre de soins.
Nombre de B ou BHN /	Les B représentent la valeur de l'analyse biologique dans la nomenclature des actes médicaux de l'assurance maladie auquel est affecté un coefficient. Les BHN constituent pour leur part les analyses biologiques hors nomenclature.
Nombre de P ou PHN	Les P traduisent la valeur des analyses en anatomo-pathologie. Enfin, les PHN expriment la valeur des analyses en anatomo-pathologie hors nomenclature.
ONDAM	objectif national de dépenses d'assurance maladie
ORL	oto-rhino-laryngologie
PAPRIPACT	programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PPCR	parcours professionnels, carrières et rémunérations
RH	ressources humaines
RPS	risques psycho-sociaux
RSA	résumé de sortie anonymisé
SAE	statistique annuelle des établissements de santé
SCI	société civile immobilière
SDO	surface dans œuvre
SIGAPS	score pondérant le nombre de publication avec la qualité de la revue
SIIPS	soins infirmiers individualisés à la personne soignée
SLD	soins de longue durée
SMUR	structure mobile d'urgence et de réanimation
T2A	tarification à l'activité
Tarif de responsabilité	base de remboursement de l'assurance maladie.
Tarifs (en tarification à l'activité)	rémunération prévue par l'assurance maladie pour la prise en charge d'un patient en fonction de sa pathologie.
TDC	toutes dépenses confondues
TTC	toutes taxes comprises
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
USLD	unité de soins de longue durée
Zone d'attractivité	territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine, les

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

d'un établissement	localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement. <i>Source : ATIH.</i>
Zone de recrutement	La zone de recrutement est construite pour un établissement donné en classant les codes géographiques des patients ayant fréquenté l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80% de l'activité de l'établissement. <i>Source : ATIH.</i>

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 11 octobre 2018 de M. Thomas Le Ludec, directeur général du centre hospitalier universitaire de Montpellier.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« 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 ».



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie

sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

**Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2**

occitanie@crtc.ccomptes.fr