



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE (Haute Garonne)

Exercices 2012 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	6
RECOMMANDATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1. LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE SUR SON TERRITOIRE : ENJEUX ET CONTRAINTES	10
1.1. Le quatrième hôpital français positionné sur un territoire dynamique	10
1.2. Une forte concurrence du secteur privé	10
1.3. Un effort substantiel d'investissement.....	11
1.3.1. Près d'un milliard d'euros investi en 10 ans.....	11
1.3.2. La nécessité d'une recomposition des sites et d'une rationalisation des surfaces	14
1.3.3. Un besoin d'investissement qui subsiste.....	16
1.4. Une contrainte financière prise en compte tardivement	17
2. UNE STRATÉGIE AXÉE SUR LA COOPÉRATION TERRITORIALE ET L'EXCELLENCE	18
2.1. Une politique de coopération territoriale historique	18
2.2. L'articulation avec le groupement hospitalier de territoire	19
2.2.1. Périmètre, caractéristiques et objet du groupement hospitalier de territoire	19
2.2.2. Un projet médical partagé et un projet de soins partagé ambitionnant une forte intégration territoriale	20
2.2.3. Les fonctions assurées par le centre hospitalier universitaire en qualité d'établissement support	21
2.3. Le rôle du centre hospitalier universitaire dans l'organisation territoriale des soins	22
2.3.1. Le partage de la ressource médicale	22
2.3.2. Le bilan des coopérations territoriales	24
2.3.3. L'Oncopôle : un pôle d'excellence innovant, une gouvernance bicéphale, un modèle économique et financier complexe.....	26
2.4. Les priorités des projets d'établissement 2013-2018 et 2018-2022	28
2.4.1. Un projet 2013-2018 tourné vers le développement des pôles d'excellence	28
2.4.2. Le projet d'établissement 2018-2022 : une démarche participative visant à intégrer la contrainte budgétaire	30
3. ACTIVITÉ ET PERFORMANCE	31
3.1. Une activité dynamique, mais fragilisée par la concurrence	31
3.1.1. L'activité d'hospitalisation	31
3.1.2. L'activité des urgences	35
3.2. Zone d'attractivité et évolution des parts de marché	35
3.2.1. Une zone d'attractivité moins dense, mais plus étendue que la moyenne des autres centres hospitaliers universitaires.....	35
3.2.2. Les parts de marché : un positionnement fragilisé depuis 2017	36
3.3. Performance médico-économique	39
3.3.1. La gestion des lits.....	39
3.3.2. Une structure capacitaire à rationaliser	41

3.3.3.	Les progrès de l'activité ambulatoire.....	43
3.3.4.	La gestion des blocs opératoires	45
4.	GOVERNANCE.....	46
4.1.	Sept directeurs en sept ans	46
4.2.	Des contrats de pôles précocement élaborés.....	46
4.3.	Des objectifs insuffisamment suivis	46
4.4.	Une gouvernance en refondation	47
4.5.	L'absence d'outils de pilotage médico-économiques jusqu'en 2017	47
5.	FIABILITÉ DES COMPTES.....	48
5.1.	La certification des comptes	48
5.1.1.	Des comptes certifiés sans réserves depuis 2015.....	48
5.1.2.	Les corrections opérées en bilan d'ouverture 2015	49
5.1.3.	Un contrôle interne à améliorer	49
5.2.	Le principe de sincérité et de régularité.....	50
5.2.1.	Le suivi des immobilisations, l'inventaire et l'état de l'actif.....	50
5.2.2.	Les amortissements	50
5.3.	La constitution des provisions	54
5.3.1.	Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	54
5.3.2.	Synthèse sur les provisions	55
6.	SITUATION FINANCIÈRE.....	56
6.1.	La situation consolidée	57
6.1.1.	Les soldes intermédiaires de gestion.....	57
6.1.2.	La capacité d'autofinancement	59
6.1.3.	Un budget principal et huit budgets annexes	60
6.2.	La situation du budget principal	62
6.2.1.	Les produits.....	62
6.2.2.	Les charges.....	63
6.3.	Le financement des investissements	65
6.3.1.	Un investissement financé par l'emprunt	65
6.3.2.	Une forte diminution des investissements depuis 2014.....	67
6.4.	La situation patrimoniale	67
6.4.1.	Une croissance tendancielle des immobilisations partiellement masquée... ..	67
6.4.2.	Des fonds propres élargis en faible progression	68
6.4.3.	Un endettement sous contrainte	69
6.4.4.	Un fonds de roulement insuffisant.....	71
6.4.5.	Un besoin en fonds de roulement en hausse	71
6.4.6.	Une trésorerie fortement négative.....	73
6.5.	La trajectoire de redressement et l'évolution prévisionnelle	73
6.5.1.	Les plans de redressement successifs : plan performance, plan Avenir et plan complémentaire demandé par le Copermo	74
6.5.2.	L'écart par rapport à la trajectoire de redressement en 2017 et 2018	78
6.5.3.	Les opérations visant au rétablissement de la trajectoire d'exploitation	79
7.	RESSOURCES HUMAINES : UN SECTEUR STRATÉGIQUE.....	84
7.1.	Personnel médical : parvenir à rationaliser dans un contexte contraint.....	85

7.1.1.	Des dépenses en forte augmentation, dans un contexte de concurrence exacerbée.....	85
7.1.2.	Une priorité à la fidélisation des médecins	87
7.1.3.	La permanence des soins	92
7.2.	Des dépenses de personnel non médical davantage maîtrisées	94
7.2.1.	Évolution des rémunérations.....	94
7.2.2.	Une priorité prise en compte dans le cadre du plan Avenir.....	96
7.2.3.	Des efforts à poursuivre, dans un contexte social tendu.....	101
8.	LA COMMANDE PUBLIQUE	106
8.1.	Des procédures au référentiel achat	106
8.2.	L'organisation de la commande publique.....	107
8.3.	La stratégie d'achat.....	107
8.3.1.	Les objectifs de performance	107
8.3.2.	Une rationalisation progressive de l'achat	108
8.3.3.	Les axes de performance déployés	108
8.4.	La régularité.....	111
8.4.1.	Les achats hors marché	111
8.4.2.	Une forte proportion de procédures négociées sans publicité ni mise en concurrence	111
	ANNEXES.....	113
	GLOSSAIRE.....	150

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Occitanie a contrôlé la gestion du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse à compter de 2012 jusqu'à la période la plus récente.

Avec près de 260 000 séjours par an, 800 000 consultations externes, 160 000 passages aux urgences, 42 000 interventions chirurgicales et près de 4 800 naissances, son activité le situe au 4^{ème} rang des hôpitaux français après l'assistance publique hôpitaux de Paris, l'assistance publique hôpitaux de Marseille et les hospices civils de Lyon. Son budget d'exploitation de 1,2 Md€ et ses 82,4 M€ d'investissements par an en moyenne sur la période en font l'un des principaux donneurs d'ordres publics de la métropole toulousaine.

Le rayonnement du CHU s'appuie sur des points forts reconnus : la qualité des soins, la recherche, la qualité des plateaux techniques et son activité de référence. L'ensemble immobilier de son site de Purpan a été largement rénové entre 2011 et 2016. Le dynamisme démographique de son bassin de vie lui permet d'envisager à moyen terme le développement soutenu de ses activités. Sa stratégie de coopération territoriale s'est renforcée depuis juillet 2016 grâce à la constitution du groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, qui regroupe sept établissements. Le CHU souffre en revanche d'une forte concurrence du secteur privé toulousain, qui fragilise ses parts de marché au cœur de sa zone d'attractivité.

L'établissement a mené une politique d'investissement particulièrement volontariste jusqu'au début de l'année 2015 avec l'ouverture de nouveaux bâtiments et de nouveaux sites : le bâtiment Pierre-Paul Riquet en 2014, (576 lits et places sur 94 447 m² à Purpan pour un montant de 326 M€), le bâtiment urgence-réanimation-médecine, (232 lits et places sur 27 273 m² à Purpan, en 2015 pour un montant de 100 M€), le bâtiment de psychiatrie et la création de l'Oncopôle co-exploité par le CHU de Toulouse et par le centre de lutte contre le cancer Claudius Regaud (ouvert en 2014 sur l'ancien site d'AZF, pour un coût initial de 300 M€).

Au total, le CHU a investi près de 1 Md€ ces dix dernières années et compte aujourd'hui six sites de prises en charge des patients, dont quatre comprenant des soins aigus. Cette dispersion ne va pas sans conséquences indésirables : l'augmentation des surfaces et le maintien de bâtiments partiellement ou totalement désaffectés, à hauteur de 28 % de la surface totale en 2018 ; l'augmentation du nombre de plateaux techniques, conduisant à la hausse des charges de personnels et des charges logistiques ; la multiplication d'unités de taille inefficace, inadaptées par rapport aux exigences du mode de financement en tarification à l'activité et non fonctionnelles au regard de la montée en charge de l'hospitalisation ambulatoire.

Cette situation pèse sur les ratios de performance du CHU, dont certains, comme les taux d'ouverture de bloc et les taux d'occupation, sont insuffisants. Elle contribue à dégrader la situation financière et patrimoniale de l'établissement, sans que cette tendance inquiétante apparaisse clairement dans ses comptes : les aides en investissement perçues par le CHU, affectées à l'exploitation au lieu d'être provisionnées, et la fiabilité des comptes incertaine ont masqué ses difficultés. Aujourd'hui, le taux de marge hors aides est inférieur à 4 %, soit un niveau deux fois moindre que la cible nationale.

L'établissement n'avait dégagé que 52,2 M€ de capacité d'autofinancement nette entre 2012 et 2017, le financement des 494,7 M€ d'investissements de la période a été assuré à plus de

80 % par emprunt. L'encours de dette (329 M€ en 2012, 451 M€ en 2014) dépasse encore deux des trois seuils réglementaires et rend le CHU tributaire de l'autorisation de l'agence régionale de santé pour emprunter. Cette contrainte l'a conduit à limiter ses investissements au strict renouvellement des immobilisations et aux opérations urgentes à compter de 2016, alors même qu'il est confronté à la vétusté des sites de Ranguel et Larrey. Ses marges de manœuvre sont désormais réduites : son fonds de roulement insuffisant, qui s'établissait à 17,6 jours de charges courantes au 31 décembre 2017, le fait de dépendre d'une importante ligne de trésorerie, à hauteur de 65 M€ en 2018. L'établissement fait l'objet d'un suivi dans le cadre du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo) depuis 2016. Il a adopté un plan de redressement le 28 juin 2016, dont les mesures tardent à produire les effets attendus.

Pour rétablir sa trajectoire d'exploitation, le CHU doit se restructurer fortement, limiter son empreinte en termes de bâti, concentrer ses structures de prise en charge et plus particulièrement les plateaux techniques et unités de soins aigus tout en répondant aux besoins croissants de son bassin de vie. Cette restructuration prévue dans le projet d'établissement 2018-2022 doit s'accompagner de mesures rapides de maîtrise des charges, et notamment de celles de personnel, qui ont augmenté de 79 M€ entre 2012 et 2017. Cette démarche a d'ores et déjà été impulsée en ce qui concerne le personnel non médical, mais doit être consolidée et s'étendre au personnel médical, et notamment à la permanence des soins, dont le coût s'avère élevé.

Les hypothèses retenues dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022 sont toutefois percutées par les mesures nationales et par le mouvement de grève des urgences qui pénalise fortement les recettes d'activité du CHU. Il en résulte une dégradation significative de la trajectoire d'exploitation 2019 par rapport au scénario retenu. Dans ce contexte, l'établissement doit être fortement accompagné dans sa dynamique de restructuration par le Copermo Investissement.

RECOMMANDATIONS

1. Poursuivre la démarche d'amélioration des taux d'occupation des lits. *Non mise en œuvre.*
2. Se doter d'outils de pilotage fiables permettant de fonder le dialogue de gestion sur des bases partagées. *Mise en œuvre en cours.*
3. Poursuivre l'amélioration du dispositif de contrôle interne. *Mise en œuvre en cours.*
4. Constituer un dossier permanent complet et fiabilisé des provisions. *Mise en œuvre en cours.*
5. Mettre en œuvre les mesures de restructuration architecturale et capacitaire prévues par le projet d'établissement 2018-2022 en les complétant de mesures fortes et rapides de maîtrise des charges. *Mise en œuvre incomplète.*
6. Engager un meilleur suivi de l'activité libérale permettant de s'assurer de l'existence d'un contrat et du respect de ses dispositions pour chaque médecin. *Non mise en œuvre.*
7. Evaluer les dépenses de permanence des soins au regard de l'activité effective. *Non mise en œuvre.*
8. Renégocier le protocole d'accord local sur le temps de travail. *Non 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 Toulouse a été ouvert le 21 juin 2018 par lettre du président adressée à Mme Anne Ferrer directrice générale par intérim alors en fonction, puis a été confirmé, par courrier du 13 juillet 2018 à M. Marc Penaud, directeur général ayant pris ses fonctions le 2 juillet 2018. Des courriers ont également été adressés le 13 juillet 2018 à MM. Eric Dupeyron, Raymond Le Moign, Jacques Léglise, Hervé Léon, Jean-Jacques Romatet, 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 31 janvier 2019, 21, 26 et 27 février 2019, et 1^{er} et 4 mars 2019.

Lors de sa séance du 4 avril 2019, la chambre a arrêté les observations provisoires qui ont été transmises à M. Marc Penaud. MM. Raymond Le Moign, Jacques Léglise, Jean-Jacques Romatet, en qualité d'ordonnateurs précédents, en ont également été destinataires pour la partie afférente à leur gestion. Une lettre de clôture de procédure a été envoyée à MM. Eric Dupeyron et Hervé Léon. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues et entendu les personnes qui avaient sollicité une audition, la chambre, dans sa séance du 11 octobre 2019, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE SUR SON TERRITOIRE : ENJEUX ET CONTRAINTES

1.1. Le quatrième hôpital français positionné sur un territoire dynamique

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse est situé au cœur de la 4^{ème} aire urbaine française (1,3 million d'habitants) après Paris, Lyon et Marseille. Il constitue la structure sanitaire de référence de l'Occitanie Ouest. C'est un établissement reconnu nationalement pour la technicité et la qualité de ses prises en charge, dont les treize sites sont répartis au nord et au sud de la ville (Purpan, Rangueil, l'Hôtel Dieu et Langlade).

Il dispose de près de 3 000 lits et places installés, dont plus de 2 500 lits et places en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO) soit 80 % du total, dont 144 lits aux urgences (concentrés sur Purpan, 76 lits dont 17 pour les urgences psy, et Rangueil 38).

En 2017, il a enregistré plus de 256 000 séjours, 800 000 consultations externes, 160 000 passages aux urgences, 42 000 interventions chirurgicales et près de 4 800 naissances, ce qui le situe au 4^{ème} rang des hôpitaux français après l'assistance publique hôpitaux de Paris, l'assistance publique hôpitaux de Marseille et les hospices civils de Lyon. Seul CHU de l'Occitanie Ouest, les soins de recours représentent plus de 50 % de son activité.

Le CHU de Toulouse est le premier employeur de la région, accomplissant ses missions de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche avec le concours de 15 000 professionnels, dont près de 4 000 personnels médicaux.

Avec un budget d'exploitation de 1,2 Md€ et près de 50 M€ d'investissements par an, le CHU de Toulouse est l'un des principaux donneurs d'ordres publics de la métropole toulousaine. Il participe au développement économique du territoire avec plus de 400 M€ d'achats, soit environ 5 200 marchés, auprès de 2 700 fournisseurs.

Le bassin de santé du CHU est en forte croissance. La Haute-Garonne accueille plus de 17 000 habitants supplémentaires par an depuis 2009 et présente le dynamisme démographique le plus important de France, après celui du Rhône et de la Gironde. Cette situation est liée à la croissance de la métropole toulousaine (800 000 habitants), dont la progression démographique est la plus forte en Europe (+ 15 000 habitants par an) après celle de l'agglomération londonienne. Cette progression démographique entraîne d'importantes incidences sur les besoins en santé, d'un point de vue quantitatif comme en termes d'offre de soins, en raison du vieillissement relatif de la population et de l'augmentation des maladies chroniques ou assimilées.

1.2. Une forte concurrence du secteur privé

L'offre de soins de l'Occitanie Ouest se caractérise par deux phénomènes : une concentration de l'offre sur Toulouse et une concurrence du secteur privé toulousain.

Les établissements de santé de la Haute-Garonne jouissent d'une forte attractivité : plus de 97 % des patients du territoire sont hospitalisés dans un établissement de santé du département. Par ailleurs, l'analyse des séjours sur le territoire de la Haute-Garonne confirme la place centrale du bassin de Toulouse dans la prise en charge hospitalière : plus des 3/4 des séjours des patients du département sont réalisés dans des établissements de santé implantés à Toulouse.

Toulouse concentre en effet la majeure partie de l'offre sanitaire de l'ancienne région Midi-Pyrénées et la quasi-totalité de l'offre haute-garonnaise¹ du fait non seulement de la forte attractivité du CHU mais également, et de manière croissante, de l'importance des cliniques privées toulousaines.

L'activité sanitaire réalisée par les établissements toulousains est dominée par le poids du CHU de Toulouse, qui représente plus de 35 % des séjours². Les deux autres tiers de l'activité sanitaire sont assurés par les structures privées de l'agglomération toulousaine qui comprennent deux établissements privés participant au service public (le centre de lutte contre le cancer Claudius Régaud et l'hôpital associatif Joseph Ducuing) et neuf cliniques privées à but lucratif, dont six appartiennent aux deux groupes privés Ramsay Générale de Santé³ et Elsan.

Ces structures privées sont positionnées stratégiquement au sein de l'agglomération toulousaine, majoritairement à proximité des grands axes de circulation et/ou des lignes de desserte structurantes. Elles captent ainsi la moitié de l'activité des structures sanitaires toulousaines.

En outre, elles ont fortement investi ces dernières années dans le cadre de projets de restructuration et de modernisation des équipements chirurgicaux. Le secteur privé toulousain est particulièrement structuré, innovant et offensif.

La concurrence du secteur privé, conjuguée aux tensions relatives à la démographie médicale dans certaines spécialités, se traduit par une difficulté croissante du CHU à attirer et à fidéliser les praticiens hospitaliers. Ainsi de 2012 à 2018, 28 médecins du CHU ont rejoint le secteur privé, qui peut faire valoir une rémunération supérieure, l'accès rapide à équipements innovants et des contraintes organisationnelles moins lourdes, notamment en termes de permanence des soins.

1.3. Un effort substantiel d'investissement

1.3.1. Près d'un milliard d'euros investi en 10 ans

1.3.1.1. Une réflexion insuffisante sur l'efficacité économique des opérations financées

Face à cette forte concurrence privée, le CHU a souhaité se restructurer et a mené une politique d'investissement particulièrement volontariste en termes immobiliers. Il a ainsi investi près d'un milliard d'euros ces dix dernières années dont deux tiers financés par emprunts⁴.

Cet investissement s'est essentiellement concentré sur des opérations de restructuration visant à mettre fin aux hôpitaux en miroir et à constituer des sites thématiques. Les deux opérations les plus importantes ont concerné le site de Purpan :

¹ Les capacités d'hébergement hospitalier de Haute-Garonne sont concentrées à 94 % sur l'agglomération toulousaine. Les établissements de santé de Haute-Garonne ne relevant pas de l'aire urbaine de Toulouse sont le centre hospitalier de Saint-Gaudens, les deux hôpitaux locaux de Muret et Revel, les deux cliniques Monie et de Lagardelle, et le centre néphrologique d'Occitanie. Les capacités d'hébergement de ces établissements selon les données disponibles sur le site Hospidiag en 2016 sont de 319 lits et places pour un total de 5 287 lits et places sur l'ensemble du département, selon le même site (source : données brutes Hospidiag 2016).

² 35 % en moyenne, près de 37 % en 2016. Données ATIH 2016 en nombre de séjours (sources : données brutes Hospidiag).

³ Ramsay Général de Santé a racheté le groupe Capio en novembre 2018 qui détenait alors trois cliniques toulousaines.

⁴ Sur la seule période sous revue (2012-2017) les investissements se sont élevés à près de 500 M€ et ont été financés à plus de 80 % par emprunts.

- la construction du bâtiment Pierre-Paul Riquet (PPR) de 576 lits et places sur 94 447 m² qui a permis le regroupement des trois pôles locomoteur, neurosciences et céphalique sur le site de Purpan. Il a été ouvert en avril 2014, après des travaux d'un montant 326 M€ (aidés à hauteur de 62 %) et 40 M€ d'équipements ;
- le programme urgence-réanimation-médecine (URM), 232 lits et places sur 27 273 m², comprend les secteurs urgences, anesthésie-réanimation et imagerie articulés avec PPR ainsi que la médecine interne, le plateau d'ambulatoire, la psychiatrie et la gériatrie. Le bâtiment URM, réalisé pour un montant d'environ 100 M€ (équipements compris), a été mis en service en juin 2015.

La psychiatrie a également fait l'objet d'une opération d'investissement importante à Purpan avec la création en 2014, pour un montant de 26 M€, d'une structure neuve de 7 529 m² en remplacement de l'ancienne structure de psychiatrie (5 432 m² qui a été désaffectée en 2014 et démolie en 2017).

Par ailleurs, 57 M€⁵ ont également été investis sur le site de Rangueil (pour la construction du BOH3 et la réhabilitation du secteur digestif notamment).

La création de l'institut universitaire de cancérologie de Toulouse (IUCT) et l'ouverture de l'Oncopôle co-exploité par le CHU de Toulouse et par le centre de lutte contre le cancer Claudius Regaud ont permis de spécialiser les sites de cancérologie, simplifiant ainsi la cartographie de la prise en charge des cancers.⁶ Cette création a cependant également engendré la création d'un nouveau bâtiment sur une surface de 65 000 m² pour un montant de plus de 300 M€ (coût initial).

Enfin, le système d'information et la stérilisation ont également fait l'objet d'investissements à hauteur respectivement de 30 M€ et de 12 M€.

Ces opérations d'ampleur ont permis de restructurer et de moderniser le site de Purpan. Toutefois, cette modernisation s'est opérée par la création de structures imposantes dont l'efficacité et la fonctionnalité ne correspondent pas aux exigences actuelles. S'agissant de PPR, neuf années se sont écoulées entre la conception du programme (2005) et sa mise en service (2014). Il en est résulté une structure avec des ratios de surfaces par lit élevés et des unités peu modulables n'ayant pas intégré les impératifs du virage ambulatoire. Ce constat vaut également, dans une moindre mesure, pour le bâtiment URM.

Au total, l'ouverture de ces nouveaux sites a nécessité en solde net la création de 110 équivalents temps-plein (ETP).

Ces structures ont été conçues et validées sans qu'aucun calcul de retour sur investissement ni aucune étude approfondie sur leur équilibre prévisionnel n'aient été réalisés au préalable. Celles produites par la suite avant l'ouverture faisaient apparaître un retour sur investissement défavorable⁷. L'ordonnateur alors en fonctions précise qu'il a mis en œuvre un certain nombre de mesures pour améliorer l'équilibre économiques desdites structures.

⁵ Opération aidée à hauteur de 91 %.

⁶ La cancérologie en hématologie, en gynécologie et ORL est prise en charge à l'IUCT Oncopôle ; le digestif et l'urologie à Rangueil ; les poumons et le cervical à Larrey et les cancers du cerveau, de l'os, l'oncogériatrie et l'oncopédiatrie à Purpan.

⁷ L'inspection générale des affaires sociales avait relevé dans son rapport de juin 2016 que la mise en service de ces structures n'avait pas permis (entre 2012 et 2015) d'améliorer significativement l'équilibre des secteurs concernés s'agissant de PPR et avait même dégradé le résultat s'agissant de l'URM. Dans les deux cas, le résultat de ces structures était déficitaire.

1.3.1.2. Une forte augmentation des surfaces, des marges de rationalisation

La création de ces nouveaux bâtiments, jusqu'en 2017, n'a pas été accompagnée de la démolition systématique des bâtiments désaffectés. L'ancien ordonnateur indique que, si des schémas directeurs prévoyant ces démolitions ont bien été établis, « le coût de démolitions en question, concernant en outre des bâtiments pour beaucoup présentant un surcoût important de désamiantage, a entraîné la temporisation de la réalisation effective de celles-ci, dans un contexte de réduction drastique des crédits d'investissement dans lequel ceux-ci étaient mieux employés à la restructuration des bâtiments en usage et au remplacement des équipements ».

Le CHU conserve donc un nombre important de bâtiments partiellement ou totalement désaffectés à l'origine d'importants coûts d'entretien et maintenance. Cette situation est particulièrement prégnante sur les sites de La Grave et de Purpan depuis la création de PPR et URM.

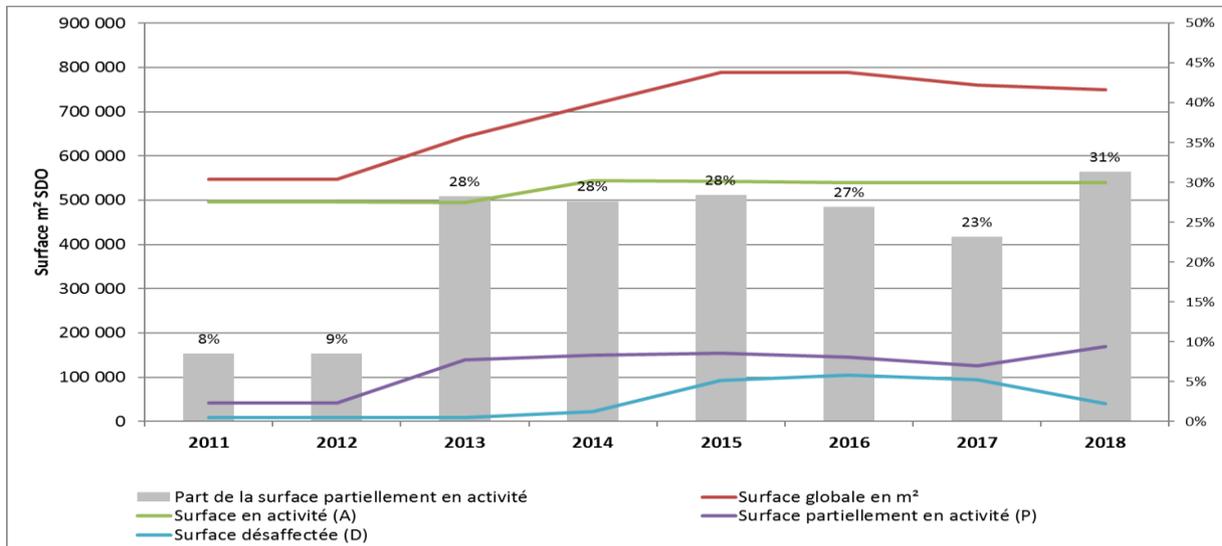
tableau 1 : Évolution des surfaces du centre hospitalier universitaire

Type de surface (m ² SDO)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Surface globale en m ²	547 293	547 293	643 700	716 229	789 315	789 315	759 671	750 214
Surface en activité (A)	496 342	496 200	494 764	543 656	542 102	539 274	540 419	540 419
Surface partiellement en activité (P)	42 181	42 181	140 024	150 346	154 150	145 118	125 390	169 647
Surface désaffectée (D)	8 770	8 912	8 912	22 227	93 063	104 923	93 862	40 148

Source : CHU

La surface globale du CHU est ainsi passée de 547 293 m² en 2011 à 789 315 m² en 2016 avant de diminuer légèrement (750 214 m²) en 2018. Sur la période sous revue la surface globale du CHU a ainsi augmenté de 37 % alors que la surface en activité n'a progressé que de 9 %.

graphique 1 : Évolution des surfaces du centre hospitalier universitaire



Source : CHU

La part de la surface partiellement en activité rapportée à la surface en activité est passée de 8 % en 2011 à 31 % en 2018. Les bâtiments désaffectés représentaient 40 198 m² en 2018, soit 7,4 % de la surface du CHU en activité. Au total, les bâtiments désaffectés ou partiellement en activité représentent, en 2018, 39 % de la surface du CHU en activité et 28 % de la surface totale du CHU. Cette situation est d'autant plus problématique que les surfaces désaffectées font l'objet d'occupations clandestines entraînant des nuisances et des problèmes de sécurité.

Le CHU dispose d'importantes surfaces (210 000 m²) devant faire l'objet d'une rationalisation.

1.3.2. La nécessité d'une recomposition des sites et d'une rationalisation des surfaces

Au début des années 2000, le CHU de Toulouse a retenu l'objectif de la suppression des « sites miroirs » de Purpan et Rangueil. La construction de l'hôpital PPR a consacré cette orientation stratégique.

Toutefois, en investissant deux nouveaux sites (l'ancien hôpital militaire Larrey⁸ et celui de l'Oncopôle en 2014), il a rompu avec cette logique de regroupement des activités sur un nombre limité de sites. L'ancien ordonnateur rappelle que la création de l'Oncopôle a été « imposée par l'Etat » (cf. 2.3.3.) et que l'acquisition du site de Larrey avait initialement été effectuée pour héberger les « opérations tiroir » devant permettre les travaux de restructurations du CHU, « objectif qui a été progressivement perdu de vue ».

La multiplicité des sites (dont quatre accueillant des soins aigus), leur éloignement et la persistance de nombreux bâtiments partiellement exploités constituent autant de handicaps identifiés par l'établissement.

Le CHU œuvre, désormais, dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement 2018-2022, à la rationalisation de ses sites grâce à deux « opérations levier »⁹ (cf. *infra* § 2.4.2, § 6.5.3 et annexe 1) :

- la densification du site de Rangueil et la vente du site de Larrey avec comme préalable la valorisation de l'ancien bâtiment Urgences de Purpan dit « U2000 » ;
- la construction du grand hôpital régional des enfants.

D'ici sept ans, le CHU projette la construction du bâtiment BOH4 (pour un montant de 65 M€ environ) à Rangueil en lieu et place de l'actuel bâtiment « médecine physique et réadaptation » pour y accueillir les blocs opératoires, les plateaux d'endoscopie et les soins critiques du site de Larrey, qui pourrait ainsi être valorisé financièrement¹⁰ puis cédé. Le bâtiment H1 de Rangueil n'ayant que très partiellement été modernisé depuis son ouverture en 1975 appelle une totale reconfiguration¹¹.

⁸ Ancien hôpital militaire, le site de Larrey a été racheté par le CHU en 2001 pour un montant de 41 millions de francs, soit 6,25 M€.

⁹ Elles sont dépendantes d'une opération à tiroirs, dont la première étape sera de vider le pavillon Dieulafoy, notamment pour regrouper l'activité de digestif de Purpan au sein du bâtiment H2 de Rangueil en cours de rénovation (73 M€). Le pavillon Dieulafoy, qui lors de sa construction en 1970 ne devait être qu'une construction provisoire, n'a finalement jamais été démoli. Il présente aujourd'hui le double inconvénient d'être vétuste et peu fonctionnel car non raccordé au plateau technique. Le CHU a privilégié un partenariat en cours de négociation avec la mutuelle nationale des hospitaliers pour qu'elle y développe des activités au bénéfice des patients et des agents, dans le cadre d'une concession de service. Le CHU a en effet entamé un mouvement de mise en concession d'une partie de ses bâtiments ou parcelles afin de les faire rénover et faire assurer par des tiers les prestations de services à destination des personnels et patients. Il en est ainsi du projet prestation d'accueil et de confort, projeté sur Purpan à horizon 2022 et qui prévoit une résidence senior, des commerces, un hôtel hospitalier, une offre de restauration, des salles de sport et salles de séminaires, construites et gérées par un concessionnaire pour une durée de 50 ans.

¹⁰ Le CHU de Toulouse mène actuellement un travail de réflexion en lien avec la métropole de Toulouse dans la perspective de la révision du plan local d'urbanisme intercommunal-habitat.

¹¹ Le transfert des activités de blocs et soins critiques dans le BOH4 est un préalable à l'accueil des services d'hospitalisations de Larrey.

La fermeture du site de Larrey permettrait, outre l'obtention d'économies, de mettre un terme au dédoublement de l'activité de dialyse aujourd'hui à cheval entre les sites de Larrey et de Rangueil¹².

Cette rationalisation passe également par la rénovation du bâtiment U2000 de Purpan qui abritait antérieurement les services d'urgences, de réanimation et de digestif, mais qui n'est relié à aucun autre bâtiment de Purpan, ces liaisons n'ayant pas été anticipées lors de la construction des bâtiments PPR et URM. Dès lors, l'établissement envisage de le réhabiliter pour un montant de 13 M€ afin d'y héberger les unités de médecine légale, médecine physique et réadaptation et le laboratoire de la marche, le service d'addictologie et les soins palliatifs, libérant ainsi d'autres bâtiments déjà partiellement désaffectés et dont la démolition pourrait dès lors être programmée.

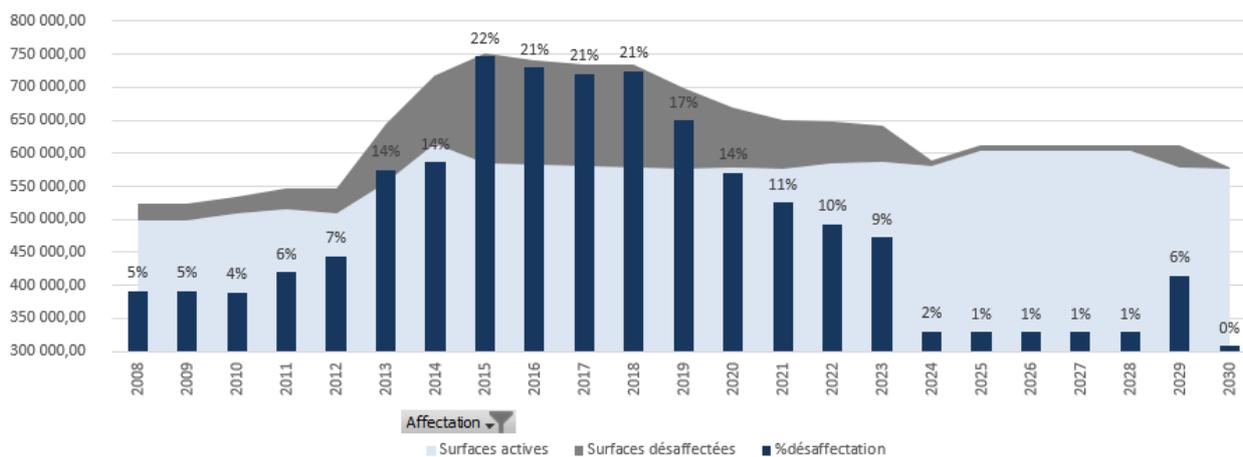
Ces restructurations se fondent sur le projet médical validé en mars 2019 et visent à minorer l'empreinte du bâti et son corollaire de charges de structures.

Deux grands projets ont vocation, d'ici une quinzaine d'années, à parachever la rationalisation des activités :

- celui du grand hôpital régional des enfants (GHRE) sur le site de Purpan ;
- celui du centre universitaire cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique qui serait situé sur l'emplacement du bâtiment H1 de Rangueil à l'issue du regroupement des services du site de Larrey.

À la suite de ces différentes réorganisations, rénovations, démolitions et mises en concession, le CHU ambitionne, à horizon dix ans, de fermer un site, de diminuer de 18 % sa surface et de 30 % le nombre de ses bâtiments, qui passeraient de 120 à 83. Les surfaces désaffectées devraient être presque totalement supprimées en 2024.

graphique 2 : Évolution rétrospective et prospective des surfaces du centre hospitalier universitaire de Toulouse

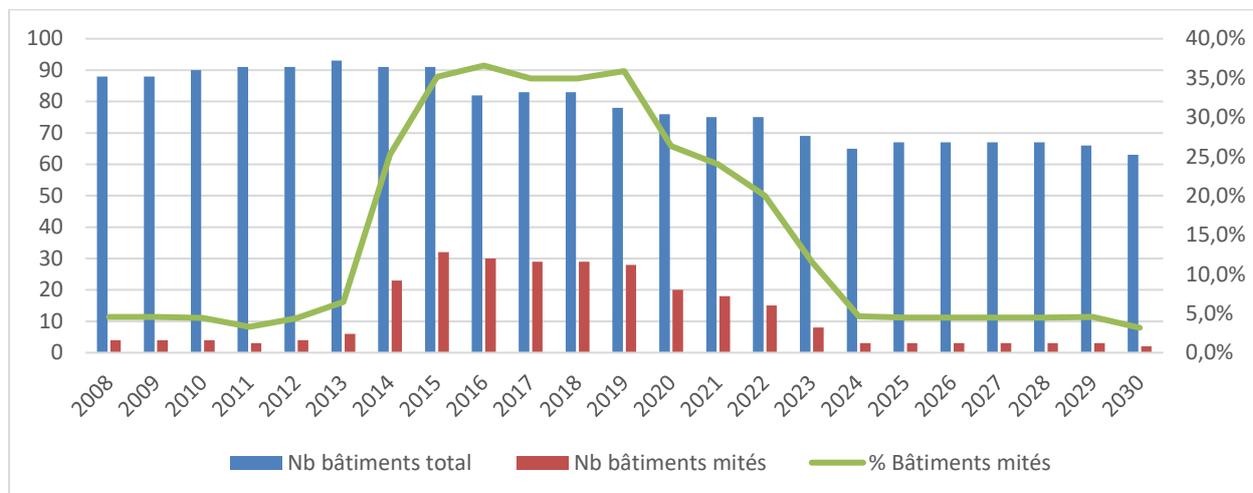


Source : CHU

De la même façon, la part des bâtiments dits « mités », c'est-à-dire avec une proportion de surface désaffectée supérieure à 20 %, aujourd'hui importante (35 %), a vocation à être ramenée à hauteur de 5 % en 2024.

¹² Ce qui engendre non seulement des surcoûts de structure et d'équipement, mais également des surcoûts en termes logistiques (double stockage notamment) et humains (soignant et médical).

graphique 3 : Évolution rétrospective et prospective des bâtiments dits « mités » (avec une part de surface désaffectée supérieure à 20 %)



Source : CHU

1.3.3. Un besoin d'investissement qui subsiste

Indépendamment de ces opérations de restructurations et de modernisation, le CHU de Toulouse présente un besoin d'investissement important pour les raisons suivantes :

- les sites de Larrey et de Rangueil¹³ sont, en l'état, vétustes et non fonctionnels (confort hôtelier inadapté aux standards actuels avec de nombreuses chambres doubles non dotées de douches, plafonds trop bas pour certains chariots logistiques et équipements, couloirs très longs, isolation thermique insuffisante¹⁴) et présentent des structures capacitaires non adaptées aux modes de prises en charge actuels et non efficaces par rapport au dimensionnement optimal des équipes soignantes ;
- la présence d'amiante a été diagnostiquée dans les bâtiments de Rangueil, Larrey et les anciens bâtiments du site de Purpan. Que ces bâtiments soient démolis ou réhabilités un plan de désamiantage conséquent est donc inévitable¹⁵ ;
- les bâtiments de Rangueil, Larrey et La Grave réclament une mise aux normes en termes d'accessibilité, de sécurité incendie ;
- de manière plus générale une mise en sécurité générale des réseaux et mise en sécurité informatique est à réaliser ;
- enfin les équipements, notamment biomédicaux, doivent faire l'objet d'un renouvellement pour éviter d'être confronté à une situation de vétusté engendrant des pannes chroniques, avec les surcoûts afférents. À titre indicatif, le taux de vétusté des équipements était de 78,9 % en 2016, soit un taux élevé et au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie¹⁶.

¹³ S'agissant du bâtiment H1 de Rangueil, l'enveloppe extérieure du bâti est en mauvais état (menuiseries peu étanches et amiantée, isolation thermique insuffisante, fuites des toitures), tandis que les installations techniques sont vétustes, générant des coûts importants de maintenance.

¹⁴ Conséquence directe de la vétusté de ces sites, la prise en charge des patients s'avère régulièrement problématique du fait notamment de la mauvaise isolation thermique : les températures estivales y sont élevées et les températures hivernales faibles au point de devoir déclencher le Plan blanc avec distribution de couvertures aux patients, la température dans les chambres étant alors descendue à 11 degrés dans le bâtiment H1 de Rangueil.

¹⁵ Dans l'attente, l'établissement a pris les mesures nécessaires et a provisionné 2,9 M€ au titre du désamiantage, 4,4 M€ au titre des frais de démolition à venir et 1,37 M€ au titre des dépréciations des immobilisations à démolir.

¹⁶ Source : indicateur Hospidiag F7.

Les obligations de mises en conformité imposent au CHU de maintenir un cycle d'investissement minimum. Au-delà des strictes obligations réglementaires, il doit continuer à investir non seulement pour rénover ses bâtiments et ses équipements, mais également pour lui permettre de rééquilibrer son cycle d'exploitation en rationalisant sa structure capacitaire.

1.4. Une contrainte financière prise en compte tardivement

Si la situation financière a été diagnostiquée comme critique en 2013, la contrainte budgétaire n'a véritablement pu être intégrée de manière opérationnelle dans les contraintes de gestion qu'à compter de 2016. D'une part, les mesures d'annonces et l'élaboration de plans d'actions étaient, selon l'ordonnateur alors en fonctions, essentiellement tournés vers la relance de l'activité afin de rentabiliser les investissements engagés et, d'autre part, les mesures d'économies engagées n'ont pas fait l'objet d'une grande mobilisation des acteurs du CHU, ces derniers étant, lors des exercices 2014 et 2015 accaparés par les nouvelles mises en service successives. Enfin les efforts d'économies produits sur ces exercices ont été compensés par les moyens supplémentaires qui ont dû être déployés pour l'ouverture des nouvelles structures.

De surcroît, les aides attribuées au titre de l'investissement n'ont pas été provisionnées et ont *de facto* été affectées au cycle d'exploitation, sans pour autant endiguer les déficits d'exploitation.

Le recours à l'emprunt, soumis à validation préalable de l'agence régionale de santé (ARS) et autorisé par cette dernière au compte-goutte, conduit l'établissement, depuis 2016, à subir une sortie de cycle d'investissement relativement brutale.

L'ampleur du programme d'investissement conjugué à un profil d'endettement devenu inadapté a conduit à une atrophie du fonds de roulement. L'équilibre bilanciel du CHU repose anormalement sur un tirage de plus de 65 M€ sur ligne de trésorerie.

Le sous-investissement¹⁷, depuis 2017, et le risque de liquidité deviennent ainsi deux problématiques de gestion majeures pour le CHU de Toulouse.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, le CHU dispose d'atouts indéniables et notamment une reconnaissance en termes de qualité des soins, de rôle de référence, de recherche et de qualité des plateaux techniques. Il dispose d'un ensemble immobilier fortement rénové sur Purpan entre 2011 et 2016. Le dynamisme démographique de son bassin de vie constitue par ailleurs une véritable opportunité en termes de développement d'activité. Sa stratégie de coopération territoriale historique trouve aujourd'hui une expression renouvelée dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) et au-delà.

Il souffre en revanche d'une forte concurrence du secteur privé, d'un éparpillement des sites, d'une problématique de vétusté sur certains d'entre eux, d'un schéma capacitaire inadapté par rapport aux exigences du modèle de financement en tarification à l'activité. Les contraintes financières qui pèsent sur lui sont fortes et limitent son plan d'investissement.

¹⁷ Le ratio d'intensité de l'investissement est descendu à 3,32 % en 2017 et à moins de 3 % en 2018. Il est communément admis (ratio de la direction générale de l'offre de soins) que lorsque ce taux est inférieur à 3 % le patrimoine de l'établissement se dégrade. En 2018, le CHU parvenait difficilement à répondre à ses besoins de renouvellement courants.

Le projet d'établissement en cours d'élaboration a vocation à répondre aux contraintes actuelles en amenant l'établissement à se restructurer et à repenser l'organisation de son activité en intégrant la contrainte budgétaire.

2. UNE STRATÉGIE AXÉE SUR LA COOPÉRATION TERRITORIALE ET L'EXCELLENCE

La politique de coopération hospitalière du CHU et de soutien auprès des autres établissements publics de santé était inscrite en 2013 comme un des volets constitutifs du projet d'établissement (2013-2017) et a été reprise dans les objectifs contractualisés avec l'ARS dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2018. Les orientations stratégiques du projet médical du nouveau groupement hospitalier de territoire visent en parallèle à réorganiser les parcours de soins des patients, avec une augmentation potentielle du périmètre de recrutement de l'établissement. La direction commune mise en place en juin 2017 entre le CHU et le centre hospitalier (CH) de Lavaur permet par ailleurs la mise en place de filières de prise en charge sur le Tarn.

2.1. Une politique de coopération territoriale historique

Le CHU anime une politique régionale qui concerne l'ensemble des spécialités et disciplines, y compris médicotechniques comme la biologie, l'imagerie et la pharmacie.

Quatre spécialités sont ciblées au regard de l'antériorité de l'organisation du maillage régional, de leur caractère stratégique dans l'offre de soins hospitaliers et des résultats obtenus : la cardiologie, la neurologie, la néphrologie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL).

Cette politique de coopération qui associe le CHU et les doyens des facultés de santé mobilise les responsables hospitalo-universitaires des différentes disciplines et spécialités. Elle s'est déployée auprès des « hôpitaux pivot » de territoire de l'ancienne région Midi-Pyrénées, puis s'est élargie depuis 2016 au centre hospitalier de Carcassonne. Ces hôpitaux pivot sont ensuite devenus les établissements supports des GHT de la région Occitanie, dont Toulouse est le CHU de référence. Le CHU de Toulouse participe ainsi à huit des quatorze GHT de la région Occitanie¹⁸ par le biais de coopérations formalisées au sein de conventions d'association¹⁹ dont l'ARS avait fait une condition préalable à l'approbation du projet médical et de soins partagés. Le 25 juillet 2017, l'ARS faisait part de son avis favorable sur le modèle de convention d'association proposé par le CHU²⁰.

¹⁸ Le CHU de Toulouse est par conséquent le CHU de référence du GHT Cœur d'Occitanie (établissement support : CH de Castres-Mazamet), du GHT du Gers (Lavaur), du GHT du Lot (CH de Cahors), du GHT des Hautes-Pyrénées (CH de Bigorre Tarbes), du GHT de l'Ouest Audois (CH de Carcassonne), du GHT des Pyrénées Ariégeoises (CHI du Val d'Ariège), du GHT du Rouergue (CH de Rodez) et du GHT de Tarn et Garonne (CH de Montauban).

¹⁹ Le format des conventions d'association a été établi de manière harmonisée pour les établissements support des huit GHT associés et validé au mois de septembre 2017 par l'ARS Occitanie. Cette convention d'association est complétée en annexe par une feuille de route qui décline les principales actions de coopération retenues entre le CHU et chaque établissement support de GHT.

²⁰ Celui-ci était évalué par l'ARS comme étant strictement conforme aux quatre missions réglementaires prévues pour ces conventions selon le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, les articles R. 61132-3-1 et R. 6132-3 du code de la santé publique et « apportent une dynamique forte de coopérations au sein du territoire ».

Les modalités conventionnelles de coopération utilisées auprès des centres hospitaliers reposent sur des postes de praticiens hospitaliers (PH) et d'assistants spécialistes partagés, des consultations avancées, des conventions de formation, des conventions permettant un accès au plateau technique du CHU (cf. § 2.3.1) et des accords conventionnels organisant le recours au CHU pour la réalisation de la biologie spécialisée de niveau 3 et pour la réalisation des activités de recours en pharmacie hospitalière (activités de pharmacotechnie).

Pour les établissements membres du groupement hospitalier de territoire dont le CHU est l'établissement support, les mêmes outils et modalités ont été déployés. S'y ajoute trois modalités complémentaires : la structuration de fédérations médicales inter-hospitalières, la constitution d'un pôle inter-établissements, le développement d'équipes mobiles « hors les murs » (cf. *infra* § 2.2).

Un partenariat a en outre été développé avec le CHU de Montpellier concernant la prise en charge des grands brûlés et les consultations de chirurgie cardio-pédiatrique.

Cette stratégie de coopération territoriale s'est traduite par un élargissement de la zone d'attractivité du CHU. Elle a permis de consolider certaines activités dans les établissements du GHT et plus largement de l'Occitanie Ouest.

Il résulte des effets conjugués de la forte concurrence des établissements privés toulousains et de la politique de coopération territoriale du CHU une situation paradoxale : le CHU affiche un rayon de recrutement particulièrement important, mais se trouve concurrencé sur son activité de proximité par les cliniques privées.

2.2. L'articulation avec le groupement hospitalier de territoire

2.2.1. Périmètre, caractéristiques et objet du groupement hospitalier de territoire

Le CHU de Toulouse est l'établissement support du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest constitué au mois de juillet 2016. Il comprend sept établissements, dont cinq en Haute-Garonne et deux dans la partie Ouest du Tarn : le CHU de Toulouse, le CH Gérard Marchant (établissement de santé mentale de Toulouse), le CH de Muret, le CH Comminges Pyrénées en direction commune avec les hôpitaux de Luchon, le CH de Lavar et le CH de Graulhet.

Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest est l'un des 14 GHT de la région Occitanie. Il présente plusieurs singularités :

- il est le premier GHT de la région en activité et en masse budgétaire ;
- il dessert en proximité immédiate une agglomération urbaine représentant 23 % de la population de la région Occitanie ainsi que des territoires ruraux ou de haute montagne soit au total, près d'un quart de la population régionale ;
- son territoire s'étend de la frontière espagnole jusqu'au centre du Tarn.

Le GHT a pour objet de promouvoir une politique de coopération et d'échanges entre les partenaires, conforme à leur volonté de poursuivre et d'affermir la stratégie d'alliance entre établissements publics de santé ; d'organiser des parcours de soins spécialisés accessibles à tous les patients dans le cadre d'une prise en charge graduée, sécurisée et de qualité ; d'assurer une rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions afin de rechercher une meilleure efficacité collective dans le cadre d'actions de gestion, coordonnées et concertées.

Les liens tissés par le CHU de Toulouse avec les autres établissements publics de santé du territoire, sont le fruit d'une politique ancienne. Des actions fédèrent de longue date ces établissements dans le cadre des filières de soins coordonnées, à l'exemple des actions conduites par le Gérontopôle pour le parcours de soins des personnes âgées.

Les instances du GHT sont réunies régulièrement depuis leur installation en 2016 (cf. annexe 2). Les rencontres entre les différents partenaires ont permis, au-delà de l'objet général du GHT, de s'accorder sur quatre orientations stratégiques principales :

- la valorisation de l'offre de soins publique sur le territoire ;
- l'organisation de parcours de soins spécialisés ;
- une politique commune de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux, support de l'organisation de futures équipes médicales territoriales communes ;
- le développement de pratiques de soins modernisées dans le cadre de prises en charge graduées.

Un plan d'actions, décliné auprès d'une dizaine de groupes de travail, a été mis en place afin de poursuivre l'élaboration du projet médical partagé et d'envisager l'organisation coordonnée des activités médico techniques et des fonctions support au sein du GHT.

La convention constitutive du GHT, ses quatre annexes et son avenant n° 1 ont été approuvés par décision de la directrice générale de l'ARS Occitanie du 3 avril 2017. Le 15 décembre 2017, un deuxième avenant a été signé, complétant la convention constitutive avec le projet médical partagé.

2.2.2. Un projet médical partagé et un projet de soins partagé ambitionnant une forte intégration territoriale

Les modalités d'élaboration du projet médical partagé (PMP) ont été validées par le collège médical et le comité stratégique les 16 et 20 décembre 2016.

Six filières prioritaires ont été retenues : urgences et soins critiques (dont AVC), soins de suite et de réadaptation (SSR), personnes âgées et vieillissement, psychiatrie et santé mentale (dont le pilotage est assuré par la communauté psychiatrique de territoire (CPT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest), femme-mère-couple-nouveau-né, enfants, cancers et soins de support.

Compte tenu de la nécessaire complémentarité entre le PMP et le projet de soins partagés, le GHT a conduit l'élaboration des deux projets de façon concomitante et concertée.

Le PMP prévoit la structuration de quatre fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) : pharmacie, biologie, imagerie et gynécologie-obstétrique. Ces quatre FMIH ont vocation à évoluer et à se structurer à terme sous la forme plus intégrative de pôles inter-établissement (PIE). Il a été par ailleurs retenu la constitution d'un PIE de gériatrie de territoire.

Par ailleurs, dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, les établissements du groupement ont délégué à une CPT l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés de la filière.

Le projet médical et de soins partagés a été validé en collège médical et en comité stratégique lors des séances du 16 juin 2017, puis adressé à l'ARS en date du 25 septembre 2017.

L'ARS l'a jugé conforme au projet régional de santé, mais a toutefois souhaité l'approfondissement de certains points du projet médical, qui fait l'objet de l'avenant n° 2 à la convention constitutive du groupement. Le circuit de présentation formelle du projet médical et de soins partagés auprès des instances s'est achevé le 15 décembre 2017.

En conclusion, le projet médical et de soins partagés témoignent d'une ambition d'intégration territoriale marquée et structurée autour de filières de prise en charge, aboutissement de coopérations territoriales anciennes, en cohérence avec le projet régional de santé.

2.2.3. Les fonctions assurées par le centre hospitalier universitaire en qualité d'établissement support

En sa qualité d'établissement support du GHT, le CHU a mis en place des groupes de travail pour chaque fonction support (achats, système d'information, information médicale, formation).

Un organigramme de la fonction achat a été validé en comité stratégique le 4 décembre 2017. En déclinaison de cet organigramme, des conventions de mise à disposition auprès de l'établissement support à hauteur d'une quotité de temps de 5 % pour chaque établissement membre ont été élaborées. Pour autant, tous les acheteurs sont restés en place dans chacun des établissements. Leur périmètre d'action a cependant évolué, puisqu'ils ont gardé leur délégation jusqu'à 25 000 €, le reste des achats étant désormais centralisé au CHU de Toulouse dont les équipes sont demeurées stables. À ce jour la mutualisation des achats n'a pas engendré d'économies en termes d'effectifs²¹. Le plan d'action achat de territoire a également été élaboré fin 2017 et une convention de groupement de commande a été passée afin de pouvoir anticiper la passation des marchés à l'échelle du GHT avant le 1^{er} janvier 2018. Le CHU de Toulouse représentant 91 % des achats, les gains achats attendus en termes de mutualisation demeurent pour l'instant limités²².

S'agissant de l'information médicale, une structure fédérative a été retenue pour l'instauration d'un département d'information médicale de territoire.

La mise en œuvre d'une politique de sécurité commune avec un responsable de la sécurité des systèmes d'information commun est en cours. Des travaux et profils de poste ont été réalisés. La validation d'une organisation cible, entre l'établissement support et les établissements parties, sur le volet sécurité est prévue au début du 4^{ème} trimestre 2019. Le schéma directeur du système d'information (SDSI) accompagné de chantiers priorités pour l'année 2018, témoigne d'une convergence d'ores et déjà élevée pour 16 des 33 applications informatiques. Ce SDSI est décliné entre les applications relatives aux patients, celles sur les ressources humaines et celles relatives aux autres logiciels. À l'échelle du GHT, le coût global de la convergence des système d'information n'a pas été évalué.

²¹ Il y a eu effectivement plusieurs départs successifs des référents achats des établissements parties (CH de Saint-Gaudens, CH de Lavaur, CH G. Marchant).

²² Le CHU de Toulouse a généré 95 % des gains achats enregistrés en 2017. Le CHU a bénéficié de gains (fruits et légumes, location de véhicules...), mais ces cas restent marginaux. En revanche, les établissements parties vont bénéficier d'un effet prix important sur leurs achats liés à la mise en place de la fonction achat de GHT, notamment à travers l'harmonisation de la politique de recours aux centrales et groupements d'achat. Si les années 2018 et 2019 ont permis de dégager des économies sur certains segments, l'heure est encore à la convergence des marchés et non encore à l'optimisation des achats au niveau du GHT.

Enfin, s'agissant de la fonction ressources humaines, un plan d'action a été approuvé par le comité stratégique. Ce plan d'action intègre notamment l'élaboration du plan de formation 2019 avec une partie commune aux sept établissements du groupement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, le CHU assume les missions qui lui sont réglementairement dévolues en sa qualité d'établissement support. Il a respecté le calendrier de déploiement prévu.

2.3. Le rôle du centre hospitalier universitaire dans l'organisation territoriale des soins

2.3.1. Le partage de la ressource médicale

2.3.1.1. Les modalités de gestion partagée de la ressource médicale

L'offre de soins hospitaliers en Occitanie Ouest, en dehors du CHU, est organisée autour de CH de taille relativement modeste et fortement fragilisés par les contraintes de la démographie médicale, d'une part, par la concurrence des cliniques privées et par l'attractivité de la métropole toulousaine, d'autre part.

En réponse, une démarche associant l'ARS, les facultés de santé et le CHU est conduite chaque année pour objectiver et prioriser, dans le cadre du comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé²³, un rééquilibrage des quotas d'internes accordés aux facultés toulousaines. Une cartographie régionale des postes médicaux a été également mise en place à partir des années 2010 sous l'égide de la fédération hospitalière de France Midi-Pyrénées. Cette cartographie régionale permet d'identifier les postes occupés par statut et les postes vacants ainsi que les départs à la retraite prévisionnels et d'ici 3-5 ans, les postes médicaux impactés par des projets institutionnels (restructurations ou ouverture de nouvelles activités).

Les coopérations territoriales évoquées précédemment ont également vocation à répondre à cette problématique et se sont notamment traduites par le partage de la ressource médicale.

Il en est ainsi de la coopération qui a été établie, à compter de 2009, à la demande de l'ARS, au profit du centre hospitalier de Lavaur. Plusieurs postes de PH temps plein avec un exercice partagé ont été constitués à titre d'exemple au cours des années passées en cardiologie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie et hygiène hospitalière. Cela s'est également traduit par l'ouverture de postes d'assistants spécialistes à temps partagé.

Cette coopération s'est ensuite poursuivie et amplifiée à l'occasion de la mise en place du GHT.

Le CHU a ainsi accompagné, par la mobilisation de ses praticiens de radiologie, l'ouverture d'une activité d'IRM au centre hospitalier Comminges-Pyrénées (Saint-Gaudens) au mois de mai 2017 (présence sur site et, pour les périodes d'astreinte et de congés, par téléradiologie à partir du

²³ L'observatoire national de la démographie des professions de santé, créé en 2003, auprès du ministre chargé de la santé, est une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé.

CHU). Il assume de la même façon, depuis 2012, l'organisation médicale du service d'imagerie du CH de Lavaur.

Plus globalement, l'amélioration de la gestion de la démographie médicale s'est déployée dans deux directions pour les établissements membres du GHT : d'une part, la consolidation d'équipes médicales fragiles et l'anticipation de leur renouvellement et, d'autre part, la mise en place de nouvelles activités en secteur hospitalier public pour des spécialités concurrentielles (urologie, ophtalmologie, néphrologie...).

Fin 2017, les personnels médicaux partagés entre le CHU et les autres établissements de santé de la région Ouest Occitanie concernaient trois catégories principales de praticiens et de situations :

- les assistants spécialistes à temps partagé : un *pool* de 90 postes d'assistants à temps partagé partagés entre le CHU et 18 CH employeurs (partage de temps CH-CHU à hauteur de 60/40 ou de 50/50 au cours des deux années d'assistantat partagé) ;
- des praticiens titulaires du CHU exerçant une partie de leurs activités auprès des CH de la région Ouest Occitanie (professeur des universités-praticien hospitalier – PU-PH, maître de conférence des universités-praticien hospitalier – MCU-PH, PH, chef de clinique des universités-assistant hospitalier – CCU-AH et assistant hospitalier universitaire – AHU) : 110 praticiens titulaires impliqués au total dans le cadre de deux modalités organisationnelles alternatives ;
- les praticiens des CH qui exercent une partie de leurs activités au sein du CHU : une quarantaine de praticiens sont concernés au total soit dans le cadre de conventions de formation, soit dans le cadre d'un accès au plateau technique du CHU ou encore dans le cadre d'une expertise et d'une compétence reconnue au PH et exercée au sein du CHU.

Malgré les efforts déployés par le CHU pour partager la ressource médicale, la problématique de la désertification progressive de certaines zones géographiques, pour des spécialités connaissant de profondes difficultés démographiques, à savoir l'anesthésie, la neurologie, l'hématologie, perdure et s'accroît. La raréfaction de certaines compétences, alors que les besoins de santé progressent avec le vieillissement de la population et l'arrivée de nouveaux actifs en Occitanie, suscite un effet ciseau que le fonctionnement en GHT ne permet pas, à ce jour, de compenser pleinement mais simplement d'écrêter.

2.3.1.2. La problématique de la permanence des soins

Le schéma-cible de la permanence des soins des établissements de santé (PDSES) a été réalisé au sein de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Ce schéma-cible distingue les lignes de permanence des soins qui correspondent à une mission territoriale de proximité et, pour certaines spécialités ou activités soumises à un régime d'autorisation particulier, des lignes de recours régional qui sont l'apanage quasi-exclusif du CHU (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, SOS mains, grands brûlés à titre d'exemples).

La répartition de la dotation régionale (dotation du fonds d'intervention régional dédiée à la PDSES maintenue depuis 2013 à hauteur annuelle de 30 M€ sur l'ancienne région Midi-Pyrénées) se caractérise par la part importante, à hauteur d'un tiers environ soit 10 M€, versée aux cliniques privées à but lucratif. Le CHU reçoit pour sa part une dotation de 8,5 M€. La part restante est accordée aux CH et aux quelques établissements de santé privé d'intérêts collectifs de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

Les règles adoptées par l'ARS ne prennent en compte ni les lignes de gardes des internes ni le surcoût des CHU associé à la participation aux gardes des personnels hospitalo-universitaires. Le nouveau schéma régional de la PDSSES élaboré pour le projet régional de santé 2022 et de la région Occitanie, est de surcroît plus restrictif dans le financement des lignes. Il fait ressortir le décalage croissant entre les lignes de PDSSES déployées par le CHU et celles faisant l'objet d'un financement (cf. *infra* § 7.2.3).

Le CHU apporte son assistance en matière de PDSSES aux établissements du GHT en organisant la participation de ses praticiens seniors, dans le cadre de conventions inter-hospitalières, aux activités de gardes et astreintes en gynécologie-obstétrique pour les maternités de Lavour et de Saint-Gaudens²⁴, aux astreintes d'imagerie du CH de Lavour et, à hauteur de 50 %, aux astreintes de l'IUCT Oncopôle à Langlade.

Le système de financement de ces activités de permanence des soins est toutefois jugé insuffisamment incitatif à la fois par l'établissement et par les praticiens qui s'y prêtent, ce qui se traduit par des difficultés de recrutement et des départs de jeunes praticiens : ces derniers s'orientent davantage vers les cliniques qui exposent leurs cliniciens à des horaires plus cléments ou proposent des activités d'urgences sélectionnées et mieux rémunérées à l'acte pour le praticien qui les réalise.

2.3.2. Le bilan des coopérations territoriales

Les coopérations territoriales ont été instaurées afin :

- d'améliorer localement, c'est-à-dire pour les différents CH, la réponse aux besoins de santé et de renforcer l'activité de ces CH en difficulté ;
- de renforcer les liens entre les CH partenaires et le CHU, et ainsi améliorer globalement l'efficacité et la qualité des soins ;
- de renforcer la fonction de recours du CHU.

S'agissant de l'activité de gynéco-obstétrique des CH de Lavour et de Saint-Gaudens, les coopérations territoriales déployées par le CHU ont permis de sécuriser l'activité, mais ne sont toutefois pas parvenues à endiguer la diminution de leur nombre d'accouchements.

tableau 2 : Évolution respective du nombre d'accouchements au centre hospitalier universitaire de Toulouse, au centre hospitalier de Saint Gaudens et au centre hospitalier de Lavour

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol°
CHU de Toulouse	4 551	4 623	4 523	4 869	4 876	4 720	169
CH de Saint Gaudens	533	515	509	474	454	448	- 85
CH de Lavour	690	644	663	659	633	626	- 64

Source : CRC à partir d'Hospidiag

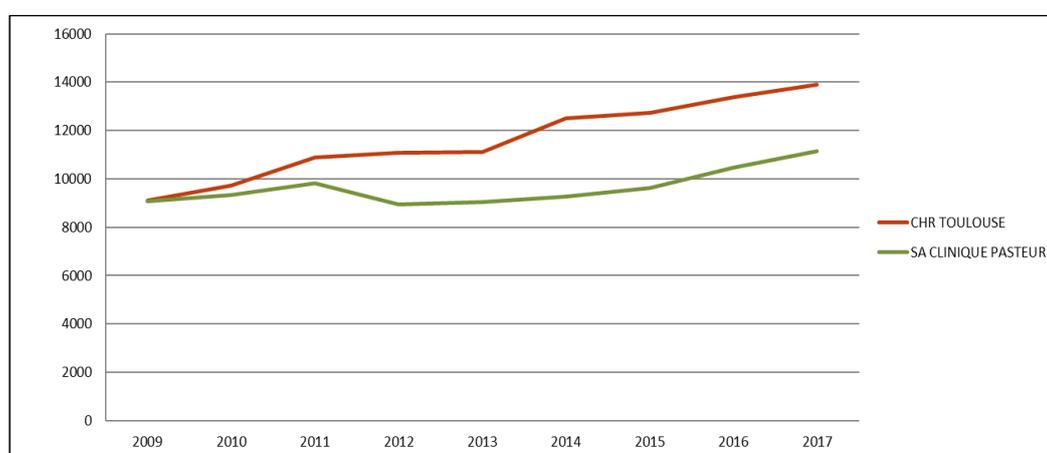
²⁴ Les astreintes de la maternité du CH Comminges-Pyrénées (Saint-Gaudens) ont été ainsi reprises à hauteur d'un week-end par mois par le CHU depuis février 2018. Cette action, inscrite à titre prioritaire dans le projet médical partagé, a permis de réduire la pénibilité associée à la permanence des soins pour les praticiens de Saint-Gaudens et le recours aux médecins remplaçants et intérimaires lors de ces périodes de week-end.

S'agissant des autres champs d'activité, l'effet des coopérations régionales sur l'évolution de l'activité au sein des différents établissements partie n'est pas précisément évalué pour toutes les disciplines.

Toutefois, une analyse spécifique pour les activités de cardiologie et de néphrologie a été réalisée.

S'agissant de la cardiologie, la mise en place de coopérations avec différents établissements de la région a permis au CHU de conforter son positionnement par rapport à son principal concurrent, la clinique Pasteur (cf. annexe 3).

graphique 4 : Évolution respective des séjours de cardiologie du centre hospitalier universitaire de Toulouse et de la clinique Pasteur



Source : CHU de Toulouse, DIM

Les hôpitaux partenaires du CHU dans le cadre de ces coopérations régionales ont tous bénéficié d'un regain d'activité mais dans des proportions plus ou moins importantes.

Ainsi l'activité hospitalisation en cardiologie :

- a légèrement progressé au centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège depuis 2014, après une diminution du même ordre entre 2012 et 2014. Globalement entre 2009 et 2017, les séjours de cardiologie du centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège ont progressé (+ 260 séjours environ), mais plus faiblement que le nombre de séjours de cardiologie effectués au CHU pour des patients résidant en Ariège (+ 357 séjours). Depuis 2012, le CHU réalise plus de séjours pour des patients en provenance d'Ariège que la clinique Pasteur²⁵ ;
- a fortement progressé (+ 1 119 séjours) au centre hospitalier de Rodez tandis que le nombre de séjours de cardiologie effectués par le CHU pour des patients provenant du territoire de santé « Rodez-Decazeville » progressait faiblement (+ 104 séjours). Les séjours en provenance de ce territoire de santé réalisés par le CHU de Toulouse dépassent ou égalent depuis 2011, ceux réalisés par la clinique Pasteur ;
- a tendanciellement été confortée au CH d'Auch (+ 57 séjours) entre 2009 et 2017. L'essentiel de la croissance du nombre de séjours en provenance du Gers s'est faite au bénéfice tant du CHU de Toulouse (+ 232 séjours) que de la clinique Pasteur (+ 209 séjours).

²⁵ La clinique Pasteur n'a que peu augmenté le nombre de séjours de cardiologie qu'elle réalise sur des patients en provenance d'Ariège (+ 66 séjours) entre 2009 et 2017 ; soit une progression (+ équivalente à celle enregistrée par la polyclinique du Parc sur ce même périmètre (+ 63 séjours).

S'agissant de la néphrologie, un constat similaire peut être effectué puisque l'activité :

- a légèrement augmenté au centre hospitalier du Val d'Ariège entre 2009 et 2017 (+ 22 séjours) ; l'essentiel de la croissance de l'activité de néphrologie sur les patients en provenance d'Ariège ayant été réalisée par le CHU (+ 107 séjours) ;
- a légèrement progressé au CH de Lavaur (+ 18 séjours) tandis que le nombre de patients de néphrologie en provenance du territoire de santé de Castres-Mazamet-Lavaur se faisant hospitaliser au CHU de Toulouse était en faible diminution sur la période 2009-2017 (- 14 séjours) ;
- a fortement progressé au CH de Cahors (+ 196 séjours environ) alors que le nombre d'hospitalisations de patients de néphrologie au CHU de Toulouse en provenance du Lot progressait également mais plus faiblement (+ 28 séjours).

Globalement en cardiologie et en néphrologie, la mise en place des coopérations régionales a permis aux établissements publics de conserver, voire de conforter leur niveau d'activité et d'endiguer partiellement le phénomène de fuite vers les structures privées toulousaines. Ces coopérations sont vitales tant pour le CHU que pour les hôpitaux publics partenaires dans un contexte de concurrence accrue du secteur privé. La répartition de l'activité entre le CHU de Toulouse et les établissements publics partenaires est cependant très variable en fonction des territoires avec un phénomène d'attractivité de Toulouse plus marqué pour le territoire ariégeois que pour les autres territoires de santé bénéficiaires de ces coopérations régionales.

Le bilan des coopérations régionales doit être poursuivi et élargi aux autres disciplines.

2.3.3. L'Oncopôle : un pôle d'excellence innovant, une gouvernance bicéphale, un modèle économique et financier complexe

La prise en charge du cancer constitue un enjeu de santé publique auquel l'Occitanie Ouest a voulu apporter une réponse à vocation structurante.

L'Oncopôle devait initialement fusionner les moyens du CHU de Toulouse en cancérologie avec ceux du centre de lutte contre le cancer Claudius Regaud au sein d'un nouvel établissement moyennant un investissement financé intégralement par l'État (à hauteur de 300 M€, montant aujourd'hui porté à plus de 490 M€).

Il s'est agi ensuite de créer un label en matière de cancérologie (IUCT) regroupant, au-delà de l'Oncopôle, les acteurs publics et privés en cancérologie et permettant d'assurer visibilité et synergies dans la prise en charge des cancers.

La création de l'IUCT ambitionnait ainsi de clarifier et rationaliser les modalités d'organisation et de prise en charge du cancer en Occitanie Ouest (cf. annexe 3). Au plan médical, la création de l'Oncopôle et de l'IUCT a permis la structuration de la cancérologie régionale et, pour le site toulousain, de devenir un véritable pôle d'excellence (le troisième site de cancérologie français).

Toutefois, l'Oncopôle demeure une source de complexité et l'organisation ainsi que le système de refacturation retenus limitent les marges de manœuvre du CHU dans ses efforts d'amélioration de l'efficacité.

En premier lieu, l'Oncopôle est implanté à distance des sites de cancérologie publics qui lui préexistaient et des autres plateaux techniques et centres de prise en charge hospitaliers. Son implantation sur cet ancien site industriel éloigné et ne bénéficiant pas d'infrastructures d'accueil préexistantes (accès, parking, crèches, etc.) a engendré d'importantes difficultés logistiques pour acheminer les personnels, les matériels et produits médicaux. L'ordonnateur indique toutefois que « le lancement de la construction du téléphérique qui reliera l'Université, l'Oncopôle et Rangueil, permettra de simplifier les flux entre les sites.

La création de ce nouveau site a imposé l'ouverture d'un plateau technique complet supplémentaire (imagerie, blocs relevant du bloc de compétence de l'institut Claudius Regaud – ICR – et la réanimation relevant du bloc de compétence du CHU) avec les coûts afférents en termes d'équipes spécialisées et de permanence des soins.

Contrairement à ce qui avait été souhaité initialement, la création de l'Oncopôle ne s'est pas faite au sein d'un établissement autonome, mais a regroupé au sein d'une même structure immobilière (dont la gestion est assurée par un GCS CUC) le CHU de Toulouse et le centre de lutte contre le cancer (CLCC) Claudius Regaud qui se sont répartis l'activité de cancérologie selon des blocs de compétences. Ce choix a été réalisé, faute d'avoir pu envisager d'intégrer le CLCC au CHU. La gouvernance de la structure se caractérise ainsi par une bicéphalie et une stratification décisionnelle.

La coexistence de deux établissements juridiquement et financièrement distincts a en outre conduit à mettre en place un système de refacturations croisées pour les prestations fournies à l'Oncopôle par le CHU et le CLCC.

encadré 1 : L'Oncopôle, une charge financière pour le centre hospitalier universitaire

Dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) de l'IUCT Oncopôle, le CHU et l'ICR « sont amenés à mettre en commun un certain nombre de leurs moyens et services à l'occasion de l'exercice de leurs activités. L'ensemble de ces flux est fixé dans le modèle économique et financier de l'IUCT-Oncopôle [...], lequel a été validé par les deux établissements le 29 septembre 2014 puis modifié le 28 octobre 2015 »²⁶. Ce n'est toutefois qu'en 2016 qu'une convention a été établie afin de définir les principes d'une refacturation exhaustive des flux financiers entre les deux membres. Il a fallu attendre l'exercice 2017 pour que les partenaires valident le principe d'une redevance relative aux charges de gros entretien et réparation des bâtiments de l'Oncopôle, redevance facturée par le GCS IUCT-Oncopôle.

La seule marge nette (c'est-à-dire hors charges de structures) telle qu'elle ressort des comptes de résultat analytiques du CHU pour « l'IUCT Oncopôle CHU » était de - 324 981 € en 2016 et de - 1 134 918 € en 2017²⁷.

Les activités telles qu'organisées, valorisées et refacturées sur le site de l'Oncopôle contribuent donc à ce jour à alourdir le déficit du CHU²⁸.

S'agissant des blocs de compétences gérés par le CHU de Toulouse, les charges afférentes ne font pas l'objet d'une imputation sur une unité fonctionnelle distincte, ce qui interdit tout pilotage des dépenses en question. Cette situation tend à rendre moins lisible l'analyse des comptes financiers du CHU de Toulouse, qui sont parasités par diverses recettes et charges relevant de l'Oncopôle.

²⁶ Source : MEF IUCT-Oncopôle, convention 2018-001.

²⁷ Source : CREA CHU Toulouse

²⁸ L'ancien ordonnateur précise que « si les cibles d'activité étaient atteintes, l'impact de la création de l'IUCT pour le CHU devait être légèrement bénéficiaire. Ces cibles étaient fixées sur la base d'une progression des activités et des recettes de 18 % [...]. Dès fin 2015, le CHU enregistrait dans les services transférés à l'Oncopôle une progression d'activité de 9 %. Mais courant 2015, l'ARS a jugé que le modèle de refacturation était trop favorable au CHU et a demandé une renégociation qui a été faite fin 2015 ».

Enfin, l'Oncopôle ne s'est pas substitué aux autres sites de cancérologie publique mais est venu s'y adjoindre du fait des limites inhérentes de son projet architectural initial²⁹. L'offre publique en cancérologie est donc aujourd'hui répartie sur trois sites : IUCT Purpan, IUCT Rangueil et IUCT-Oncopôle.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, si l'ouverture de l'Oncopôle en 2014 et la mise en œuvre de l'IUCT ont effectivement permis la création de filières structurées et réorganisées, la création d'un dossier régional en cancérologie et l'amélioration de la qualité des prises en charge, la multiplicité des sites de cancérologie publique, la complexité de gestion et de gouvernance de l'Oncopôle pénalisent l'efficacité du CHU de Toulouse. Le fort dynamisme de la cancérologie privée limite par ailleurs le développement de l'activité publique en cancérologie (cf. *infra* § 3.1.1.3).

L'optimisation des moyens dans le domaine de la cancérologie n'est donc pas aboutie.

2.4. Les priorités des projets d'établissement 2013-2018 et 2018-2022

2.4.1. Un projet 2013-2018 tourné vers le développement des pôles d'excellence

Le projet d'établissement 2013-2017³⁰ a présidé à la mise en œuvre des mutations architecturales et organisationnelles importantes initiées précédemment, visant la fin des hôpitaux miroirs, la modification des modalités d'accueil des usagers et de leurs familles et l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et des conditions de travail des professionnels. Ce projet intègre les axes du plan stratégique régional de santé.

Il s'articule autour de cinq lignes directrices dont la plus saillante, outre la suppression des hôpitaux miroirs précédemment évoquée, est la conciliation de l'excellence et de la proximité.

2.4.1.1. Le développement de l'excellence

S'agissant du développement de l'excellence le projet d'établissement 2013-2018 a identifié huit thématiques prioritaires de développement :

- le cancer (cf. *supra* § 2.3.3) ;
- les pathologies du vieillissement : le projet d'établissement ambitionnait de développer le dépistage et la prise en charge de la fragilité chez la personne âgée. Pour ce faire, le CHU a développé les capacités d'hospitalisation de gériatrie notamment grâce à l'accroissement des capacités de post-urgence gériatriques avec une spécialisation à dominante cardio-gériatrique sur le site de Rangueil et à dominante neuro-gériatrique sur le site de Purpan complétées par l'augmentation des capacités d'accueil en oncogériatrie. Le Gérontopôle s'est renforcé en qualité de pôle de coordination régional des actions sur le vieillissement ;

²⁹ L'ancien ordonnateur rappelle que « le fait que l'Oncopôle ne s'est pas substitué aux autres sites de cancérologie publique n'est pas une lacune de conception, mais résulte des conclusions du rapport ministériel Syrota Phillip, appuyé sur la constatation que le transfert de toutes les activités de cancérologie du CHU sur le site de l'Oncopôle n'était pas possible compte tenu des capacités du bâtiment construit. Par ailleurs il ne s'agit pas d'une simple apposition, la création de l'institut du cancer de Toulouse s'est accompagnée d'une redistribution des activités entre les sites et entre les trois sites et les deux partenaires de manière à créer une répartition des activités sans doublon ».

³⁰ Approuvé par le conseil de surveillance le 28 mars 2014.

- la prise en charge des mères et des enfants : il s'agissait d'adapter les capacités d'obstétrique à la croissance démographique de l'agglomération toulousaine, de restructurer la prise en charge de la gynécologie et d'adapter l'offre de pédiatrie du CHU. Cette restructuration a permis de consolider l'activité. Elle a eu pour conséquence une diminution du nombre de lits sur le pôle femme-mère couple, insuffisante toutefois dans un premier temps pour absorber les surcapacités en nombre de lits malgré la hausse de l'activité d'obstétrique³¹. S'agissant du pôle enfants, les réorganisations mises en œuvre se sont traduites par une forte augmentation du nombre de lits (passé de 309 en 2013 à 346 en 2017)³². Il en est résulté un excédent capacitaire estimé à 36 lits jusque mi-2018. La hausse de l'activité d'obstétrique par la suite a conduit à réviser ce constat ;
- les pathologies de la tête : la prise en charge de ces pathologies contribue à l'expression de l'excellence toulousaine aux niveaux national et international. Le projet d'établissement 2013-2018 ambitionnait de consolider ce pôle d'excellence. Le regroupement des activités de neurologie et de neurochirurgie au sein du nouvel hôpital PPR a été mis en œuvre en 2014, et a conforté le développement des activités de neurochirurgie et des activités de recours afférentes (notamment par télé-médecine) pour les établissements de la région et de l'inter-région. Sur le même site est positionné l'unité neuro-vasculaire de référence ou de recours régional notamment grâce à la télé-médecine, à proximité immédiate de la neurochirurgie et de la neuroradiologie interventionnelle, permettant un parcours AVC optimisé. Sur le même site ont été réorganisées les activités céphaliques, l'ophtalmologie, l'ORL, la chirurgie maxillo-faciale et l'odontologie afin de permettre leur développement ;
- les pathologies cardio-vasculaires : le projet d'établissement 2013-2018 ambitionnait de conforter le positionnement du CHU dans les domaines du cœur et des vaisseaux. La création d'un secteur d'hospitalisation ambulatoire mutualisé, la mise en place d'une unité de cardiogériatrie au sein du post-urgences gériatriques, la réorganisation des lits d'hospitalisation par regroupement des lits de surveillance continue, le développement de l'imagerie cardiologique et de plateaux techniques spécialisés devaient permettre la montée en puissance des activités de cardiologie médicale, de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. La forte concurrence du privé et notamment de la clinique Pasteur a cependant limité l'essor de cette discipline ;
- la nutrition et le métabolisme, l'appareil locomoteur et les activités de greffes constituent les trois derniers axes prioritaires.

Le projet d'établissement 2013-2018 mettait également l'accent sur la qualité et la sécurité des pratiques et l'intensification des activités de recherche et d'innovation en structurant mieux les activités dans ce domaine pour développer les programmes de recherche.

2.4.1.2. Répondre aux besoins de proximité

Le projet d'établissement 2013-2018 a identifié cinq axes pour approfondir le rôle structurant du CHU dans l'offre de soins de proximité : les urgences, la santé mentale, l'addictologie, les soins de suite et de réadaptation et la santé publique.

³¹ Sur le pôle femme-mère-couple s'est opéré un redimensionnement du secteur naissance ciblé sur la pré-naissance (cinq lits), qui ne s'est toutefois pas accompagné d'une révision à la baisse du capacitaire sur les grossesses pathologiques sur lequel était envisagé une réduction de 5 à 10 lits. Sur le pôle femme-mère-couple le nombre de lits est ainsi passé de 140 à 133 entre 2013 et 2017. Malgré ces réorganisations et l'augmentation de l'activité d'obstétrique, l'établissement faisait le constat en 2018 d'un excédent de 22 lits (16 en hospitalisation complète et cinq en hospitalisation de jour.

³² Notamment du fait de la consolidation de l'unité hivernale.

S'agissant des urgences, le CHU a mis en œuvre différentes mesures visant à fluidifier l'accueil des urgences dont la restructuration des locaux d'accueil des urgences et des capacités d'hospitalisation d'aval. Des mesures organisationnelles ont également été prises dont l'identification d'un circuit court avec les blocs et la mise en place d'une équipe de « *bed management* », mais à ce jour, réservé à la prise en charge des admissions aux urgences. Il persiste un nombre important de passages aux urgences pour des soins non urgents³³ et qui auraient vocation à être pris en charge dans le cadre d'une maison médicale de garde à proximité des urgences de Purpan.

S'agissant de la santé mentale, le déménagement des urgences au bâtiment URM a permis aux urgences psychiatriques de bénéficier de meilleures conditions d'hébergement, malgré l'existence de périodes de tension³⁴. La question de l'indisponibilité des lits d'aval en psychiatrie reste cependant entière. Les mesures concernant la pédopsychiatrie n'ont été que partiellement mises en œuvre.

Dans le domaine de l'addictologie, une filière a été structurée avec les pôles concernés (voies respiratoires, digestif, psychiatrie, urgences) ainsi qu'une consultation d'addictologie aux urgences, rattachée à la filière du pôle des urgences. De même une équipe de liaison de soins d'addictologie a été mise en place en juin 2015. Un hôpital de jour a été créé ainsi qu'une unité de sevrage complexe.

S'agissant des SSR, la réorganisation des filières doit être parachevée.

Enfin, un hôpital de santé publique a été ouvert sur le site de la Grave.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, le projet d'établissement 2013-2018 a permis de réelles avancées avec la constitution de sites thématiques visant à mettre fin aux hôpitaux en miroir. Il a par ailleurs autorisé le renforcement de filières de prises en charge et le développement des coopérations avec les autres hôpitaux de la région.

Alors que sa mise en œuvre a été rendue difficile par un contexte social tendu, l'établissement n'a pas été en mesure de réaliser les gains d'efficacité nécessaires pour endiguer la dégradation de sa situation financière (cf. *infra* § 6.5).

2.4.2. Le projet d'établissement 2018-2022 : une démarche participative visant à intégrer la contrainte budgétaire

Le projet d'établissement 2018-2022 a été élaboré dans le cadre d'une démarche participative, visant notamment à associer les équipes médicales et soignantes à la définition de ses axes stratégiques et opérationnels, dans un contexte financier contraint et un climat social tendu.

³³ En 2017, 24 % d'adultes (sur 70 000 passages environ) et 35 % des enfants enregistrés aux urgences adultes et pédiatriques requièrent des soins non-urgents (classification infirmière des malades aux urgences 5) et auraient pu être orientés vers une maison médicale de garde de proximité.

³⁴ L'ouverture en juin 2015 d'une unité d'hospitalisation de courte durée fermée permet d'accueillir plus dignement les patients accueillis sans consentement et nécessitant un secteur protégé.

Ce nouveau projet d'établissement se caractérise par la poursuite des objectifs d'excellence se déclinant notamment dans les domaines de la génomique, de l'intelligence artificielle et de la e-santé et devant se traduire par une structuration plus « dynamisante » de la recherche.

Un accent est également mis sur la réponse aux besoins d'une population en croissance constante, l'amélioration des prises en charge et la facilitation du parcours du patient : en externe, par le renforcement des coopérations territoriales ; en interne, par la restructuration des sites et l'ouverture des goulets d'étranglement.

Ce projet d'établissement s'articule autour de deux opérations majeures de restructuration : le projet du GHRE et la densification du site de Rangueil par la vente du site de Larrey. Ces deux opérations, par la réduction et l'optimisation des surfaces qu'elles induisent, doivent contribuer, selon les projections actuelles, à la reconstitution des marges financières du CHU (cf. *infra* § 6.5).

3. ACTIVITÉ ET PERFORMANCE

3.1. Une activité dynamique, mais fragilisée par la concurrence

3.1.1. L'activité d'hospitalisation

3.1.1.1. Une progression de l'activité d'hospitalisation plus nette sur l'ambulatoire

Depuis 2013, l'évolution globale de l'activité du CHU est tendanciellement marquée par une progression des séjours.

De 2012 à 2017, l'évolution de l'activité se présente de la manière suivante :

- en médecine, elle a connu une progression relativement dynamique (+ 14,9 %) tant en hospitalisation complète (+ 16,3 %) qu'en ambulatoire (+ 13 %) ;
- en chirurgie, la légère diminution des séjours d'hospitalisation complète (- 3,9 %, soit une perte d'environ 1 300 séjours) a été plus que compensée par la progression de la chirurgie ambulatoire (+ 49 % soit un gain de 5 200 séjours depuis 2012) ;
- en obstétrique en revanche, si l'activité d'hospitalisation complète conserve une dynamique de croissance (+ 8,3 % soit + 496 séjours depuis 2012), l'activité ambulatoire connaît un repli de 14,4 % (- 292 séjours depuis 2012), si bien que l'activité globale d'obstétrique n'affiche qu'une faible croissance tendancielle entre 2012 et 2017 (+ 2,6 %) et diminue depuis 2015. Un rebond s'est toutefois amorcé fin 2018.

Au total, le nombre de séjours affiche une croissance de 12,9 % avec une progression du secteur ambulatoire proportionnellement deux fois plus importante (+ 18,1 %) que celle de l'hospitalisation complète (+ 9,7 %).

Toutefois, les modalités de facturation des séjours hospitaliers publics ont été alignées sur celles du secteur privé à compter du 1^{er} janvier 2016, par référence à l'arrêt du Conseil d'État du 30 juin 2015. Ainsi, le périmètre sur lequel se fondent les établissements pour facturer leurs prestations est désormais identique (notion d'entité géographique). Cette mesure a eu pour corollaire de générer, au CHU de Toulouse, 3 671 séjours supplémentaires en 2016 (soit + 7,7 M€). Retraité de ce changement de comptabilisation des séjours multi-sites, la progression du nombre de séjours passe de 12,9 % à 11 %.

Les séances affichent une croissance plus de deux fois plus importante en proportion (+ 30,3 %) portant ainsi la croissance de l'activité d'hospitalisation (séjours et séances confondus) à 16,8 % depuis 2012.

tableau 3 : Évolution du nombre de séjours (hospitalisation complète et ambulatoire) et nombre de séances (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en %
Nombre de séjours de médecine (HC)	67 880	68 094	70 641	73 906	78 873	78 957	16,3%
Nombre de séjours de chirurgie (HC)	32 496	32 510	32 396	31 986	31 495	31 222	-3,9%
Nombre de séjours d'obstétrique (HC)	5 955	6 079	6 203	6 524	6 630	6 451	8,3%
Total séjours d'hospitalisation complète	106 331	106 683	109 240	112 416	116 998	116 630	9,7%
Nombre de séjours de médecine (ambulatoire)	51 652	51 304	54 652	55 687	57 358	58 366	13,0%
Nombre de séjours de chirurgie (ambulatoire)	10 659	11 172	12 057	12 868	14 777	15 877	49,0%
Nombre de séjours d'obstétrique (ambulatoire)	2 021	2 066	2 072	2 044	1 881	1 729	-14,4%
Total séjours ambulatoire	64 332	64 542	68 781	70 599	74 016	75 972	18,1%
Total des séjours (HC et ambulatoire)	170 663	171 225	178 021	183 015	191 014	192 602	12,9%
<i>dont médecine (HC et ambu)</i>	119 532	119 398	125 293	129 593	136 231	137 323	14,9%
<i>dont chirurgie (HC et ambu)</i>	43 155	43 682	44 453	44 854	46 272	47 099	9,1%
<i>dont obstétrique (HC et ambu)</i>	7 976	8 145	8 275	8 568	8 511	8 180	2,6%
Nombre de séances de chimiothérapie	13 577	12 424	12 514	13 238	14 928	15 532	14,4%
Nombre de séances d'hémodialyse	18 591	18 960	21 172	22 628	22 280	22 868	23,0%
Nombre de séances autres	16 917	19 268	20 853	23 008	24 249	25 557	51,1%
Nombre total de séances	49 085	50 652	54 539	58 874	61 457	63 957	30,3%
Nombre total de séjours et séances	219 748	221 877	232 560	241 889	252 471	256 559	16,8%

Source : Hospidiag

Au-delà de cette croissance tendancielle sur la période 2012-2017, un ralentissement de cette progression est à relever à compter de 2017.

L'exercice 2017 marque en effet une rupture par rapport à la progression d'activité observée entre 2010 et 2016. Entre 2010 et 2012, l'augmentation annuelle moyenne des séjours a été d'environ + 2 %, suivie d'une relative stabilité en 2013, puis d'une augmentation de plus de 4 % par an des séjours entre 2014 et 2016. En 2017, le rythme de progression a nettement ralenti, avec une baisse d'activité pour les séjours de plus de 24 heures et une progression des séjours de moins de 24 heures et des séances, marquant la bascule de l'activité du CHU vers les prises en charge en ambulatoire.

tableau 4 : Évolution des séjours entre 2010 et 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017							
	Nb	Nb	Evolution 2011/2010	Nb	Evolution 2012/2011	Nb	Evolution 2013/2012	Nb	Evolution 2014/2013	Nb	Evolution 2015/2014	Nb	Evolution 2016/2015	Nb	Evolution 2017/2016
Séjours > 24h	104 587	105 468	0,8%	106 689	1,2%	106 975	0,3%	109 570	2,4%	112 741	2,9%	117 263	4,0%	116 818	-0,4%
Séjours < 24h sauf séances	64 796	63 208	-2,5%	64 516	2,1%	64 653	0,2%	69 033	6,8%	70 796	2,6%	74 231	4,9%	76 208	2,7%
Séances	42 565	46 731	9,8%	49 085	5,0%	50 652	3,2%	54 569	7,7%	58 879	7,9%	61 501	4,5%	63 967	4,0%
Total	211 948	215 407	1,6%	220 290	2,3%	222 280	0,9%	233 172	4,9%	242 416	4,0%	252 995	4,4%	256 993	1,6%

Source : CHU, rapport du compte financier

Cette rupture tendancielle s'est confirmée sur les premiers mois de l'année 2018. Une reprise d'activité plus dynamique a cependant été constatée lors du dernier trimestre 2018 (+ 3,4 % en volume sur octobre et + 2,2 % en volume sur novembre).

3.1.1.2. Les activités de forte sévérité et de référence

La part des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 est de 9,94 % en 2017³⁵, soit au niveau du 2^{ème} décile des établissements de même catégorie et en-dessous de la moyenne des CHU pour 2017 (12,2 %³⁶). L'ordonnateur précise toutefois que sur une assiette restreinte aux séjours dont la durée est susceptible de les faire émarger au niveau de sévérité correspondant, les niveaux de sévérité 2, 3 et 4 du CHU les positionnent au deuxième rang des CHU.

S'agissant des groupes homogènes de malades (GHM) de recours ou de référence³⁷, ils représentent 5,17 % de l'activité du CHU en 2017³⁸, soit un niveau comparable à celui des autres CHU. Selon l'indicateur élargi de l'activité de référence retenu par l'ARS Occitanie³⁹, en 2016, 79,3 % des séjours hospitaliers de l'ancienne région Midi-Pyrénées classés en activité de référence ont été produits par le CHU de Toulouse. Ces séjours représentaient 8,5 % du total pour l'établissement mais 23,9 % des recettes T2A en lien avec les séjours hospitaliers du CHU (hors molécules onéreuses – MO – et dispositifs médicaux implantables – DMI), ce qui traduit la part significative des moyens consacrés à la mise en œuvre de ces activités et l'importance de leur valorisation pour l'établissement.

3.1.1.3. Une activité de cancérologie assurée en complémentarité avec le centre de lutte contre le cancer mais partagée pour moitié avec le secteur privé

Les prises en charge de patients atteints de pathologies cancéreuses en lien notamment avec des tumeurs malignes des tissus mous ou des os, des leucémies aiguës chez les enfants et justifiant de la mise en œuvre de traitements par rayonnements ionisants sont développées en complémentarité entre l'ICR et le CHU.

Ces deux acteurs n'ont cependant pas le monopole de l'activité de cancérologie sur le bassin toulousain et sont, de manière croissante, concurrencés par les établissements privés à but lucratif.

³⁵ Source indicateur Hospidiag A9, 2017.

³⁶ Source : base inter-CHU, base agrégée 2017, T17, sévérité.

³⁷ Les séjours dits de recours/référence sont les séjours réalisés dans les racines de GHM appartenant à la liste des activités « recours/référence » soit environ 12 % des racines de GHM. Ces activités ont été sélectionnées dans les activités réalisées à plus de 50 % dans les CHU en excluant les racines de GHM dont la durée moyenne de séjour est inférieure à 3 jours.

³⁸ Source, Hospidiag, indicateur A8.

³⁹ Selon le groupe de travail piloté par l'ARS Occitanie, composé d'experts et de statisticiens, une racine de GHM était considérée comme caractéristique d'une activité de référence, si un établissement réalisait, à lui seul, au moins 75 % de la production de soins de la région ; ou si trois établissements, au plus, réalisaient au moins 95 % de la production de soins de la région ; ou si une activité relevait du cadre des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire.

tableau 5 : Évolution respective de l'activité d'hospitalisation en cancérologie au sein des trois pôles toulousains (centre hospitalier universitaire, institut Claudius Regaud et pôle privé toulousain)

Catégorie d'Activité de Soins (CAS)	CHU de Toulouse			Institut C. Regaud			Établissements du pôle privé toulousain		
	2013	2017	évol. (%)	2013	2017	évol. (%)	2013	2017	évol. (%)
Chirurgie	3 775	4 284	13,5%	1 696	1 766	4,1%	6 627	8 048	21,4%
Techniques peu invasives	281	712	153,4%	69	135	95,7%	1 761	2 222	26,2%
Séjours sans acte classant	3 267	3 718	13,8%	338	331	-2,1%	2 531	2 394	-5,4%
Ensemble	7 323	8 714	19,0%	2 103	2 232	6,1%	10 919	12 664	16,0%

Source : PMSI MCO (ATIH), extrait étude IGAS 2017

tableau 6 : Parts de marché en cancérologie

Séjours Catégorie d'Activité de Soins (CAS)	2013					2017				
	CHU	ICR	Établ. du PPT	Autres	Total	CHU	ICR	Établ. du PPT	Autres	Total
Nombre de séjours	3 851	866	8 886	1 552	15 155	4 197	914	10 072	1 517	16 700
Chirurgie	22,4%	8,4%	62,1%	7,1%	100,0%	19,8%	7,4%	66,9%	5,8%	100,0%
Techniques peu invasives	7,6%	0,7%	75,2%	16,4%	100,0%	12,2%	2,1%	74,8%	10,9%	100,0%
Séjours sans acte classant	38,9%	3,0%	44,9%	13,3%	100,0%	42,6%	3,4%	39,4%	14,6%	100,0%
Erreurs	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ensemble des séjours	25,4%	5,7%	58,6%	10,2%	100,0%	25,1%	5,5%	60,3%	9,1%	100,0%

Source : PMSI MCO (ATIH), extrait étude IGAS 2017

L'organisation de la prise en charge de la cancérologie est donc atypique : le CHU de Toulouse n'assure, en groupement avec le CLCC de Toulouse, que 30 % des séjours de cancérologie du ressort, 60 % étant réalisés par les établissements privés toulousains. Le poids du secteur privé s'est en outre légèrement accru sur la période sous revue.

Le pourcentage de l'activité représenté par la cancérologie (hors séances) au CHU de Toulouse en 2017 est de 12,9 %, soit un niveau en-dessous de la médiane des autres établissements de même catégorie.

3.1.1.4. Une valorisation pénalisée par la diminution de la valorisation unitaire des séjours

Alors que l'activité d'hospitalisation a progressé de 16,7 % en volume (nombre de séjours et séances) entre 2012 et 2017, la valorisation⁴⁰ globale de ces séjours et séances n'a, sur cette période, progressé que de 11,9 %. Cela est dû, en partie, à un poids moyen du cas traité (PMCT, soit la valorisation unitaire d'un séjour) en diminution sur la période (- 4,1 %). Cette diminution s'explique, entre 2012 et 2017, par l'effet conjugué :

- d'une baisse des tarifs de - 3,7 % ;
- de l'application d'un gel prudentiel en début de période ;
- d'une évolution de la nature du casemix du CHU caractérisée par une bascule ambulatoire avec une augmentation des séjours de moins de 24 h et des séances (+ 23,4 %) plus dynamique que celle des séjours de plus de 24 h (+ 9,4 %).

⁴⁰ Valorisation exprimée en 100 % T2A c'est-à-dire avec l'ensemble des séjours valorisés à 100 % à hauteur du tarif du groupe homogène de séjour, c'est-à-dire comme si l'intégralité des séjours était prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Cette baisse est plus marquée pour le CHU de Toulouse que pour les autres CHU (cf. § 3.3.1.2).

3.1.2. L'activité des urgences

Le nombre de passages aux urgences a cru de près de 20 % sur la période sous revue. En revanche, le taux d'hospitalisation post-urgences est resté atone (+ 2,7 %).

tableau 7 : Évolution du nombre de passage aux urgences et du nombre d'hospitalisations post-urgences

Nombre de passages	Purpan	Rangueil	Hôp. des Enfants	Total CHU	Nombre d'hospitalisations post-urgences*	Taux d'hospitalisations post-urgences
2012	59 973	36 022	41 489	137 484	26 575	19,3%
2013	61 060	37 335	41 853	140 248	25 503	18,2%
2014	62 531	35 968	44 510	143 009	26 040	18,2%
2015	67 360	36 328	48 121	151 809	27 082	17,8%
2016	72 127	37 363	49 361	158 851	27 068	17,0%
2017	75 054	37 810	51 632	164 496	27 289	16,6%
Evolution 2012-2017	25,1%	5,0%	24,4%	19,6%	2,7%	

*hospitalisations au sein d'un service MCO hors UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée).

Le taux d'hospitalisation post-urgences est ainsi passé de 19,3 % en 2012 à 16,6 % en 2017. Cette évolution s'explique par l'effet conjugué d'une proportion de passages aux urgences relevant de la médecine de ville plus importante et du développement de l'activité des services de post-urgences : l'activité de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) a ainsi progressé de 55 % sur la période. Ceci a notamment permis de ne pas encombrer les services avec des patients qui relevaient d'un suivi par les urgentistes en hospitalisation de courte durée.

tableau 8 : Évolution des séjours en unité d'hospitalisation de courte durée (post-urgences)

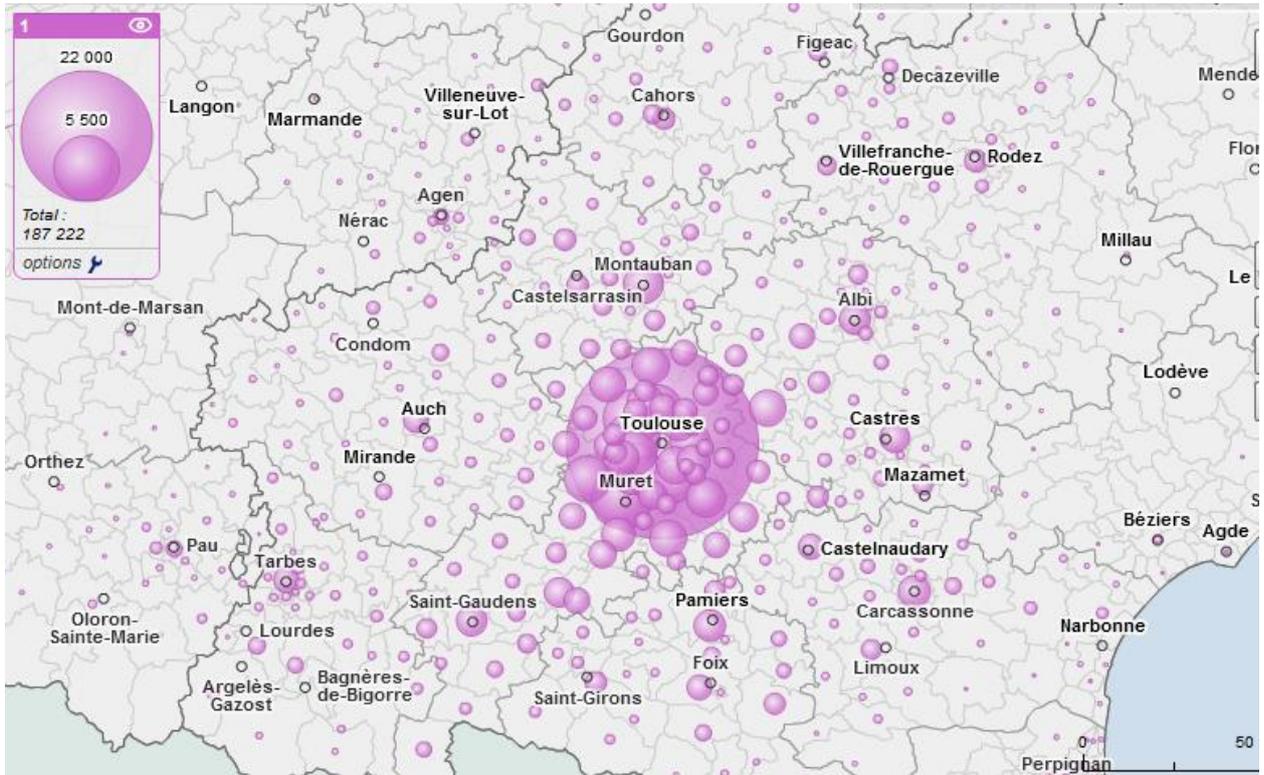
Séjours des UHCD	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution en %
Purpan	4 125	3 977	3 969	5 649	7 249	7 531	82,6%
Rangueil	2 427	2 495	4 358	4 497	4 596	4 139	70,5%
Hôpital des Enfants	8 712	7 629	9 472	10 627	11 738	11 983	37,5%
Total	15 264	14 101	17 799	20 773	23 583	23 653	55,0%

3.2. Zone d'attractivité et évolution des parts de marché

3.2.1. Une zone d'attractivité moins dense, mais plus étendue que la moyenne des autres centres hospitaliers universitaires

En raison de l'effet conjugué de la forte concurrence exercée par les cliniques toulousaines et des coopérations territoriales tissées par le CHU de Toulouse, son attractivité se caractérise par un recrutement plus faible sur le cœur de sa zone d'influence mais plus étendu géographiquement.

carte 1 : Zone d'attractivité du centre hospitalier universitaire de Toulouse par commune



Source : cartographie Hospidiag

Le CHU de Toulouse réalise 39,4 % de ses séjours sur sa zone de proximité, alors que cette proportion est de 43,6 % pour le CHU de Montpellier et de 58,7 % pour le CHU de Nîmes⁴¹.

En 2017, la part des séjours que le CHU réalisait au sein de son département était de 66 % contre 75,7 % pour la moyenne des autres CHU. Ce constat se retrouve dans une moindre mesure au niveau du recrutement au sein de la région qui est 91,1 % pour le CHU de Toulouse (contre 92 % pour la moyennes des autres CHU)⁴². Il se confirme avec l'analyse des temps de trajet des patients entre leur domicile et le CHU qui est plus élevé pour le CHU de Toulouse (53,93 min) que pour la moyenne des CHU (43 min)⁴³. Plus de 36 % des patients du CHU de Toulouse font plus d'une heure de route contre 25,5 % pour la moyenne des autres CHU.

Ce constat est valable tant pour les séjours de sévérité 3 et 4 que pour les séjours de sévérité plus faible. C'est donc également pour de l'activité d'hospitalisation courante que les patients choisissent d'être pris en charge au CHU plutôt que dans le CH le plus proche. La configuration des bassins de vie et du tissu routier en Occitanie Ouest explique partiellement ce phénomène.

3.2.2. Les parts de marché : un positionnement fragilisé depuis 2017

3.2.2.1. Des parts de marché tendanciellement en progression de 2012 à 2017

La progression de l'activité du CHU s'est traduite par un gain de parts de marché tant sur sa zone d'attractivité que sur la région, dans chacun des champs MCO de 2012 à 2017.

⁴¹ Source : étude ARS Occitanie parts de marchés 2010-2015.

⁴² Source : base inter-CHU, 2017.

⁴³ Source : base inter-CHU, 2017.

tableau 9 : Évolution des parts de marché du centre hospitalier universitaire sur sa zone d'attractivité et sur la région

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	33,5%	33,0%	34,2%	34,6%	35,0%	35,0%
Part de marché globale en médecine sur la région	13,5%	13,4%	13,9%	14,0%	14,2%	14,2%
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	19,3%	19,7%	20,0%	20,2%	20,4%	20,6%
Part de marché en chirurgie (HC) sur la région	9,2%	9,3%	9,4%	9,5%	9,5%	9,5%
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	29,0%	29,5%	29,4%	30,8%	32,2%	31,8%
Part de marché en obstétrique sur la région	7,8%	8,0%	8,1%	8,5%	8,7%	8,6%
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	11,4%	11,0%	11,1%	11,2%	12,0%	12,5%
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	4,2%	4,1%	4,2%	4,3%	4,6%	4,6%
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	23,4%	24,0%	25,1%	25,6%	26,9%	26,6%
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)	10,8%	11,0%	11,4%	11,8%	12,2%	11,7%
Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	20,2%	18,0%	16,8%	17,3%	19,1%	20,0%

Source : Hospidiag

Une inflexion dans la progression des parts de marché est à relever entre 2016 et 2017 notamment en obstétrique et en cancérologie.

À l'échelle, non plus de la zone d'attractivité, mais de l'agglomération toulousaine, le CHU réalise :

- près d'un quart des séjours chirurgicaux (les principaux secteurs d'activité en progression sont notamment la chirurgie de la thyroïde, la chirurgie digestive majeure, la pose de stimulateurs cardiaques et la chirurgie vasculaire) ;
- près d'un tiers des séjours d'obstétrique et de prise en charge des nouveau-nés ;
- plus des deux tiers des séjours médicaux de l'agglomération toulousaine (avec une progression continue en affections cardio-vasculaires et pneumologie).

3.2.2.2. Des taux de fuite hétérogènes

Selon les données retraçant le lieu d'hospitalisation des patients de la zone d'influence hospitalière intermédiaire de Toulouse par catégorie d'activité de soins, le taux de fuite du CHU est de 70 % en obstétrique, d'environ 60 % en médecine et de plus de 80 % en chirurgie sur la période 2014-2017.

3.2.2.3. Une situation qui se fragilise

Une étude réalisée par le CHU de Toulouse⁴⁴ démontre qu'il subit une situation concurrentielle singulière au niveau national en raison de la forte implantation de grands groupes capitalistiques et d'établissements indépendants de premier ordre (clinique Pasteur).

Alors qu'il avait résisté jusqu'en 2015, le positionnement du CHU de Toulouse sur la zone d'influence hospitalière (ZIH)⁴⁵ est fragilisé depuis 2017 dans tous les secteurs à l'exception des séances.

tableau 10 : Parts de marché du centre hospitalier universitaire sur la zone d'influence hospitalière

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Séances	44,2%	43,6%	44,3%	46,4%	45,5%	46,0%
Obstétrique	36,6%	37,3%	37,1%	39,6%	40,6%	39,9%
Nouveau-nés	33,6%	34,3%	33,0%	36,0%	36,9%	36,0%
Chirurgie	24,9%	25,3%	24,8%	24,9%	25,0%	24,7%
Interventionnel	18,7%	18,2%	18,8%	19,4%	19,5%	19,3%
Médecine	70,7%	69,7%	71,1%	71,7%	71,4%	70,7%
Ensemble	42,1%	41,6%	42,0%	42,9%	42,9%	42,7%

Source : étude CHU de Toulouse de juin 2018 sur parts de marché sur la ZIH

Si entre 2016 et 2017, le CHU de Toulouse a enregistré une progression du nombre de ses séjours⁴⁶, cette hausse est inférieure en valeur absolue à celle enregistrée par la clinique Pasteur. Le CHU est de surcroît l'établissement toulousain qui enregistre entre 2016 et 2017 le plus fort recul de parts de marché (- 0,18 %) derrière la clinique néphrologique Saint-Exupéry et l'hôpital Joseph Ducoing.

⁴⁴ Etude réalisée en lien avec l'ARS et présentée au Directoire du 13 juin 2018.

⁴⁵ Les ZIH sont le résultat de l'application d'un modèle gravitaire qui intègre : le temps d'accès entre les codes géographiques du programme de médicalisation des systèmes d'information et un pôle de service (établissement disposant d'un service d'urgence), et un indicateur de « notoriété » du pôle de service de la ZIH.

⁴⁶ Il s'agit toujours des séjours réalisés sur la ZIH et non le nombre de séjour total.

tableau 11 : Évolution des parts de marché⁴⁷ des établissements toulousains sur la zone d'influence hospitalière

		Nombre de séjour 2017	Evolution Nb séjour 2016/2017	Evolution Nb séjour 2016/2017	Evolution part de marché % 2016/2017	
1er	Pasteur	36 190	3 681	11,32%	0,62%	
2e	CHU	166 736	3 002	1,83%	-0,18%	
3e	Néphro Occitanie	17 988	1 477	8,95%	0,23%	
4e	Cèdres	31 516	1 399	4,65%	0,15%	
5e	Occitanie	22 770	922	4,22%	0,09%	
6e	Union	34 522	917	2,73%	0,03%	
7e	ICR	12 285	765	6,64%	0,10%	
8e	St Cyprien RG	24 090	413	1,74%	-0,03%	
9e	Ambroise Paré	23 042	97	0,42%	-0,09%	
10e	St Jean languedoc	28 371	-	103	-0,36%	-0,16%
11e	Nephro St Ex	37 905	-	231	-0,61%	-0,24%
12e	Médipole	12 476	-	406	-3,15%	-0,15%
13e	Parc	11 069	-	542	-4,67%	-0,17%
14e	Ducuing	12 515	-	581	-4,44%	-0,19%

Source : étude part de marché 2018, CHU Toulouse

Cette perte de parts de marché est plus particulièrement marquée en chirurgie cardio-thoracique (- 3,76 % entre 2016 et 2017), en chirurgie orthopédique (- 1,45 %), en chirurgie gynécologique (- 2,37 %), en chirurgie du sein (- 2,75 %), en affections cardiovasculaires (- 1,96 %), en endocrinologie et maladies métaboliques (- 2,17 %).

Un mouvement de reprise semble toutefois s'esquisser depuis le dernier trimestre 2018 avec notamment une reconquête de parts de marché en obstétrique et néonatalogie.

3.3. Performance médico-économique

3.3.1. La gestion des lits

3.3.1.1. Des durées moyennes de séjour globalement performantes

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)⁴⁸ du CHU de Toulouse est satisfaisant en médecine (où il se situe parmi les établissements de même catégorie les plus performants) et en chirurgie (où le CHU se situe au niveau du 2^{ème} décile des établissements ayant la plus faible durée moyenne de séjour – DMS – en chirurgie). Toutefois, les IP-DMS de médecine et de chirurgie sont moins performants qu'ils ne l'étaient en 2012.

En obstétrique, et malgré les efforts de réduction de la DMS observés sur la période (passée de 5,78 jours en 2012 à 4,95 jours en 2016), l'IP-DMS est demeuré au niveau du 8^{ème} décile (soit parmi les 20 % d'établissements les moins performants sur cet indicateur). Une amélioration se

⁴⁷ Toutes catégories, hors séances de radiothérapie.

⁴⁸ L'IP-DMS compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire). Lorsque l'IP-DMS est supérieur à un, cela signifie que les durées moyennes de séjours de l'établissement sont plus longues que celles des autres établissements.

dessine cependant fin 2018 grâce notamment à la levée de la régulation sur les grossesses non pathologiques.

tableau 12 : Évolution de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	0,816	0,837	0,842	0,846	0,844	0,857
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	0,924	0,943	0,977	0,974	0,967	0,969
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1,172	1,169	1,167	1,127	1,092	1,111

Source : Hospidiag

D'après l'indicateur synthétique de performance de la DMS de la base inter-CHU 2017, le CHU de Toulouse présente la meilleure performance de la base en termes de DMS.

3.3.1.2. L'incidence de la durée moyenne de séjour sur la valorisation des séjours

Le PMCT moyen du CHU de Toulouse (2 379 €) est plus faible que la moyenne des CHU (PMCT moyen de 2 554 € en 2017), notamment pour les séjours d'hospitalisation complète de courte durée⁴⁹.

tableau 13 : Poids moyen du cas traité du centre hospitalier universitaire de Toulouse par rapport à la moyenne des autres centres hospitaliers universitaires

	PMCT Séances				PMCT 0 nuit (hors séances)				PMCT 1 nuit et +			
	2017	2018	Evol en %	Rang	2017	2018	Evol en %	Rang	2017	2018	Evol en %	Rang
Toulouse	400	402	0,5%	13	782	797	1,9%	20	4 090	4 050	-1,0%	24
Total BCHU	374	378	0,9%	32	850	869	2,3%	32	4 139	4 169	0,7%	32

Source : base inter-CHU

Toutefois, ce PMCT dégradé est à mettre en relation avec une durée de séjour la plus courte des CHU et qui, pour une partie des séjours, vient pénaliser la valorisation en dégradant mécaniquement leur niveau de sévérité. La valorisation journalière moyenne du cas traité au CHU de Toulouse est, en effet, la plus élevée des CHU.

3.3.1.3. Des taux d'occupation dégradés

La performance de l'établissement a été affectée jusqu'en 2015 par de faibles taux d'occupation. Ce constat demeure partiellement d'actualité puisque le taux d'occupation global des lits de l'établissement est de 85 % en 2017 et 2018. À titre indicatif, la direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁵⁰ a déterminé un taux d'occupation « cible » de 95 % en médecine et chirurgie (130 % en chirurgie ambulatoire) et de 85 % en obstétrique. Fin décembre 2017, les taux d'occupation de l'établissement étaient de 78,55 % en médecine, 90,08 % en chirurgie et 82,9 % en obstétrique.

⁴⁹ Une analyse fine du PMCT en fonction de la durée de séjour met en évidence que la valeur du PMCT du CHU de Toulouse est inférieure à la moyenne des CHU pour les séjours de 0 nuit, 1 nuit, 2 nuits, 3 nuits et 4 nuits, mais devient supérieure à la moyenne des CHU à partir des séjours de 5 nuits et plus, et très supérieure à la moyenne des CHU pour les séjours de 9 nuits et plus.

⁵⁰ Indicateurs de l'Agence nationale d'appui à la performance.

tableau 14 : Taux d'occupation en médecine, chirurgie, obstétrique⁵¹

	fin 2014	fin 2015	fin 2016	fin 2017
Taux d'utilisation des lits en médecine	77,67 %	78,04 %	78,44 %	78,55 %
Taux d'utilisation des lits en chirurgie	91,39 %	93,54 %	91,33 %	90,08 %
Taux d'utilisation des lits en obstétrique	87,21 %	86,63 %	83,27 %	82,90 %

Source : CHU de Toulouse, suivi des indicateurs ANAP

Les lits d'hospitalisation de semaine souffrent d'un taux d'occupation particulièrement dégradé.

tableau 15 : Taux d'occupation moyen 2017 et 2018

	2017	2018
Hospitalisation complète	81,2 %	82,0 %
Hospitalisation de semaine	69,4 %	66,8 %
Hospitalisation de jour	104,2 %	99,6 %
Dialyses	189,5 %	192,4 %
Total	85,1 %	85,2 %

Source : CHU de Toulouse

Les marges de progrès demeurent importantes en termes de taux d'occupation.

La structure capacitaire pourrait donc être davantage adaptée afin de configurer les unités en fonction de leurs besoins réels.

En 2018 le CHU a initié une démarche de revue du capacitaire couplée à une démarche de « mise à plat des effectifs ». Conduites simultanément, elles permettent d'arbitrer pour chaque secteur entre un maintien du capacitaire avec un projet médical permettant d'augmenter l'activité et une fermeture de lits entraînant la récupération des ressources correspondantes. Les premiers effets ont pu être constatés fin 2018, notamment dans le secteur obstétrique qui a fait le choix d'optimiser l'occupation de ses lits en augmentant son activité, ce qui a mécaniquement amélioré son taux d'occupation.

La chambre recommande à l'établissement de poursuivre et de systématiser cette démarche d'amélioration des taux d'occupation des lits en conditionnant le maintien du capacitaire de chaque unité à un niveau d'activité permettant d'atteindre les taux d'occupation cible.

Recommandation

1. Poursuivre la démarche d'amélioration des taux d'occupation des lits. *Non mise en œuvre.*

3.3.2. Une structure capacitaire à rationaliser

La structure capacitaire d'un établissement de santé est un facteur déterminant de son efficacité puisqu'elle conditionne le dimensionnement des équipes soignantes.

Le précédent rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS – qui portait sur la période 2013-2015) avait relevé que la structure capacitaire était insuffisamment performante,

⁵¹ Indicateurs de suivi de l'Agence nationale d'appui à la performance, calculés fin décembre de chaque exercice.

et avait appelé de ses vœux un plan de recomposition de la structure capacitaire qui devait permettre des organisations plus rigoureuses.

Ce constat demeure d'actualité en 2018, où le CHU dispose de 2 985 lits et places de MCO et SSR, soit 127 de plus qu'en 2012. Cette augmentation concerne essentiellement le nombre de places (+ 112), le nombre de lits d'hospitalisation complète n'ayant que peu progressé (+ 15, cf. annexe 5).

Cette augmentation capacitaire s'explique en partie par l'ouverture de l'IUCT-Oncopôle et de l'URM à Purpan qui ne s'est pas accompagnée d'une diminution à due proportion du nombre de lits et places dans les sites concernés par ces opérations de restructuration.

L'ancien ordonnateur précise que l'IUC a contribué à la création nette de 20 lits et que l'URM a contribué à accroître le capacitaire du CHU de 27 lits, en accord avec l'ARS, exclusivement sur les lits d'aval des urgences pour lesquels le CHU se trouvait en insuffisance avérée ; le reste des évolutions capacitaires constatées entre 2012 et 2015 étant lié à d'autres opérations que celles des trois grosses opérations de restructuration du CHU.

La progression du nombre de places (hospitalisation de jour et ambulatoire) ne s'est que rarement opérée par redéploiement des lits d'hospitalisation complète. Le virage ambulatoire n'a donc pas permis une rationalisation du nombre de lits d'hospitalisation complète.

Une analyse plus précise de la structure capacitaire permet d'identifier les freins entravant l'efficacité de la structure :

- à PPR (Purpan), les unités sont calibrées, s'agissant des prises en charge conventionnelles⁵², entre 24 et 27 lits, ce qui est plus performant que la moyenne des autres unités du CHU, mais encore faible par rapport à un dimensionnement optimal⁵³ estimé entre 28 et 30 lits. En outre, les lits d'hospitalisation de semaine sont regroupés avec ceux d'hospitalisation complète, ce qui ne permet pas d'optimiser le dimensionnement des équipes soignantes. De la même façon, les places d'hospitalisation de jour ne sont pas regroupées car situées dans le plot de la spécialité. Les mutualisations sont donc inexistantes sur ce secteur ;
- les unités URM (Purpan) sont structurellement calibrées pour accueillir 34 lits d'hospitalisation conventionnelle comprenant des lits tampons. Toutefois, les quatre unités d'hospitalisation complète d'URM occupent respectivement 28, 24 et deux fois 20 lits. Les lits d'hospitalisation de jour sont en revanche regroupés ;
- au sein de l'hôpital Paule de Viguier (Purpan), les contraintes structurelles ont limité le nombre de lits par unité à 22 (sauf pour une unité de 30 lits) ;
- s'agissant du site de Rangueil, il se répartit entre des unités dont la capacité théorique est respectivement de 34 lits et 22 lits. Toutefois les structures de 34 lits sont souvent divisées en deux unités de 22 et 12 lits. Les mutualisations organisationnelles demeurent à ce jour limitées ;
- les contraintes structurelles du site de Larrey ne permettent pas d'envisager des unités supérieures à 18 lits.

Au total, hors services normés, 58 unités disposent de 12 lits ou moins, 23 d'un nombre de lits compris entre 13 et 17, et 45 unités présentent une taille comprise entre 18 et 26 lits. Seules six unités disposent d'une taille se rapprochant de la norme (entre 27 et 30 lits).

⁵² Hospitalisation conventionnelle : hospitalisation complète ou de semaine, par opposition à prise en charge ambulatoire sur la journée.

⁵³ Dimensionnement optimal au regard des équipes soignantes/nombre de patients pris en charge.

L'émiettement de la composition capacitaire du CHU, le cloisonnement des unités et leur peu de modularité sont préjudiciables à l'optimisation de ses moyens, notamment humains.

L'amélioration de l'efficacité de la structure capacitaire passe par :

- une accentuation du redéploiement des lits d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire au sein d'unités d'ambulatoire et d'hospitalisation de jour mutualisées permettant d'envisager la fermeture d'unité conventionnelle entières⁵⁴ ;
- un regroupement de certaines disciplines au sein d'une même unité pour atteindre la taille critique permettant d'optimiser le dimensionnement des équipes soignantes ;
- des restructurations/rénovations d'unités et fermeture de certaines autres afin de lever les contraintes structurelles inhérentes à certains sites (notamment sur le site de Larrey et de Rangueil).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion sur ce point, dans le cadre de la mise en œuvre de son projet d'établissement 2018-2022, le CHU devra recomposer sa structure capacitaire afin de rationaliser le nombre de lits par unité et optimiser les équipes soignantes. L'augmentation de la part de l'ambulatoire devra constituer un des leviers de cette recomposition.

3.3.3. Les progrès de l'activité ambulatoire

3.3.3.1. La chirurgie ambulatoire

La part de l'activité réalisée en ambulatoire conditionne en partie la rationalisation des moyens affectés aux prises en charge des patients. Son augmentation constitue de surcroît un objectif national qui se décline selon les trois indicateurs cible suivants :

- un taux de chirurgie ambulatoire cible national de 50 % en 2016 et 66 % en 2020 ;
- un taux de chirurgie ambulatoire sur les 18 gestes marqueurs avec un potentiel estimé à 90 % ;
- un taux d'occupation des places en chirurgie ambulatoire minimum de 130 %.

Au regard de ces indicateurs, le CHU de Toulouse était jusqu'en 2015, très en-deçà des objectifs fixés et en retard par rapport aux autres établissements de sa catégorie. Les progrès constatés depuis permettent au CHU de combler partiellement ce retard.

⁵⁴ Le nombre de séjour de zéro jours dans les unités d'hospitalisation complète était de 2 518 en 2018 (3 113 en 2015).

tableau 16 : Indicateurs relatifs à la chirurgie ambulatoire

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2ème décile 2017 (même catégorie)	8ème décile 2017 (même catégorie)
Taux de chirurgie ambulatoire	24,9%	25,7%	27,3%	28,9%	32,2%	34,0%	19,85%	36,71%
Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines)	22,6%	24,5%	26,5%	29,0%	32,6%	34,3%	27,23%	43,46%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	46,0%	51,7%	58,0%	61,9%	66,3%	69,0%	51,28%	73,27%
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	140,80%	76,50%	71,3%	71,5%	83,1%	n.c.	65,9%	126,8%

Source : Hospidiag

Il présente en 2017 un taux de chirurgie ambulatoire légèrement inférieur à celui de la moyenne des CHU⁵⁵.

Il demeure cependant en retrait sur l'objectif qu'il s'était fixé dans le cadre du plan Avenir, soit un taux de chirurgie ambulatoire global de 40 % en 2017. L'ambulatoire forain, c'est-à-dire les séjours ambulatoires dans les unités d'hospitalisation complète, est une question pendante, puisqu'il était encore supérieur à 15 % en juin 2018.

Les actions d'amélioration se poursuivent et le développement de l'ambulatoire fait partie d'un des axes du nouveau projet d'établissement.

3.3.3.2. La médecine ambulatoire

Dans le cadre du plan Avenir, le CHU s'était fixé les objectifs suivants :

- augmenter le taux de médecine ambulatoire ;
- améliorer la performance des unités de médecine ambulatoire en visant un taux de rotation supérieur ou égal à 1,2 et en mutualisant les unités de médecine ambulatoire ;
- réduire les dépenses de fonctionnement, en regroupant les hôpitaux de jour sur des plateaux mutualisés et en réduisant les capacités d'hospitalisation complète.

Début 2017, soit un an après la mise en œuvre du plan Avenir, le taux d'hospitalisation de médecine ambulatoire (principalement hôpital de jour) avait augmenté de 6,2 % par rapport à 2015 sur les trois principaux sites du CHU de Toulouse (Purpan, Rangueil et Larrey). Les opérations de regroupement des unités ambulatoires ont été largement engagées et partiellement réalisées. Ce mouvement doit être achevé.

⁵⁵ Le taux de chirurgie ambulatoire du CHU (hors catégorie majeure de diagnostic 14 et 15) est de 33,93 % (en taux brut) et 35,25 % (en taux standardisé) contre 35,73 % pour la moyenne des établissements de la base inter-CHU. Le taux standardisé correspond au taux de chirurgie ambulatoire qu'aurait l'établissement s'il avait le même casemix que la base CHU. Il se situe ainsi au 23^{ème} rang de la base en taux brut et au 18^{ème} rang en considérant le taux standardisé.

3.3.4. La gestion des blocs opératoires

L'organisation des blocs opératoires est un des déterminants majeurs de la performance des établissements de santé. Cet enjeu est d'autant plus fort que les blocs sont dispersés sur de multiples sites (63 salles réparties en 10 blocs répartis sur trois sites).

Un bloc opératoire est jugé efficient quand ces quatre cibles sont atteintes simultanément :

- taux d'ouverture : 85 % ;
- taux d'occupation : 85 % (80 % si la part de l'activité non programmée est importante) ;
- taux de débordement : inférieur à 5 % ;
- adéquation des ressources humaines « infirmières de bloc opératoire diplômées d'État » et « infirmières anesthésistes diplômées d'État » à l'activité.

En 2018, les indicateurs de taux d'occupation et de taux de débordement sont relativement satisfaisants dans les blocs organisés avec salle d'urgence, à l'exception des taux de débordement du bloc centre de Purpan et du bloc BOH3 R+2 de Rangueil. En revanche, les trois blocs organisés sans salle d'urgences (HE Pédiatrique, Larrey et Rangueil « chirurgie cardio-vasculaire/circulation extracorporelle), affichent des taux d'occupation plus faibles avec, paradoxalement des taux de débordement importants et largement au-delà de la cible de performance.

tableau 17 : Taux d'occupation et de débordement des blocs opératoires (janvier-juin 2018)

Point de service - salle	Point de service	TROS en heure	TROS en %	Débordement en H	Débordement en %
Point de service - organisation avec salle d'urgence	PdV Gynéco	2 364	90,88%	149	5,72%
	PPR CEPH	6 260	85,53%	311	4,25%
	PPR ILM	5 814	86,86%	317	4,73%
	PPR NUR	2 947	84,34%	193	5,53%
	PU Centre	3 112	87,17%	263	7,36%
	RG BOH3 R+1	3 562	87,94%	172	4,23%
	RG BOH3 R+2	6 059	81,71%	498	6,72%
Point de service - organisation sans salle d'urgence	HE Pediat	5 227	73,98%	1 146	16,22%
	Larrey	3 595	79,28%	669	14,75%
	RG CCV-CEC	3 450	82,23%	691	16,47%

Source : CHU

En revanche, le taux de vacations offertes, exprimant le taux d'ouverture du bloc, demeure relativement faible (64,31 % en 2018 ; 69 % si ce taux est calculé sur 50 h).

La forte spécialisation et la multiplicité des blocs explique cette moindre efficacité sur les vacations offertes.

Le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire a par ailleurs été un des deux champs ayant fait l'objet d'une des deux obligations d'amélioration lors de la certification de la haute autorité de santé et qui a justifié une certification de niveau C (cf. rapport de la haute autorité de santé de juin 2018).

La performance des blocs opératoire pourrait encore être améliorée, notamment par une concentration des blocs opératoires sur le site de Rangueil et la fermeture de celui de Larrey.

4. GOUVERNANCE

4.1. Sept directeurs en sept ans

De 2012 à 2018, sept directeurs se sont succédé à la tête du CHU de Toulouse : quatre directeurs en titre et trois par intérim.

Les changements successifs de direction ont été à l'origine de ruptures managériales et parfois stratégiques. Ces départs successifs, entrecoupés d'épisodes d'intérim parfois longs (six mois pour le dernier) n'ont pas contribué à faciliter la conduite du changement. Ils témoignent également d'un contexte d'exercice difficile, caractérisé par la nécessité de gérer une contrainte budgétaire accrue dans un climat social particulièrement tendu.

4.2. Des contrats de pôles précocement élaborés

L'établissement comprend actuellement 14 pôles médicaux⁵⁶, six pôles support⁵⁷ et cinq pôles médicotechniques⁵⁸.

Les contrats de pôle définis à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique ont été mis en place au CHU depuis une dizaine d'années. Généralisés au cours de l'année 2008 la dynamique de contractualisation a été suspendue ou, pour le moins, n'a pas fait l'objet de formalisation entre 2011 et 2014.

Une deuxième génération des contrats de pôle portant sur la période 2014-2018 a été signée fin 2014 pour une durée de quatre ans.

La rédaction des contrats de pôles a été réalisée à partir d'un diagnostic partagé de l'existant (avec une identification des forces et faiblesses du pôle) et d'un bilan synthétique des projets mise en œuvre dans le cadre des précédents contrats de pôle.

4.3. Des objectifs insuffisamment suivis

Ces contrats 2014-2018 indiquent, en leur article 3 définir « les objectifs assignés à quatre ans » avec une mise en œuvre du projet d'établissement déclinée en plans d'actions. Les projets ne sont cependant décrits que sommairement dans les contrats qui renvoient, pour ce qui est des objectifs⁵⁹ (notamment d'activité et de recettes), à la rédaction d'une annexe 4.

⁵⁶ Anesthésie-réanimation ; cardiovasculaire et métabolique ; céphalique ; digestif ; enfants ; femme, mère, couple ; gériatrie ; inflammation, infection, immunologie, locomoteur ; IUCT Oncopôle ; médecine d'urgences ; neurosciences ; psychiatrie ; urologie, néphrologie, dialyse, transplantations, brûlés, chirurgie plastique, explorations fonctionnelles et physiologiques ; voies respiratoires.

⁵⁷ Finances, ressources humaines, ressources matérielles, affaires médicales, soins et activités paramédicales, stratégie médico-scientifique.

⁵⁸ Pharmacie, blocs opératoires, imagerie médicale, biologie, santé-société-réadaptation.

⁵⁹ Ces contrats prévoyaient une révision annuelle par voie d'avenant « permettant à chaque pôle et à la direction générale d'actualiser les objectifs du pôle, les modalités de réalisation des projets, les objectifs d'activité et les ressources déléguées ». Ces objectifs annuels doivent, aux termes de l'article 5.1.1 des contrats de pôle être « négociés à l'occasion de conférences de pôle au début de chaque année. Ils feront l'objet d'un tableau de bord mensuel comportant les indicateurs institutionnels et ceux propres aux objectifs particuliers du pôle, discutés lors des échanges de dialogue de gestion avec les différentes directions fonctionnelles ».

Si des annexes aux contrats de pôles ont été établies pour les exercices 2014 et 2015, il n'y a pas eu de révision annuelle ni de refonte des contrats de pôle par la suite malgré l'adoption du plan de retour à l'équilibre et des inflexions dans les projets structurants de l'établissement. Faute d'objectifs annuels précisément déclinés, les dispositions relatives à l'intéressement, au suivi des objectifs et à la non-exécution du contrat ont été vidés de leur substance et n'ont pas été mises en œuvre sur la période sous revue.

Enfin, les contrats de pôle prévoient qu'« au terme des quatre années d'exécution du contrat, un bilan sera établi par les chefs de pôle au directeur général du CHU de Toulouse ». À ce jour ce bilan n'a pas été établi.

4.4. Une gouvernance en refondation

De nouveaux contrats de pôle dits de troisième génération sont en cours d'élaboration pour la période 2019-2022 en articulation avec le nouveau projet d'établissement 2018-2022.

Ils poursuivent plusieurs objectifs dont celui de la contribution des pôles à la mise en œuvre du projet stratégique de l'établissement. La nouvelle gouvernance qui se profile se veut à la fois plus centralisée, plus intégrative et plus participative⁶⁰. Pour ce faire, chacun des 19 pôles du CHU a été auditionné en fin d'année 2017 et début d'année 2018 pour échanger sur différentes thématiques qui constitueront le socle du prochain projet d'établissement, à savoir : les priorités médicales et soignantes, le projet d'enseignement et de recherche, les priorités managériales, les projets innovants, etc.

Selon l'ordonnateur « les contrats de pôle seront tous signés fin 2019, suite à la reprise des dialogues de gestion avec les pôles depuis le mois de juin 2019 ».

4.5. L'absence d'outils de pilotage médico-économiques jusqu'en 2017

Sur l'essentiel de la période sous revue la comptabilité analytique était défailante :

- les imputations, concernant notamment le personnel, n'étaient pas suivies et n'étaient donc pas fiables ;
- les comptes de résultats analytiques par pôle n'étaient pas déployés ou pas fiables ;
- seules des études de *micro-costing* étaient réalisées, mais sur la base de chiffres non fiabilisés du fait des erreurs d'imputations susmentionnées.

Le dialogue de gestion avec les pôles s'appuyait sur des tableaux de bord ne permettant pas de se saisir des enjeux de gestion sur lesquels les pôles étaient susceptibles d'avoir un levier d'action.

⁶⁰ Au-delà de la participation des pôles, les représentants des usagers sont intégrés dans la vie de l'établissement. Pour de nombreuses revues de pôles les représentants des usagers sont associés et invités à donner leur avis. Ils ont également été associés aux travaux sur le projet d'établissement en collaboration avec les pôles, lors de l'étude sur les parcours de soins.

Suite aux recommandations du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo) du 23 mai 2017⁶¹, un groupe de travail « comptabilité analytique » a été installé à partir de juin 2017 sous l'égide de la directrice générale adjointe et de la vice-présidente de la commission médicale d'établissement.

Les travaux ont abouti, fin 2017, à la production des comptes de résultats analytiques par pôle avec une déclinaison *infra* pôle de l'exercice 2016. Ces comptes de résultats analytiques ont fait l'objet d'une présentation aux différentes instances courant 2018. Ils font apparaître une marge nette par pôle. La marge nette consolidée (tous pôles confondus) s'est dégradée entre 2016 (- 17,93 M€) et 2017 (- 20,56 M€)⁶².

Le CHU de Toulouse travaille à l'implémentation d'outils complémentaires de mesure des résultats financiers par pôle (notamment le taux de marge sur charges directes) pour appréhender l'équilibre économique des pôles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, sur la période sous revue, le CHU n'a pas disposé d'outil efficace, transversal et partagé de pilotage médico-économique. Les changements de méthodes successifs n'ont pas permis aux outils de s'inscrire dans la durée et de faire preuve de leur robustesse. Le travail mené depuis juin 2017 en matière de comptabilité analytique a permis de remettre en place quelques outils de contrôle de gestion et de poser les bases d'un pilotage médico-économique. Cette démarche doit cependant être fiabilisée, approfondie et pérennisée.

La chambre recommande à l'établissement de se doter rapidement d'outils de pilotage fiables permettant de fonder le dialogue de gestion sur des bases partagées.

Recommandation

2. Se doter d'outils de pilotage fiables permettant de fonder le dialogue de gestion sur des bases partagées. *Mise en œuvre en cours.*

5. FIABILITÉ DES COMPTES

5.1. La certification des comptes

5.1.1. Des comptes certifiés sans réserves depuis 2015

Le CHU de Toulouse est soumis à une obligation de certification de ses comptes. L'année 2015 a été le premier exercice de certification confié conjointement à deux prestataires⁶³.

⁶¹ Une des recommandations émises par le Copermo lors de la séance du 23 mai 2017 était de « renforcer le pilotage interne de l'établissement en développant le dialogue de gestion entre la direction et les pôles. L'établissement doit relancer sa comptabilité analytique afin de conduire un contrôle de gestion infra-annuel plus fin et davantage responsabiliser les médecins dans le cadre des délégations de gestion aux pôles ».

⁶² Les pôles présentant la marge nette la plus dégradée en 2017 sont le pôle anesthésie réanimation (- 6,87 M€), le pôle digestif (- 4,76 M€), le pôle céphalique (- 4,59 M€), le pôle recherche (- 3,72 M€) et le pôle enfants (- 2,5 M€). *A contrario* les pôles gérontologique et neurosciences présentent une marge nette très largement positive (respectivement 6,39 M€ et 6,5 M€).

⁶³ Grant Thornton et KPMG.

Dans la perspective de cette certification, le CHU a entrepris des travaux préparatoires en partenariat avec la direction régionale des finances publiques et l'ARS ainsi que la trésorerie principale dans le cadre de comités de pilotage réguliers. Le CHU a notamment entrepris la rédaction et la révision de procédures sur les différents cycles d'audit, assortie d'une importante communication interne afin de mobiliser les parties prenantes et améliorer le dispositif de contrôle interne.

Des recommandations ont été émises par les commissaires aux comptes dans leurs rapports intermédiaires. Aucune réserve n'a cependant été formulée par les commissaires aux comptes sur les comptes audités.

5.1.2. Les corrections opérées en bilan d'ouverture 2015

Suites aux recommandations émises par les commissaires aux comptes, le CHU a été amené à effectuer de nombreuses régularisations sur l'exercice 2015, principalement dans le traitement des immobilisations et des provisions.

Ces régularisations reposent sur des certificats administratifs faisant état de montants dont la justification n'est étayée par aucune pièce justificative. À titre d'exemple, les corrections opérées sur les provisions n'ont pu être justifiées par les pièces figurant au dossier permanent des provisions.

5.1.3. Un contrôle interne à améliorer

Lors du début du processus de certification, le contrôle interne au CHU de Toulouse était lacunaire. Suite aux recommandations des commissaires aux comptes, une dynamique d'amélioration du contrôle interne s'est amorcée en 2016 puis s'est poursuivie par la formalisation et la mise en œuvre de procédures de premier niveau. En dépit de ces procédures, les processus de contrôle interne demeurent peu matures et sont mis en œuvre de manière non homogène en fonction des cycles concernés. Le cycle recettes, et plus particulièrement la fonction facturation, reste un point de fragilité⁶⁴. Selon l'ordonnateur, différentes actions ont été déployées pour consolider le contrôle interne sur le cycle des recettes et les différents indicateurs de qualité déployés attestent d'un bon niveau de fiabilité (taux de rejet B2 de 2,32 % en moyenne à fin juillet 2019). Des indicateurs d'exhaustivité a posteriori ont également été mis en place. Il précise enfin que « si beaucoup d'actions ont permis de réduire les rejets assurant une facturation de qualité, des contrôles d'exhaustivité en amont restent à mettre en œuvre ».

L'établissement ne dispose pas d'une cartographie des risques aboutie, ce qui entrave la performance du contrôle interne qui ne peut, de ce fait, être pilotée de manière efficace. Les contrôles de second niveau et/ou de supervision restent à mettre en œuvre. Les commissaires aux comptes n'ont pas donné de précision sur la cartographie des risques comptables de l'établissement sur laquelle ils se seraient fondés pour certifier l'établissement sans réserve.

La chambre recommande à l'établissement de renforcer son dispositif de contrôle interne notamment en se dotant d'une cartographie des risques aboutie. Selon l'ordonnateur, « le CHU a

⁶⁴ Avec notamment une défaillance dans le contrôle de l'exhaustivité des recettes de facturation du fait de pratiques hétérogènes au sein des bureaux des entrées.

été amené à densifier son programme de contrôle interne » et les axes de travail 2019 sont les suivants :

- réaliser une cartographie des risques détaillée pour chacun de ces cycles ;
- piloter/formaliser les démarches de contrôle déployés à différents niveaux du CHU ;
- développer la culture du contrôle interne : la direction des affaires financières anime un groupe de référents certification des comptes identifiés dans chacune des directions en lien avec les cycles d'audit. Il s'agit désormais de fédérer ces référents autour d'un projet de contrôle interne ambitieux. ».

Recommandation

3. Poursuivre l'amélioration du dispositif de contrôle interne. *Mise en œuvre en cours.*

5.2. Le principe de sincérité et de régularité

5.2.1. Le suivi des immobilisations, l'inventaire et l'état de l'actif

Un travail de recensement du patrimoine immobilier du CHU, débuté en 2015 avec le recensement des actes de propriété et achevé au premier semestre 2018, a permis d'identifier l'actif immobilier en fonction des plans cadastraux du CHU de Toulouse et de faire évoluer l'actif correspondant dans le cadre notamment des cessions et démolitions. Ce n'était que partiellement le cas sur la période sous revue.

S'agissant des biens mobiliers (équipements médicaux, non médicaux et informatiques), le CHU de Toulouse réalise des inventaires physiques lors de projets institutionnels nécessitant un déménagement du service ou une réorganisation. L'établissement n'a pas mis en place un inventaire physique régulier de ces biens. Un suivi des équipements médicaux est cependant réalisé par l'état de gestion de maintenance assistée par ordinateur.

Interrogés sur le taux d'exhaustivité de l'état de l'actif depuis 2015, les commissaires aux comptes n'ont pas été en mesure d'apporter une réponse.

Un travail est à mener pour aboutir à une procédure de réalisation d'inventaire physique périodique pour parachever la fiabilisation de l'état de l'actif.

5.2.2. Les amortissements

Les immobilisations sont désormais amorties selon une méthode linéaire au *prorata temporis* selon une durée identique pour une même catégorie de biens utilisés dans des conditions similaires.

tableau 18

Bâtiments	Durée
- Bâtiments amortis par composant (<i>voir point détaillé ci-dessous</i>)	
1- Gros œuvre et Voirie Réseau Divers	50 ans
2- Façade / Couverture / Etanchéité	20 ans
3- Partitions et aménagements intérieurs	15 ans
4- Corps d'état technique	20 ans
5- Installations techniques	15 ans
- Autres Bâtiments (1)	30 ans
- Restructurations lourdes (2)	20 ans
- Bâtiments préfabriqués	10 ans
- IGAAC (Installations Générales, Agencements, Aménagements des Constructions)	10 ans
Matériel	Durée
- Logiciels	5 ans
- Matériels informatiques	5 ans
- Matériel biomédical	5 ans
- Equipements lourds biomédicaux	7 ans
- Matériel et outillage non médical	7 ans
- Automobiles et matériel roulant	7 ans
- Matériel de bureau	7 ans
- Mobilier	10 ans

(1) Parkings – Unités Soins Normalisés Psychiatrie et Gériatrie La Grave – Bâtiment relais clinique Dieulafoy.

(2) Restructuration Pôle Digestif Rangueil

L'entrée dans le processus de certification a engendré pour le CHU d'importantes corrections en situation nette au titre des exercices antérieurs. Elles ont eu, pour ce qui relève des exercices 2015 et suivants, une incidence sur leur résultat.

5.2.2.1. L'amortissement par composant

En premier lieu, un travail de décomposition des bâtiments par composant a été engagé. La répartition des dépenses par composant/sous-composant a été établie sur la base des factures des différents corps de métier intervenus sur les bâtiments concernés. La décomposition des bâtiments plus anciens sur la base des factures n'étant pas envisageable, la structure de décomposition de PPR et du bâtiment d'URM a servi de modèle pour l'ensemble des constructions concernées. Pour chacun de ces bâtiments, il a été déterminé cinq composants, avec une durée d'amortissement propre.

tableau 19

Composants	Durées d'amortissement
1- Gros œuvre et VRD (1)	50 ans
2- Façade/couverture/étanchéité	20 ans
3- Partitions et aménagements intérieurs	15 ans
4- Corps d'état technique	20 ans
5- Installations techniques	15 ans

(1) Maîtrise d'œuvre et frais accessoires inclus dans le composant Gros œuvre

Le retraitement comptable des principaux bâtiments par composant a entraîné un ajustement des amortissements au bilan d'entrée 2015 pour un montant de - 38,2 M€ en solde net (10,37 M€ de dotations aux amortissements supplémentaires et une reprise d'amortissements de 48,59 M€) en situation nette⁶⁵. Cette correction des amortissements antérieurs s'est opérée en

⁶⁵ Soit un débit au 28 (dotation aux amortissements) à hauteur de 48,59 M€ et un crédit au 28 à hauteur de 10,37 M€.

situation nette par un crédit correspondant du compte 10682 « Excédent affecté à l'investissement », avec une incidence seulement au bilan.

Le commissaire aux comptes a indiqué que l'amortissement par composant a eu pour effet de rallonger significativement la durée d'amortissement des immobilisations, jusque-là amorties sur 30 ans. Avec l'application de la méthode d'amortissement par composant, plus de 60 % de la valeur d'actif est affectée sur le gros œuvre amorti sur 50 ans, 25 % sur 20 ans et le reste sur 15 ans.

Le « suramortissement » constaté antérieurement est donc venu abonder l'excédent affecté à l'investissement. Le certificat administratif établi à l'appui de cette écriture corrective repose sur la constatation d'amortissements antérieurs sur des périodes beaucoup plus courtes.

À titre d'exemple, pour un bâtiment de l'hôpital Purpan mis en service en 2006 pour une valeur d'actif brut de 30,83 M€, le CHU indique, en 2015 avoir réalisé 19,99 M€ d'amortissements, soit un amortissement de plus de deux tiers en neuf ans. Après retraitement le CHU a considéré que l'amortissement de ce bâtiment par composant aurait dû conduire à ne constater qu'un amortissement à hauteur de 9,05 M€. Le suramortissement constaté s'est donc élevé à 10,93 M€.

De la même manière, pour l'hôpital mère enfant de Purpan mis en service en 2003 pour une valeur d'actif brut de 49 M€, l'établissement a réalisé en 2015 un amortissement à hauteur de 38,72 M€, soit 79 % de la valeur d'actif brut en moins de 12 ans. Le suramortissement constaté s'est donc élevé à 19,43 M€. Pour autant, le certificat affiche des discordances entre les dates de début d'amortissement et celles de création de fiches d'inventaire correspondant à ces immobilisations. Ainsi, les amortissements constatés incluent des amortissements du gros œuvre réalisés entre 1995 et 1999, mais l'amortissement théorique a été calculé par rapport à des dates de début d'amortissement bien postérieures (2003 et 2006 respectivement).

En outre, alors que l'amortissement par composant a eu pour effet de rallonger la durée d'amortissement, il a paradoxalement conduit le CHU à constater, au titre des amortissements de la seule année 2015, une charge d'amortissement supplémentaire de 3,46 M€⁶⁶.

Le commissaire aux comptes a indiqué que cela s'expliquait essentiellement par « la mise en amortissement de nouveaux bâtiments ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, l'application de l'amortissement par composant a conduit à rallonger considérablement la durée d'amortissement des immobilisations du CHU et à constater un suramortissement antérieur qui est venu abonder l'excédent affecté à l'investissement pour un montant supérieur à 38 M€. La fiabilité des documents et méthodes de calcul fondant cette correction apparaît incertaine.

⁶⁶ Cela s'explique, selon l'ordonnateur, par « un changement d'approche globale de la gestion comptable d'un bâtiment », les mises en service unique par bâtiment se substituant aux mises en service successives au fur et à mesure de l'avancement des travaux sur un même bâtiment.

5.2.2.2. La régularisation des amortissements dégressifs

Le CHU de Toulouse a régularisé au bilan d'ouverture 2015 les amortissements des immobilisations amorties jusque-là selon la méthode Softy⁶⁷ (amortissement dégressif). Une quarantaine d'immobilisations amorties initialement selon la méthode Softy ont été retraitées en amortissement linéaire en l'absence de justification économique suffisante. L'impact de ce retraitement est de 20,882 M€ en situation nette sur les amortissements réalisés au 1^{er} janvier 2015 (soit 0,819 M€ d'amortissements supplémentaires contre une reprise de 21,701 M€) imputé directement au bilan (au crédit du 10682 « Excédents affectés à l'investissement »). Sur l'exercice 2015, 0,336 M€ d'amortissements supplémentaires ont été constatés à ce titre.

5.2.2.3. La sortie de l'actif de biens n'ayant plus de réalité physique

Le travail de rapprochement entre l'inventaire comptable et l'inventaire physique, réalisé début 2015, s'est concentré sur quatre catégories de biens représentant les valeurs d'actifs les plus importantes (terrains, bâtiments et installations techniques, matériel biomédical et l'informatique). Les biens n'ayant plus de réalité physique et qui n'avaient pas été sortis de l'actif au moment de leur mise au rebut ou cession l'ont été. L'actif brut a ainsi été réduit de 151,607 M€ (soit près de 10 000 fiches d'inventaire) donnant lieu à une correction de 2,943 M€ sur les amortissements en valeur nette comptable au bilan d'ouverture.

5.2.2.4. La régularisation de la mise en amortissement des travaux en cours

Suite à la régularisation des dates de mise en service des opérations de travaux en cours, un rattrapage d'amortissements à hauteur de 0,215 M€ a été réalisé au 1^{er} janvier 2015. Ceux-ci correspondent aux montants d'amortissements des travaux en cours qui auraient dû être passés sur les années antérieures et sont sans impact sur le résultat 2015.

tableau 20 : Bilan des corrections en situation nette au titre des amortissements

Comptes	Opération de régularisation 2015	10682 - Excédents affectés à l'investissement		Solde
		Débit	Crédit	
2xxx	VNC constatées suites aux réformes (sorties de l'actif)	2 942 780		-2 942 780
28xxx	Régularisation <i>pro rata temporis</i>	4 495 955		-4 495 955
28xxx	Amortissement par composants	10 377 328	48 589 582	38 212 254
28xxx	Réintégration amortissements fiche URM		2 622 576	2 622 576
28xxx	Régularisation date mise en amortissement antérieures	214 577		-214 577
28xxx	Régulation Softy/ linéaire	819 390	21 701 145	20 881 755
Total	Total	18 850 030	72 913 303	54 063 273

⁶⁷ La M21 autorise le recours à la méthode d'amortissement dégressif, dite méthode Softy (*sum of the years digits*), à condition d'apporter une argumentation économique justifiant ce choix.

Au total, les corrections apportées au bilan d'ouverture 2015 au titre des seuls amortissements ont conduit à abonder le compte 10682 « Excédents affectés aux investissements » de 54 M€.

Les certificats administratifs produits à l'appui de ces corrections en situation nette ne permettent pas d'établir avec précision le bienfondé de ces corrections⁶⁸.

Ces changements de méthodes comptables se sont traduits par un surcroît de dotations aux amortissements de 3,124 M€, qui a affecté le résultat l'exercice 2015.

5.3. La constitution des provisions

5.3.1. Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Une provision pour renouvellement des immobilisations doit être enregistrée au compte 142 pour chaque aide reçue destinée à financer les opérations d'investissement.

Toutefois, entre 2007 et 2013, les aides à l'investissement fléchées comme telles n'ont pas toutes fait l'objet d'un tel provisionnement. Le montant de ce sous-provisionnement n'a pas pu être reconstitué précisément du fait de l'absence de pièces justificatives complètes et explicites sur l'objet et la nature des aides attribuées. Toutefois une étude réalisée par un cabinet d'expertise comptable en 2014 avait estimé ce montant entre 79 M€ et 85 M€. Cela signifie que près de 80 M€ d'aides à l'investissement perçues par le CHU ont indûment servi à financer le cycle d'exploitation, majorant d'autant le résultat jusqu'en 2013.

L'établissement a cependant fait le choix de ne retenir, dans le cadre de son processus de certification, qu'une partie de la dotation théorique qui aurait dû être constituée.

Il a ainsi considéré que le différentiel entre le solde du compte 142 « Provision réglementée pour renouvellement d'immobilisations » était, en 2013, de 31,3 M€ inférieur à ce qu'il aurait dû être compte tenu des aides à l'investissement perçues par le CHU.

⁶⁸ L'ordonnateur, en réponse à la chambre, indique que la certification des comptes par les commissaires aux comptes « témoigne du bienfondé de ces écritures », mais convient que « la documentation constituée à l'époque est synthétique, ce qui ne facilite pas l'appropriation de ces écritures ».

tableau 21 : Résultat consolidé retraité, avec provisionnement des aides à l'investissement

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotation 687142	7 451 806	6 575 786	11 558 610	25 398 439	25 902 706	25 398 439
Reprises 787142		0	807 916	21 213 183	20 558 637	20 770 722
Dotation nette	7 451 806	6 575 786	10 750 694	4 185 256	5 344 069	4 627 717
Correction en situation nette			31 299 963	5 610 047		
Solde 142 fin exercice	61 270 477	67 846 263	109 896 920	108 472 129	113 816 198	118 443 915
Solde 142 théorique	87 656 486	98 626 774	104 177 694	108 472 128	113 816 198	118 443 915
Ecart	- 26 386 010	- 30 780 512	5 719 226	1	0	0
Sur (+) ou sous (-) provisionnement annuel	- 5 484 464	- 4 394 502				
Résultat comptable consolidé	1 508 695	- 9 569 976	- 14 065 512	- 28 306 873	- 17 704 477	- 10 691 696
Résultat consolidé retraité avec provisionnement 142	- 3 975 769	- 13 964 478	- 14 065 512	- 28 306 873	- 17 704 477	- 10 691 696

Source : CRC

Jusqu'en 2014 le résultat du CHU de Toulouse était insincère, contribuant à masquer jusqu'à cette date un déficit chronique.

5.3.2. Synthèse sur les provisions

L'absence de fiabilité des provisions constituées antérieurement à 2014 a conduit l'établissement à réaliser d'importantes corrections en situation nette.

Sur les exercices 2015 et 2016, les corrections se présentent de la manière suivante :

tableau 22 : Synthèse des corrections passées en situation nette en 2015 et 2016

Comptes	En € Opérations de régularisation en situation nette	c/1190 - report à nouveau défictaire (bilan d'ouverture 2015)		c/1190 - report à nouveau défictaire (bilan d'ouverture 2016)	
		Débit	Crédit	Débit	Crédit
142	Provision pour aides		5 610 047		
1511	Regul Provision litiges médicaux	1 548 884			
1513	Provision pour litige SMUR			597 210	
1532	Regul CET PNM	567 767			
1531	Regul. CET PM		889 479		
1572	Provision GER	1 000 000			
1572	Provision GER gardiennage		369 500		
15811	Regul. Provision CNRACL	3 565 982		3 463 949	
15812	Regul. Provision ARE	2 318 322			
1583	Provision recherche		8 031 403		
1587	Regul. Provision désamiantage	1 163 566		486 660	
1587	Provision démolition	5 005 000			
2913	Dépréciation démolition	1 477 651		1 263 749	
491	Régul. Provision Créances irrécouvrables	1 860 000			
	Total	18 507 172	14 900 429	5 811 567	0
	Solde net des corrections en situation nette bilan d'ouverture 2015	3 606 743		5 811 567	

Source : CRC

Au total, les corrections opérées en situation nette se sont élevées à plus de 40 M€ et sont venues aggraver d'autant le report à nouveau déficitaire.

Le niveau des provisions actuelles semble satisfaisant au regard des documents disponibles. Mais cette documentation doit être complétée et fiabilisée de façon à constituer un dossier permanent des provisions opérant.

Recommandation

4. Constituer un dossier permanent complet et fiabilisé des provisions. *Mise en œuvre en cours.*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, si les comptes de l'établissement ont été certifiés sans réserves depuis 2015, un certain nombre de points doivent néanmoins faire l'objet d'une amélioration : un dossier permanent des provisions fiable et complet doit être constitué, la fiabilisation de l'état de l'actif doit être poursuivie et le contrôle interne comptable est à renforcer.

6. SITUATION FINANCIÈRE

À la fin de l'exercice 2017, les ratios financiers du CHU étaient dégradés sous l'effet conjugué d'une « maîtrise tardive du cycle d'exploitation »⁶⁹, notamment sur les dépenses de personnels, et d'un alourdissement des charges, notamment des dotations aux amortissements (du fait d'un cycle d'investissement très lourd entre 2007 et 2015) et aux provisions (en lien avec les opérations relatives à la certification des comptes à compter de 2015).

Ce constat a justifié son suivi par le Copermo performance à compter de 2016, à la suite d'une mission réalisée par l'IGAS.

Entre 2012 et 2017, la situation financière de l'établissement se caractérise par un taux de marge brute hors aides plus de deux fois inférieur au taux cible, une capacité d'autofinancement brute insuffisante et une capacité d'autofinancement nette quasiment nulle.

Les investissements ont donc essentiellement été financés par emprunt. La progression du fonds de roulement (+ 15 M€) n'a couvert qu'à hauteur d'un tiers la dégradation du besoin en fonds de roulement (+ 44 M€). La situation de trésorerie, déjà difficile en 2012 (- 34 M€) est ainsi devenue alarmante en 2017 (- 62 M€). En 2018, le CHU a dû mobiliser ses lignes de trésorerie à hauteur de 65 M€. Cette situation témoigne d'un profil d'endettement inadapté. Il n'est pas soutenable à moyen terme.

⁶⁹ Selon les termes du Copermo dans son diagnostic initial.

6.1. La situation consolidée

6.1.1. Les soldes intermédiaires de gestion

6.1.1.1. Des produits d'exploitation et une valeur ajoutée en progression

Les produits de l'établissement sont composés à plus de deux tiers par les produits de l'activité hospitalière⁷⁰ (issus principalement de la tarification des séjours) et à plus de 18 % par les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et par les financements du fonds d'intervention régional (FIR).

La dotation annuelle de financement (DAF) destinée au financement de la psychiatrie et des SSR, stable en valeur, ne représentait cependant que 3,65 % des produits d'exploitation du CHU en 2017 (contre 4,26 % en 2012).

Le financement des budgets annexes (unités de soins de longue durée) ne représente que 0,62 % des produits d'exploitation du CHU en 2017 (contre 1,16 % en 2012).

La croissance de l'activité de l'établissement en volume a permis d'enregistrer une progression de ses produits d'exploitation de 16,6 % sur la période sous revue (+ 161,5 M€).

La valeur ajoutée a cependant observé une croissance moindre (+ 70 M€ soit + 10,2 %) du fait d'une hausse de plus d'un tiers des consommations intermédiaires, dont la hausse des dépenses de médicaments.

6.1.1.2. Un excédent brut d'exploitation et une marge brute en diminution

Les charges de personnel ayant cru plus fortement que la valeur ajoutée (+ 80,4 M€ soit + 13 %), l'excédent brut d'exploitation se replie de 12 % (- 9,7 M€). Son niveau devient critique puisqu'il s'établit à 6,28 % des produits d'exploitation en 2017 (contre 8,3 % en 2012).

⁷⁰ Produits versés par l'assurance maladie (titre 1) et produits non versés par l'assurance maladie, donc en provenance des patients, mutuelles, État, etc.

tableau 23 : Soldes intermédiaires de gestion consolidés 2012-2017

Soldes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	575 017 742	586 969 857	616 133 153	635 422 921	655 594 542	673 162 702	98 144 960	17,1%
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (B)	78 887 255	78 945 515	85 801 919	83 320 718	90 797 262	91 105 371	12 218 116	15,5%
Sous-total variable selon l'activité (A + B)	653 904 997	665 915 372	701 935 072	718 743 639	746 391 805	764 268 074	110 363 077	16,9%
Produits du financement des activités de SSR		0	0	0	0	2 083 353	2 083 353	
MIGAC et FIR	183 111 197	187 974 222	186 856 314	198 988 145	199 566 130	208 712 489	25 601 292	14,0%
<i>dont aides CUC</i>	18 793 076	18 793 076	18 793 076	18 793 076	18 793 076	18 793 076	0	0,0%
Forfaits annuels	9 318 152	9 649 371	10 468 089	10 569 492	11 935 702	12 308 408	2 990 256	32,1%
Dotation annuelle de financement (DAF)	41 388 352	42 079 211	42 298 110	41 999 168	42 586 791	41 330 159	-58 193	-0,1%
Produits afférents aux soins (CRA)	4 762 010	4 732 342	3 997 485	4 036 305	2 636 642	2 428 527	-2 333 483	-49,0%
Produits afférents à la dépendance	1 151 807	1 099 801	1 023 432	882 951	581 508	561 160	-590 647	-51,3%
Produits de l'hébergement	2 870 619	2 832 035	2 603 403	2 115 877	1 456 648	1 381 737	-1 488 882	-51,9%
Autres produits de tarification des CRA	2 491 488	2 297 016	2 411 279	2 598 776	2 561 435	2 622 253	130 765	5,2%
Ventes de marchandises	29 825 577	27 566 431	61 735 986	50 306 013	43 103 906	42 476 951	12 651 374	42,4%
Autres produits	41 674 114	45 255 454	49 851 850	45 236 585	53 334 690	53 819 936	12 145 822	29,1%
Produits bruts d'exploitation	970 498 313	989 401 255	1 063 181 020	1 075 476 951	1 104 155 257	1 131 993 047	161 494 734	16,6%
Produits d'exploitation (hors aides CUC)	951 705 237	970 608 179	1 044 387 944	1 056 683 875	1 085 362 181	1 113 199 971	161 494 734	17,0%
<i>Consommations en provenance de tiers</i>	219 994 715	227 091 761	260 330 992	267 928 948	270 015 697	284 946 519	64 951 804	29,5%
<i>Charges externes</i>	61 944 667	63 663 693	69 931 655	75 448 984	86 174 158	87 845 906	25 901 239	41,8%
<i>Remboursements de frais des CRA</i>	1 733 066	1 716 994	1 719 899	1 834 743	1 236 477	1 176 329	-556 737	-32,1%
- Consommations intermédiaires	280 206 315	289 038 460	328 542 748	341 543 189	354 953 378	371 616 096	91 409 781	32,6%
VALEUR AJOUTEE	690 292 000	700 362 797	734 638 277	733 933 766	749 201 882	760 376 955	70 084 955	10,2%
VALEUR AJOUTEE (hors aides CUC)	671 498 924	681 569 721	715 845 201	715 140 690	730 408 806	741 583 879	70 084 955	10,4%
+ Subventions d'exploitation	10 780 278	4 997 731	7 491 287	11 707 142	12 895 027	11 398 548	618 270	5,7%
- Impôts et taxes	176 033	165 315	131 083	152 343	152 870	134 062	-41 971	-23,8%
- Charges de personnel (en net)	620 121 596	640 603 297	672 425 333	680 187 819	686 320 286	700 556 140	80 434 544	13,0%
EXCEDENT BRUT D EXPLOITATION	80 774 649	64 591 916	69 573 148	65 300 746	75 623 753	71 085 301	-9 689 348	-12,0%
+ Autres produits de gestion courante	19 219 310	18 386 374	21 888 737	21 095 407	24 076 631	23 941 136	4 721 826	24,6%
- Autres charges de gestion courante	1 600 007	3 083 194	2 870 808	23 761 275	25 697 887	24 865 258	23 265 251	1454,1%
<i>dont charges CUC</i>	0	0	0	18 793 076	18 793 076	18 793 076		
MARGE BRUTE	98 393 952	79 895 096	88 591 077	62 634 878	74 002 497	70 161 179	-28 232 773	-28,7%
MARGE BRUTE hors aides CUC et hors charges CUC	79 600 876	61 102 020	69 798 001	62 634 878	74 002 497	70 161 179	-9 439 697	-11,9%
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	8 200 415	18 736 099	3 210 326	7 592 529	15 299 805	14 675 350	6 474 935	79,0%
- Dotations aux amortissements	54 935 085	59 923 397	50 468 280	69 382 169	67 439 302	65 332 397	10 397 312	18,9%
- Dotations aux provisions et dépréciations	11 555 219	3 005 326	7 846 427	8 552 481	19 051 209	19 698 391	8 143 172	70,5%
RESULTAT D EXPLOITATION	40 104 063	35 702 472	33 486 696	-7 707 243	2 811 791	-194 259	-40 298 322	-100,5%
RESULTAT D'EXPLOITATION retraité aides CUC et charges CUC	21 310 987	16 909 396	14 693 620	-7 707 243	2 811 791	-194 259	-21 505 246	-100,9%
+ Produits financiers	288 360	1 202 100	256 993	285 642	274 661	327 887	39 527	13,7%
- Charges financières	11 349 110	14 150 422	15 691 033	15 883 796	14 691 435	13 832 806	2 483 696	21,9%
RESULTAT COURANT	29 043 313	22 754 150	18 052 656	-23 305 397	-11 604 983	-13 699 178	-42 742 491	-147,2%
RESULTAT COURANT (hors aides CUC et hors charges CUC)	10 250 237	3 961 074	-740 420	-23 305 397	-11 604 983	-13 699 178	-23 949 415	-233,6%
+ Produits exceptionnels	14 217 011	7 824 659	9 449 327	38 067 501	37 398 508	56 864 382	42 647 371	300,0%
- Charges exceptionnelles	41 751 631	40 148 787	41 567 494	43 068 977	43 498 002	53 856 901	12 105 270	29,0%
<i>dont charges CUC</i>	18 793 076	18 793 076	18 793 076	0	0	0		
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-27 534 619	-32 324 127	-32 118 166	-5 001 476	-6 099 493	3 007 481	30 542 100	-110,9%
RESULTAT NET	1 508 693	-9 569 978	-14 065 511	-28 306 873	-17 704 477	-10 691 697	-12 200 390	-808,7%
Résultat net hors CUC	1 508 693	-9 569 978	-14 065 511	-28 306 873	-17 704 477	-10 691 697	-12 200 390	-808,7%

Source : CRC d'après données IDAHO retraitées.

La marge brute se contracte davantage encore sous l'effet de la hausse des autres charges de gestion courante. Cette hausse est cependant essentiellement imputable au changement d'imputation du reversement des crédits Oncopôle par le CHU au GCS CUC. Le montant des aides attribuées à ce projet s'élève à 490 M€. Elles sont perçues par le CHU de Toulouse (à hauteur de 18,793 M€ par an) pour couvrir les frais financiers et le remboursement du capital des emprunts du projet Oncopôle. Elles sont intégralement reversées au GCS CUC. Dans les comptes du CHU, ce reversement était, de 2012 à 2014, imputé en charges exceptionnelles. Depuis 2015, il est imputé en « autres charges de gestion ». Il doit être retraité pour appréhender plus justement la marge brute.

Retraitée des crédits et charges relatifs au GCS CUC, la marge brute recule de 11,9 % sur la période sous revue.

Le taux de marge brute⁷¹ aidée⁷² a connu une forte dégradation sur la période, passant de 9,83 % à 6,01 %.

Retraité de l'intégralité des aides et des charges constituées par le reversement au GCS CUC, le taux de marge brute est encore plus faible et oscille depuis 2013 entre 3,2 % et 4,3 % des produits du CHU, soit un taux inférieur à la cible nationale fixée à 8 %.

tableau 24 : Marge brute aidée et hors aides

Tous budgets consolidés (CRPP+CRPA)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution
Sous total des charges	902 103 953	932 890 268	1 003 969 973	1 045 644 628	1 067 124 423	1 097 171 558	21,6%
Sous total des produits	1 000 497 906	1 012 785 364	1 092 561 050	1 108 279 505	1 141 126 920	1 167 332 738	16,7%
Marge brute avec aides	98 393 953	79 895 096	88 591 077	62 634 877	74 002 497	70 161 179	-28,7%
Taux de marge brute avec aides (facial)	9,83%	7,89%	8,11%	5,65%	6,49%	6,01%	
Marge brute aidée (hors aides CUC et hors charges CUC)	79 600 877	61 102 020	69 798 001	62 634 877	74 002 497	70 161 179	-11,9%
Taux de marge brute aidée (mais hors aides CUC et hors charges CUC)	8,11%	6,15%	6,50%	5,75%	6,59%	6,11%	
Aides nationales invest CHU	25 058 439	27 197 342	26 070 651	25 363 799	25 364 439	25 564 439	2,0%
Aides nationales invest Tiers	19 815 909	19 815 909	19 815 909	18 793 076	18 793 076	18 793 076	-5,2%
<i>dont aides CUC</i>	18 793 076	18 793 076	18 793 076	18 793 076	18 793 076	18 793 076	0,0%
Aides régionales invest	2 118 402	2 217 910	2 083 853	1 305 861	1 197 275	225 106	-89,4%
Total Aides	46 992 750	49 231 161	47 970 413	45 462 736	45 354 790	44 582 621	-5,1%
Total aides (hors CUC)*	28 199 674	30 438 085	29 177 337	26 669 660	26 561 714	25 789 545	-8,5%
Marge brute hors aides	51 401 203	30 663 935	40 620 664	35 965 217	47 440 783	44 371 634	-13,7%
Produits hors aides	953 505 156	963 554 203	1 044 590 637	1 062 816 769	1 095 772 130	1 122 750 117	17,7%
Taux de marge brute hors aides (et hors charges CUC)	5,39%	3,18%	3,89%	3,38%	4,33%	3,95%	

Source : CRC, d'après les comptes financiers

La hausse des dotations nettes aux amortissements et provisions ainsi que la progression des charges financières ont maintenu un résultat net déficitaire depuis 2013, en dépit, en 2016 et 2017, des cessions d'actifs (18,4 M€ entre 2014 et 2017 dont 16,3 M€ en 2016 et 2017).

Malgré le dynamisme des produits d'exploitation sur la période, la marge brute, hors aides, de l'établissement s'est contractée et se situe, en 2017, à moins de la moitié du taux cible national de 8 %.

6.1.2. La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement brute est relativement stable depuis 2013 en valeur absolue, oscillant entre 42 M€ et 53 M€. Elle représentait 4,33 % des produits courants du CHU en 2017 (4,53 % en 2018).

⁷¹ Il s'agit de la marge que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements.

⁷² Incluant toutes les aides reçues, nationales et régionales.

Toutefois, l'annuité en capital de la dette ayant progressé, la capacité d'autofinancement nette a diminué jusqu'à devenir négative en 2015. Elle n'est que très faiblement positive en 2017 (755 k€).

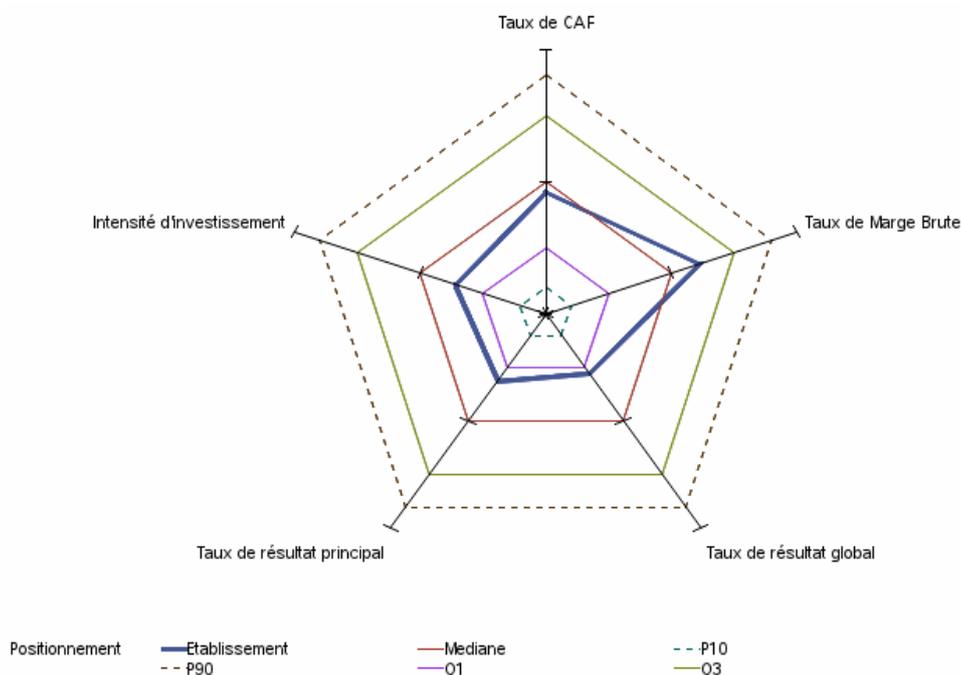
tableau 25 : Capacité d'autofinancement brute et nette

<i>en milliers d'euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits	1 000 498	1 012 785	1 092 561	1 108 280	1 141 127	1 167 333
CAF brute	64 973	42 061	50 303	43 208	53 959	50 491
<i>CAF brute en % des produits</i>	<i>6,49 %</i>	<i>4,15 %</i>	<i>4,60 %</i>	<i>3,90 %</i>	<i>4,73 %</i>	<i>4,33 %</i>
Remboursement des emprunts	28 519	34 804	43 825	47 367	48 556	49 735
CAF nette	36 454	7 257	6 478	- 4 159	5 403	755
<i>CAF nette en % des produits</i>	<i>3,64 %</i>	<i>0,72 %</i>	<i>0,59 %</i>	<i>- 0,38 %</i>	<i>0,47 %</i>	<i>0,06 %</i>

Source : CHU, retraitement CRC

Sur les principaux indicateurs financiers le CHU de Toulouse se situe en 2016 en dessous de la médiane des établissements de même catégorie, à l'exception du taux de marge brute, présenté ci-après sans retraitement des aides.

graphique 5 : Positionnement de l'établissement par rapport à l'ensemble des établissements de même catégorie



Source : Scansanté, fiche établissement, situation financière 2016

6.1.3. Un budget principal et huit budgets annexes

Le budget principal retrace l'activité sanitaire de l'établissement (budget H) ; il est complété par huit budgets annexes :

- la dotation non affectée aux services hospitaliers (budget A) ;
- l'unité de soins de longue durée – USLD (budget B) ;
- les écoles paramédicales et de sages-femmes (budget C) ;

- l'institut médico-éducatif– IME (budget P1) ;
- le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA (budget P2) ;
- la Halte Santé (budget P3) ;
- le centre d'action médico-sociale précoce - CAMSP (budget P4) ;
- le budget retraçant l'activité du GHT (budget G).

Le poids respectif de ces budgets avec leur contribution au résultat net consolidé sur la période sous revue se présente comme suit :

tableau 26 : Résultats par budget et résultat consolidé de 2012 à 2017 (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol en %
Budget principal (H)	Total des produits	1 017 095 161	1 033 777 704	1 109 186 497	1 158 072 548	1 200 751 401	1 240 725 600	22,0%
	Total des charges	1 016 166 921	1 043 432 017	1 123 280 864	1 187 890 808	1 219 822 879	1 251 334 270	23,1%
	Résultat H	928 239	-9 654 313	-14 094 368	-29 818 260	-19 071 477	-10 608 670	-1242,9%
Budget A (DNA)	Total des produits	517 921	464 198	450 014	2 376 585	956 719	1 453 868	180,7%
	Total des charges	401 077	417 954	379 015	371 040	350 417	369 032	-8,0%
	Résultat A	116 845	46 244	70 999	2 005 545	606 302	1 084 836	828,4%
Budget B (USLD)	Total des produits	9 362 003	8 773 758	7 846 715	7 461 081	4 843 242	4 426 876	-52,7%
	Total des charges	9 439 421	8 888 969	8 198 397	7 791 771	4 853 439	4 404 520	-53,3%
	Résultat B	-77 418	-115 211	-351 682	-330 690	-10 197	22 356	-128,9%
Budget C (Ecoles)	Total des produits	10 769 625	11 825 789	12 165 927	12 728 201	14 109 517	14 761 365	37,1%
	Total des charges	10 583 420	11 472 404	11 946 899	13 120 049	13 432 505	16 068 068	51,8%
	Résultat C	186 205	353 385	219 028	-391 848	677 012	-1 306 702	-801,8%
Budgets P (IME, CSAPA, Halte Santé et CAMSP)	Total des produits	2 720 861	2 415 639	2 685 296	2 957 864	2 780 646	2 952 269	8,5%
	Total des charges	2 366 037	2 615 721	2 594 785	2 729 484	2 686 763	2 835 785	19,9%
	Résultat P	354 824	-200 082	90 511	228 380	93 883	116 484	-67,2%
Budget G (GHT)	Total des produits						29 719	
	Total des charges						29 719	
	Résultat G						0	
Budget consolidé	Total des produits	1 040 465 571	1 057 257 088	1 132 334 448	1 183 596 278	1 223 441 525	1 264 349 697	21,5%
	Total des charges	1 038 956 876	1 066 827 064	1 146 399 960	1 211 903 151	1 241 146 003	1 275 041 393	22,7%
	Résultat net consolidé	1 508 695	-9 569 976	-14 065 512	-28 306 873	-17 704 477	-10 691 696	-808,7%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le budget principal représente 98 % des produits consolidés de l'établissement. Il fait l'objet d'une analyse détaillée ci-après.

Le budget de la dotation non affectée aux services hospitaliers (budget A) enregistre les produits et charges non rattachables à l'activité hospitalière et plus particulièrement ceux issus de l'entretien, de l'exploitation et de la cession du patrimoine de l'établissement. L'augmentation du résultat du budget A depuis 2015 s'explique essentiellement par des opérations de cession.

Le budget B retrace l'activité de l'USLD. Ce budget annexe est encadré par une convention tripartite en date du 28 décembre 2007 signée par l'ARS, le conseil départemental et le CHU. Le budget de l'USLD a été divisé par deux sur la période suite à une importante baisse capacitaire (passage de 120 à 60 lits en 2016). Après un exercice de transition en 2016, l'activité enregistrée en 2017 a été soutenue avec un taux d'occupation des lits de 97,6 %. En déficit croissant jusqu'en 2015, le budget USLD est revenu à l'équilibre en 2017.

Le budget des écoles paramédicales et de sages-femmes (budget C) est, en 2017, financé à 75 % par les subventions du conseil régional et, pour le reste, par des recettes propres (frais d'inscription et de scolarité). L'apparition d'un déficit significatif en 2017 (- 1,3 M€) est due à l'intégration, dans les dépenses du budget C, d'une charge de 3,1 M€ au titre de la participation financière du CHU à la construction du pôle régional de formation et d'enseignement aux métiers

de la santé. Structurellement excédentaire jusqu'en 2016, le budget C voit son équilibre remis en cause par le financement de la construction du pôle régional de formation et d'enseignement aux métiers de la santé.

Les budgets P (IME, CSAPA, CAMSP et Halte Santé) sont tendanciellement stables et dégagent globalement un faible excédent.

Le budget retraçant l'activité du GHT (budget G) a été créé le 1^{er} janvier 2017 conformément aux dispositions de l'article R. 6145-12 du code de la santé publique (CSP) qui prévoit que soient retracées en compte de résultat annexe, pour les établissements supports de GHT, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 du CSP, à savoir :

- les fonctions dévolues à l'établissement support : système d'information hospitalier convergent, département de l'information médicale de territoire, fonction achats, coordination des écoles, instituts de formation, plans de formation et de développement professionnel continu ;
- la gestion par l'établissement support des équipes médicales communes pour le compte des établissements parties ;
- la mise en place de pôles inter-établissements ;
- l'organisation en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale et de pharmacie.

Le compte de résultat annexe « G » créé au sein de l'établissement support, doit enregistrer, d'une part, les charges d'exploitation afférentes aux fonctions mutualisées dont la nature ne permet pas de les imputer établissement par établissement et, d'autre part, les contributions versées par les différents membres.

Ce compte de résultat annexe a vocation à retracer seulement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties. Ce budget n'est pas utilisé sur l'intégralité du périmètre réglementaire puisqu'en 2017 les dépenses et les recettes sont de 30 k€ correspondant à la mise à disposition d'un demi ETP de directeur de projet système d'information pendant six mois.

6.2. La situation du budget principal

Le budget principal retrace l'activité sanitaire de l'établissement : MCO et SSR. Une analyse détaillée des produits et charges du budget principal est disponible en annexe 5. Ne sont présentés ci-dessous que les éléments synthétiques et les évolutions les plus saillantes.

6.2.1. Les produits

Les produits du budget du budget principal s'établissent à 1 240 M€ en 2017.

Ils sont composés à plus de 75 % par ceux versés par l'assurance maladie (titre 1), à 7 % par les produits de l'activités hospitalière versés par les patients, mutuelles, État et autres organismes (titre 2) et à 13 % des autres produits (titre 3).

tableau 27 : Évolution des produits du budget principal de 2012 à 2017 (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol en %
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	801 454 560	805 428 217	833 826 693	886 979 727	909 683 166	937 597 113	136 142 553	17,0%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	78 887 255	78 945 516	85 801 920	83 320 718	90 797 263	91 105 372	12 218 116	15,5%
Titre 3	Autres produits	136 753 346	149 403 971	189 557 885	187 772 102	200 270 972	212 023 115	75 269 770	55,0%
TOTAL DES PRODUITS		1 017 095 161	1 033 777 704	1 109 186 497	1 158 072 548	1 200 751 401	1 240 725 600	223 630 439	22,0%

Source : CRC, à partir des comptes financiers

Leur hausse (+ 223 M€ soit + 22 % entre 2012 et 2017) s'explique :

- pour plus d'un quart par celle des recettes issues de la tarification des séjours dont la progression est cependant inférieure à celle du volume d'activité réalisée ;
- pour plus de 20 % par une progression des recettes issues du remboursement des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables en sus du séjours et des recettes de rétrocessions qui trouve cependant sa contrepartie en charges⁷³ ;
- pour 11 % par les reprises sur amortissements et provisions ;
- pour plus de 5 % par les produits de cessions d'actifs.

6.2.2. Les charges

Les charges du budget principal s'établissent à 1 240 M€ en 2017, en hausse de 23,1 % (+ 235 M€) par rapport à 2012, soit un point de plus, et 11,5 M€ de plus que la progression des produits sur la même période.

Elles sont composées à 55 % par les dépenses de personnel (titre 1), à 23,4 % par les charges à caractère médical (titre 2), à 9,7 % par celles à caractère hôtelier et général (titre 3) et à 11,9 % par les charges d'amortissement, dépréciations, provisions et exceptionnelles (titre 4).

Par rapport aux établissements de même catégorie, le CHU de Toulouse présente ainsi des charges de personnel et des charges à caractère médical proportionnellement moins importantes, mais des charges à caractère hôtelier et général et des charges d'amortissement, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles plus importantes. Cela est dû en grande partie au poids de la contribution au GCS CUC dans les charges du CHU et à la politique d'externalisation des prestations hôtelières.

La progression des charges s'explique :

- pour plus d'un tiers par la progression des charges de personnel (+ 79 M€) ;
- pour 40 % par la hausse des charges à caractère médical (+ 84,7 M€ dont plus de la moitié trouve sa contrepartie en recettes)⁷⁴ ;
- pour 4 % par la progression des dotations aux amortissements.

Les charges de personnel sont pour l'essentiel à l'origine de l'alourdissement structurel des charges sur la période sous revue.

L'évolution des dépenses de personnel se caractérise par quatre phénomènes :

⁷³ Modulo la marge réalisée par l'établissement.

⁷⁴ Dépenses de molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables et rétrocessions.

- la hausse de celles du personnel médical (salaires et charges sociales) est près de trois fois plus élevée en proportion (+ 26,14 %) que celle du personnel non médical (+ 9,10 %) ;
- l'évolution des dépenses de personnel non médical s'explique essentiellement par un effet prix (augmentation du point d'indice, protocole parcours professionnel, carrières et rémunération, glissement vieillesse technicité), les effectifs non médicaux étant demeurés relativement stables. Les dépenses de personnel non médical ont ainsi été relativement contenues au regard de l'évolution du nombre de séjours (+ 16,7 %) en cohérence avec l'évolution des recettes issues de la tarification des séjours (+ 11,9 %) ;
- en revanche, l'évolution des dépenses de personnel médical excède largement celle de l'activité tant en volume qu'en valeur. Cette évolution s'explique en partie par :
 - des mesures exogènes dont une revalorisation des grilles de rémunération, la mise en œuvre du plan ministériel « attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public » (+ 1 M€ sur le seul exercice 2017) ;
 - complétées par des mesures différenciées en matière d'attractivité médicale pour deux disciplines particulières avec une revalorisation des débuts de carrière (pôles anesthésie-réanimation et médecine d'urgences) ;
 - l'augmentation du nombre d'internes affectés par l'ARS (+ 2,9 M€ sur le seul exercice 2017 ; + 38,3 % entre 2012 et 2018) ;
 - l'augmentation des dépenses réalisées au titre de la permanence des soins (+ 4,2 M€, soit + 33,29 %).

Les dépenses au titre des seuls médecins seniors augmentent dans des proportions plus modérées (+ 16,44 %), cohérentes avec le volume d'activité.

tableau 28 : Évolution respective des dépenses de personnel médical et non médical (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Titre 1 - Charges de personnel	608 962 275	628 131 383	660 386 749	669 021 563	676 082 264	687 922 319	78 960 043	12,97%
Personnel non médical	470 741 268	483 001 243	505 445 777	506 610 079	507 308 622	513 566 944	42 825 676	9,10%
Personnel permanent	440 852 748	452 632 191	468 559 350	470 097 064	471 339 463	476 801 406	35 948 657	8,15%
Personnel non permanent	21 398 240	21 717 910	26 765 053	27 558 014	27 657 170	28 363 353	6 965 113	32,55%
Intérim	1 502 378	1 977 602	2 654 845	1 671 870	1 405 412	1 385 452	-116 927	-7,78%
Pers non méd mis à dispo	454 938	347 958	1 092 993	1 163 640	1 538 928	1 730 473	1 275 535	280,38%
Emplois aidés et autres	6 532 964	6 325 583	6 373 535	6 119 491	5 367 649	5 286 261	-1 246 702	-19,08%
Personnel médical	138 221 007	145 130 140	154 940 973	162 411 484	168 773 641	174 355 374	36 134 367	26,14%
Seniors	88 877 572	92 466 776	96 448 445	98 801 910	101 336 754	103 488 086	14 610 514	16,44%
Internes et étudiants	35 012 024	37 108 126	41 203 323	43 469 875	45 552 535	48 423 907	13 411 884	38,31%
Permanence des soins	12 896 455	13 191 675	13 958 914	15 314 151	16 432 249	17 190 194	4 293 739	33,29%
Personnel méd mis à dispo	1 434 957	2 363 563	3 330 291	4 825 548	5 452 103	5 253 188	3 818 231	266,09%

Source : CRC à partir des comptes financiers

L'évolution des dépenses au titre des personnels non médicaux contractuels (+ 50,6 %) est proportionnellement dix fois plus élevée que celle des personnels non médicaux titulaires (+ 4,9 %). Le poids des personnels contractuels non médicaux dans la masse salariale de l'établissement est ainsi passée de 11 % en 2012 à 15,1 % en 2017.

tableau 29 : Évolution des dépenses de non médical titulaire et contractuel (en €)

Personnel non médical	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Personnel titulaire et stagiaire	265 182 095	272 169 751	274 706 882	270 411 703	268 607 979	278 256 948	13 074 852	4,9%
Personnel contractuel	32 819 134	31 667 068	41 900 946	48 522 155	51 263 389	49 409 842	16 590 708	50,6%
<i>Poids du personnel contractuel</i>	<i>11,0%</i>	<i>10,4%</i>	<i>13,2%</i>	<i>15,2%</i>	<i>16,0%</i>	<i>15,1%</i>		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Les dépenses réalisées au titre de la permanence des soins sont en hausse de 30 % sur la période sous revue, notamment du fait de la multiplication des sites et du développement des coopérations territoriales.

Les dépenses de personnel extérieur à l'établissement augmentent de 4,97 M€ : leur poids rapporté au total des charges de personnel a ainsi doublé sur la période pour s'établir à 1,2 % en 2017, alors que la médiane des établissements de même catégorie pour cet indicateur se situe à 0,4 %.

6.3. Le financement des investissements

6.3.1. Un investissement financé par l'emprunt

Si la capacité d'autofinancement brute est demeurée relativement stable en valeur absolue, la progression de l'annuité en capital de la dette a mécaniquement réduit la capacité d'autofinancement nette. En cumul sur la période, le taux de capacité d'autofinancement nette n'est que de 17 % ce qui signifie que 83 % de la capacité d'autofinancement brute a été consommée par le remboursement des annuités en capital de la dette.

tableau 30 : tableau de financement des investissements (en €)

<i>en milliers d'euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	64 973	42 061	50 303	43 207	53 959	50 491	304 994
- Annuité en capital de la dette	28 519	34 804	43 825	47 367	48 556	49 735	252 806
<i>dont emprunts in fine (c/1632)</i>					3 333	3 333	
= Capacité d'autofinancement nette (a)	36 454	7 257	6 478	- 4 160	5 403	755	52 187
+ Apports	1 203	102	188	245	77	110	1 925
+ Subventions d'équipement reçues	259	507	23 197	6 049	2 374	5 698	38 084
+ Produits de cession	7	30	276	2 473	4 756	12 552	20 094
Recettes d'investissement hors emprunt (b)	1 469	639	23 661	8 767	7 207	18 360	60 103
= Financement propre disponible (a+b)	37 923	7 896	30 139	4 607	12 610	19 115	112 290
- Dépenses d'équipement réelles	133 518	134 492	81 745	53 550	50 176	41 196	494 677
Financement dispo/ dépenses d'équipement	28,4 %	5,9 %	36,9 %	8,6 %	25,1 %	46,4 %	22,7 %
<i>dont immobilisations incorporelles</i>	<i>2 121</i>	<i>1 755</i>	<i>1 650</i>	<i>3 332</i>	<i>1 518</i>	<i>1 599</i>	11 975
<i>dont agencements et aménagements de terrains</i>	<i>0</i>	<i>18</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>11</i>		29
<i>dont constructions sur sol propre</i>	<i>2</i>	<i>10 266</i>	<i>503</i>	<i>112</i>	<i>438</i>	<i>4 272</i>	15 593
<i>dont installations techniques, matériel et outillage industriel</i>	<i>9 437</i>	<i>6 144</i>	<i>8 636</i>	<i>9 237</i>	<i>7 992</i>	<i>6 919</i>	48 365
<i>dont autres immobilisations corporelles</i>	<i>6 625</i>	<i>6 691</i>	<i>2 122</i>	<i>5 048</i>	<i>7 663</i>	<i>3 055</i>	31 204
<i>dont immobilisations en cours</i>	<i>115 334</i>	<i>109 618</i>	<i>68 835</i>	<i>35 821</i>	<i>32 554</i>	<i>25 351</i>	387 513
- Prises de participation nettes	15 000	- 14 710	18	- 180	13	0	141
- Immobilisations financières nettes	9	- 5	- 45	0	- 36	0	- 77
- Autres	- 5 234	0	22 257	1 886	- 259	205	18 855
= Besoin de financement propre	- 105 370	- 111 881	- 73 836	- 50 649	- 37 284	- 22 286	- 401 306
+ Nouveaux emprunts	111 500	120 244	77 079	40 100	41 200	34 931	425 054
= Apport /prélèvement sur fonds de roulement	6 130	8 363	3 243	- 10 549	3 916	12 644	23 747

Source : CRC, d'après les comptes financiers

La CAF nette cumulée (52 M€) représente moins de la moitié du financement propre cumulé, lequel atteint 112 M€ grâce aux subventions d'équipement perçues (38 M€) et aux produits de cession (20 M€).

Toutefois, le financement propre n'a pu couvrir que 22,7 % des investissements réalisés sur la période dont le montant s'est élevé à 494,7 M€. Ces investissements ont cependant été concentrés sur les deux premiers exercices de la période (54 %). Ils ont fortement décliné par la suite.

Le besoin de financement s'est élevé à 401 M€, couvert par 425 M€ d'emprunts nouveaux ce qui a permis un apport au fonds de roulement à hauteur de 23,7 M€.

Le financement des investissements sur la période sous revue a donc été assuré à plus de 80 % par emprunt.

6.3.2. Une forte diminution des investissements depuis 2014

La contrainte d'endettement du CHU (cf. *infra* § 6.4.3) l'a conduit à limiter ses investissements au renouvellement des immobilisations et aux opérations urgentes. Le taux de renouvellement des immobilisations est ainsi passé de 9,4 % en 2012 à 2,65 % en 2017⁷⁵ et l'intensité d'investissement de 12,9 % en 2013 à 3,32 % en 2017⁷⁶. Alors qu'il figurait parmi les établissements ayant une politique d'investissement les plus intenses en début de période, le CHU de Toulouse figure aujourd'hui parmi les 20 % d'établissements de même catégorie affichant l'investissement le plus faible. Il en découle une forte dégradation de ses ratios de vétusté⁷⁷.

6.4. La situation patrimoniale

6.4.1. Une croissance tendancielle des immobilisations partiellement masquée

Les immobilisations ont cru de 118 M€ entre 2012 et 2017, soit une hausse tendancielle de 8,2 %, et ce, malgré la forte baisse enregistrée en 2015 suite à l'entrée dans le processus de certification des comptes. En effet, après un rapprochement entre inventaire et état de l'actif, plus de 10 000 fiches d'inventaire correspondant à des actifs n'ayant plus de réalité physique ont été sorties. La valeur de l'actif brut a ainsi été diminuée de plus de 151 M€ entre 2014 et 2015, baisse partiellement compensée (à hauteur d'un quart) par les hausses découlant de la mise en service de nouvelles immobilisations.

tableau 31 : Détail des immobilisations et total des emplois stables (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Immobilisations incorporelles	34 451 246	35 845 194	37 366 465	18 141 878	19 654 896	21 265 746	-13 185 500	-38,3%
Immobilisations corporelles	1 387 895 497	1 516 767 082	1 591 421 863	1 501 337 811	1 509 395 994	1 535 639 992	147 744 495	10,6%
dont terrains	16 773 296	19 182 338	24 735 463	28 741 229	29 955 567	30 684 433	13 911 137	82,9%
dont constructions	662 023 978	729 687 651	1 065 775 377	1 138 499 877	1 130 424 478	1 169 376 011	507 352 033	76,6%
dont installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	357 423 937	382 135 490	409 461 087	321 827 794	323 263 421	323 641 533	-33 782 404	-9,5%
dont avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles	351 674 285	385 761 601	91 449 929	12 268 904	23 342 902	9 528 390	-342 145 895	-97,3%
dont immobilisations affectées ou mises à disposition	0	0	0	0	2 409 619	2 409 619	2 409 619	
Immobilisations financières	18 577 739	3 862 009	3 834 780	2 691 087	2 667 891	2 723 326	-15 854 413	-85,3%
dont participations et créances rattachées	18 137 410	3 427 410	3 445 010	2 532 667	2 545 267	2 545 267	-15 592 143	-86,0%
dont autres immobilisations financières	440 328	434 598	389 770	158 419	122 623	178 058	-262 270	-59,6%
Total immobilisations	1 440 924 482	1 556 474 285	1 632 623 108	1 522 170 776	1 531 718 781	1 559 629 064	118 704 582	8,2%
Créances de l'article 58	2 491 283	2 491 283	2 491 283	2 491 283	2 491 283	2 491 283	0	0,0%
	1 290 924 482	1 406 474 285	1 482 623 108					
= Emplois stables (b)	1 443 415 765	1 558 965 568	1 635 114 391	1 524 662 059	1 534 210 064	1 562 120 347	118 704 582	8,2%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

Dans la mesure où le montant des immobilisations était surévalué d'environ 150 M€ avant 2015, leur progression réelle de 2012 à 2017 a été d'environ 20 % (+ 268 M€).

⁷⁵ Taux de renouvellement des immobilisations : 9,4 % en 2012 ; 8,7 % en 2013 ; 5,0 % en 2014 ; 3,5 % en 2015 ; 3,29 % en 2016 et 2,65 % en 2017. En 2017 le CHU de Toulouse figure ainsi en-dessous du deuxième décile des établissements de même catégorie pour cet indicateur. Source : TBFEPS.

⁷⁶ Intensité de l'investissement : 12,9 % en 2013 ; 7,4 % en 2014, 4,6 % en 2015 ; 4,2 % en 2016 ; 3,32 % en 2017. Il figure en 2017 au niveau du deuxième décile des établissements de même catégorie. Source : Hospidiag, indicateur F6D. Il est communément admis (ratio DGOS) que lorsque ce taux est inférieur à 3 % le patrimoine de l'établissement se dégrade.

⁷⁷ Le taux de vétusté des équipements (amortissement des équipements rapporté aux actifs bruts concernés) du CHU est de 82,71 % en 2017 soit au niveau des 20 % des établissements de même catégorie ayant le taux de vétusté le plus important alors qu'il se situait au niveau de la médiane en 2016.

6.4.2. Des fonds propres élargis en faible progression

La croissance des immobilisations n'a pas pu être financée par l'évolution des fonds propres élargis, qui n'ont que faiblement progressé (+ 31 M€), du fait de la contraction des fonds propres *stricto sensu* (- 44 M€).

tableau 32 : Détail des fonds propres et fonds propres élargis (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Apports	121 300 870	121 402 768	99 333 551	94 876 424	94 953 017	95 062 684	-26 238 186	-21,6%
Excédents affectés à l'investissement	130 614 427	130 917 476	138 608 541	191 281 826	198 089 965	198 592 849	67 978 422	52,0%
Amortissements	736 653 758	792 489 684	837 560 847	695 695 333	717 227 172	772 609 735	35 955 977	4,9%
Dépréciations	0	0	0	1 136 976	1 713 660	1 371 811	1 371 811	
Réserve de trésorerie	43 011 805	43 011 805	43 011 805	43 011 805	43 011 805	43 011 805	0	0,0%
Réserve de compensation	1 043 448	1 043 448	1 043 448	1 043 448	1 043 448	3 353 983	2 310 535	221,4%
Report à nouveau excédentaire	885 443	1 240 267	1 393 570	1 703 109	3 545 185	2 657 644	1 772 201	200,1%
Report à nouveau déficitaire	-20 080 503	-19 229 682	-54 213 039	-80 297 233	-116 257 750	-135 385 221	-115 304 718	574,2%
Résultat comptable	1 508 694	-9 569 976	-14 065 511	-28 306 873	-17 704 477	-10 691 696	-12 200 390	-808,7%
= Fonds propres	1 014 937 942	1 061 305 790	1 052 673 212	920 144 815	925 622 025	970 583 594	-44 354 348	-4,4%
+ Subventions d'investissement	1 100 695	1 450 275	15 619 571	17 286 935	17 857 611	18 259 495	17 158 800	1558,9%
+ Provisions réglementées	79 737 234	87 224 143	109 896 919	108 472 129	113 816 198	118 443 915	38 706 681	48,5%
+ Provisions pour risques et charges	40 929 094	25 062 320	36 777 738	42 374 502	47 196 413	45 862 992	4 933 898	12,1%
+ Autres dépréciations	5 624 000	5 760 000	6 500 000	9 943 000	14 107 375	20 805 685	15 181 685	269,9%
= Fonds propres élargis	1 142 328 965	1 180 802 528	1 221 467 440	1 098 221 381	1 118 599 622	1 173 955 681	31 626 716	2,8%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

6.4.2.1. Une contraction des fonds propres...

Les fonds propres se sont érodés, principalement sous l'effet de l'alourdissement du report à nouveau déficitaire (- 115 M€) et ce, en dépit de l'augmentation conjuguée des excédents affectés à l'investissement (+ 67,9 M€) et des amortissements (+ 35,9 M€).

La dégradation du report à nouveau déficitaire résulte essentiellement de l'accumulation des résultats eux-mêmes⁷⁸ et, plus marginalement, de corrections effectuées en situation nette pour régulariser les provisions dont certaines étaient insuffisantes et d'autres n'avaient plus lieu d'être (cf. partie fiabilité).

S'agissant des excédents affectés à l'investissement, leur progression de 67 M€ sur la période s'explique par 52,6 M€ de corrections en situation nette effectuées en 2015 pour la régularisation des méthodes d'amortissement (cf. partie fiabilité).

L'évolution des amortissements résulte de l'effet conjugué de la hausse des immobilisations et du changement des méthodes d'amortissement.

6.4.2.2. ...compensée par la progression des provisions et des subventions d'investissement

Les provisions réglementées ont cru sous l'effet de la hausse des aides d'investissement perçues par le CHU qu'il a provisionnées à compter de 2014 au compte 142 « Provisions pour renouvellement des immobilisations ». Ce provisionnement n'était cependant effectué que très partiellement avant 2014 (cf. partie fiabilité).

⁷⁸ Le résultat net consolidé s'est élevé à + 0,672 M€ en 2011 ; 1,5 M€ en 2012 ; - 9,569 M€ en 2013 ; - 14, 065 M€ en 2014 ; - 28,306 M€ en 2015 ; - 17,704 M€ en 2016, soit - 67,4 M€ en cumul.

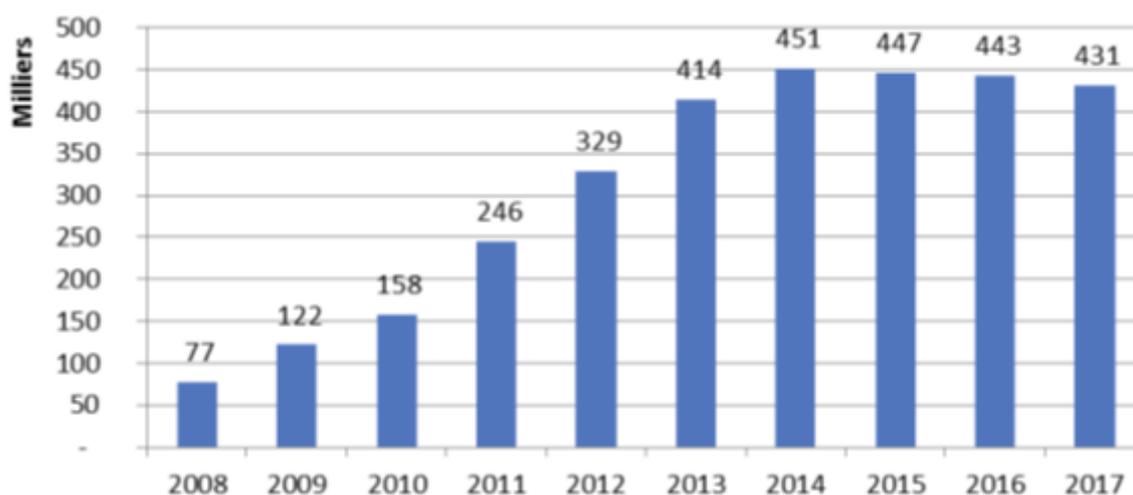
Les fonds propres élargis n'ont pas permis de couvrir la croissance en montant des immobilisations. S'ils finançaient 79,1 % des emplois stables en 2012 (dont le montant était surévalué)⁷⁹, il n'en couvraient plus que 75 % en 2017.

6.4.3. Un endettement sous contrainte

Face à l'atonie des fonds propres élargis, l'évolution des emplois stables a essentiellement été couverte par le recours à l'emprunt.

L'encours de dette était de 431,12 M€ au 31 décembre 2017, après avoir atteint 451 M€ en 2014, alors qu'il était de 329 M€ en 2012. Il a donc observé une progression d'un tiers sur la période sous revue. Il s'établissait à 411,3 M€ à la fin de l'exercice 2018 (diminution constante depuis 2014).

graphique 6 : Évolution de l'encours de dette



Source : CHU de Toulouse, rapport financier 2017

Rapporté aux produits, l'encours de la dette se situait en 2017 (34,8 % des produits) à un niveau proche de celui de 2012 (32,1 %), en diminution depuis 2014 où il avait atteint 40,8 %. Il demeure toutefois supérieur au seuil réglementaire (article D. 6145-70 du CSP) des 30 %. Le taux d'indépendance financière est, depuis 2013, au-dessus de la limite réglementaire des 50 % (53,19 % en 2017). La durée apparente de la dette se situe à 8,5 années, soit en dessous du seuil réglementaire des 10 ans.

tableau 33 : Ratios d'endettement (article D. 6145-70 du code de la santé publique)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Indépendance financière (en %)	45,2	51,4	53,5	51,55	52,33	52,51
Durée apparente de la dette (en années)	5,1	9,8	9	10,34	8,2	8,54
Poids de la dette (en %)	32,1	39,8	40,8	38,69	37,06	34,79

Source : CRC à partir des données IDAHO.

Le CHU ayant toujours eu, depuis 2013, au moins deux des trois indicateurs dépassant les seuils réglementaires, son recours à l'emprunt est, aux termes des dispositions de l'article

⁷⁹ Les immobilisations étaient surévaluées jusqu'au bilan d'entrée 2015 du fait de l'absence de la sortie de l'actif des immobilisations n'ayant plus de réalité physique.

D. 6145-70 du CSP, subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé.

L'encours de dette du CHU ne présente pas de risque important : il est composé à 80,74 % d'un encours à taux fixe, 10,62 % à taux variable (4,71 % en livret A et 5,91 % en EURIBOR 12 M), 6,26 % en taux fixe à barrière et 2,37 % d'emprunts annulables⁸⁰.

tableau 34 : Décomposition de l'encours de dette par type de risque (2018)

Type	Encours	% d'exposition	Taux moyen (Ex. Annuel)
Fixe	332 092 807 €	80,74%	2,98%
Variable	24 316 375 €	5,91%	0,43%
Livret A	19 375 000 €	4,71%	1,76%
Annulable	9 750 000 €	2,37%	4,80%
Barrière	25 764 212 €	6,26%	3,53%
Ensemble des risques	411 298 394 €	100,00%	2,85%

Source : CHU

Le CHU affiche un indice Gissler 1A (risque le plus faible) pour 91,37 % de son encours de dette, 1B pour 6,26 % et 1C pour 2,37 % de son encours.

L'encours présentait à la fin de l'exercice 2018 un taux moyen de 2,85 % et une durée de vie moyenne de 7 ans. Il est réparti entre 42 prêts auprès de 13 organismes bancaires et d'un emprunt obligataire. Le CHU a contracté en 2013 un emprunt obligataire d'un montant de 30 M€, qui présente deux difficultés :

- un taux d'intérêt supérieur à celui obtenu sur le marché bancaire classique (3,65 % contre 2,81 % pour les autres emprunts classiques du CHU et 2,62 % pour les emprunts *revolving* consolidés) ;
- un remboursement *in fine* du principal qui va placer l'établissement dans une situation de trésorerie délicate (avec un mur obligataire de 30 M€ en 2023).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, la politique d'investissement volontariste du CHU s'est construite au prix d'une hausse de l'endettement par rapport à la période précédente. Malgré la diminution relative de l'encours de dette depuis 2014, les ratios d'endettement demeurent au-dessus des seuils réglementaires. Ils contraignent réglementairement le CHU à solliciter, depuis 2014, l'autorisation de l'ARS pour recourir à l'emprunt.

Depuis, le recours à l'emprunt est chaque année limité (40 M€ en 2015, 41 M€ en 2016, 35 M€ en 2017, 30 M€ en 2018). La sortie brutale de son cycle d'investissement résultant de la contrainte d'endettement actuelle ne permet pas au CHU d'envisager les opérations que nécessiterait une restructuration aboutie.

⁸⁰ Le CHU gère deux emprunts structurés contractés en 2009 et 2011 pour un montant initial respectivement de 20 M€ et 2 M€ dont l'encours en 2018 s'élève respectivement à 11 250 000 € et 71 428 €.

6.4.4. Un fonds de roulement insuffisant

Malgré les variations résultant des corrections liées à la certification des comptes et la légère amélioration en 2017, le fonds de roulement du CHU est structurellement faible sur toute la période.

tableau 35 : Évolution du fonds de roulement net global

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Fonds propres élargis	1 142 328 965	1 180 802 528	1 221 467 440	1 098 221 381	1 118 599 622	1 173 955 681	31 626 716	2,8%
+ Dettes financières	328 521 756	413 961 403	450 548 641	446 615 189	442 593 045	431 121 477	102 599 721	31,2%
= Ressources stables (a)	1 470 850 721	1 594 763 931	1 672 016 081	1 544 836 570	1 561 192 667	1 605 077 158	134 226 437	9,1%
Emplois stables (b)	1 443 415 765	1 558 965 568	1 635 114 391	1 524 662 059	1 534 210 064	1 562 120 347	118 704 582	8,2%
Fonds de roulement net global (c= a-b)	27 434 957	35 798 365	36 901 691	20 174 513	26 982 606	42 956 815	15 521 858	56,6%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Il s'établit à 17,62 jours de charges courantes en 2017⁸¹ soit au niveau du décile le plus faible des établissements de sa catégorie ; la médiane se situant à 39,14 jours⁸².

Compte tenu d'un besoin en fonds de roulement cible d'une trentaine de 30 jours de charges courantes et d'un niveau de trésorerie cible minimum d'une dizaine de jours, le fonds de roulement devrait représenter au moins 40 jours de charges courantes, soit un niveau deux fois plus élevé que celui actuel.

6.4.5. Un besoin en fonds de roulement en hausse

Le besoin en fonds de roulement représente le besoin de financement qui découle du cycle d'exploitation de l'établissement. Le besoin en fonds de roulement du CHU représentait en 2017 l'équivalent de 35,89 jours de charges courantes, soit un niveau légèrement supérieur à la médiane des établissements de sa catégorie⁸³. Ce niveau n'a cessé d'augmenter sous la période sous revue⁸⁴ à l'exception de l'exercice 2015.

⁸¹ Il était de 13,78 jours de charges courantes en 2013 et de 15,07 en 2016, soit entre le premier et deuxième décile des établissements de même catégorie, soit parmi les 10 à 20 % ayant le fonds de roulement le plus faible.

⁸² Source : TBFEPS 2015-2017.

⁸³ 33,37 jours en 2017, source : TBFEPS.

⁸⁴ Il était de 24,19 jours en 2013.

tableau 36 : Évolution du besoin en fonds de roulement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Stocks	8 897 179	9 092 692	19 058 066	20 528 766	22 273 392	20 544 769	11 647 590	130,9%
Hospitalisés et consultants	12 196 314	11 299 726	12 278 453	13 020 221	11 923 386	12 378 484	182 170	1,5%
Caisses de Sécurité Sociale	89 719 010	101 543 769	127 704 543	127 722 969	135 397 388	166 309 383	76 590 373	85,4%
Départements	454 608	349 862	447 143	282 836	326 807	222 594	-232 014	-51,0%
Mutuelles et autres tiers-payants	16 389 424	16 762 517	22 738 366	24 858 160	27 307 243	26 644 140	10 254 716	62,6%
Etat et collectivités locales	1 754 588	2 630 305	2 830 956	2 862 060	2 473 747	3 276 132	1 521 544	86,7%
Autres créances	19 498 277	20 647 257	38 942 017	49 921 468	69 009 531	86 856 356	67 358 079	345,5%
Dépenses à classer	0	303 182	0	0	232 372	0	0	#DIV/0!
= Créances (d)	148 909 403	162 629 313	223 999 547	239 196 483	268 943 870	316 224 360	167 314 957	112,4%
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	38 253 244	38 648 145	51 787 427	77 324 059	73 864 293	90 665 090	52 411 846	137,0%
Dettes fiscales et sociales	41 079 084	42 356 813	47 242 752	51 369 208	50 385 535	52 877 028	11 797 944	28,7%
Avances reçues	245 555	5 198 407	7 639 761	6 014 270	4 886 881	4 784 811	4 539 256	1848,6%
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	381 335	265 242	481 619	9 732 523	632 060	1 657 816	1 276 481	334,7%
Autres dettes diverses	6 374 376	12 106 605	28 655 089	46 703 003	43 217 649	45 985 966	39 611 590	621,4%
Recettes à classer ou à régulariser	1 008 599	730 961	1 435 034	2 365 757	7 777 609	14 649 961	13 641 362	1352,5%
= Dettes (e)	87 342 193	99 306 173	137 241 682	193 508 820	180 764 027	210 620 672	123 278 479	141,1%
Besoin en fonds de roulement (f= d-e)	61 567 210	63 323 140	86 757 865	45 687 663	88 179 843	105 603 688	44 036 478	71,5%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Cette dégradation du besoin en fonds de roulement résulte d'une augmentation des créances (+ 167,3 M€) plus importante que celle des dettes (+ 123,27 M€).

Le CHU présentait un niveau de créances patients et mutuelles non recouvrées au 31 décembre de l'exercice 2016 équivalent à 144,4 jours d'exploitation⁸⁵ qui bien qu'élevé se situe sous la médiane des établissements de même catégorie.

Il s'explique partiellement par la chaîne de facturation de l'établissement dont la performance doit être améliorée. L'indice de facturation⁸⁶ du CHU de Toulouse s'est dégradé de 2014 à 2016 avant de s'améliorer en 2017. Il demeure cependant inférieur à la médiane des établissements de même catégorie. Il n'a pas retrouvé son niveau de 2013⁸⁷.

L'ordonnateur indique en réponse avoir d'ores et déjà mis en œuvre diverses mesures pour améliorer la chaîne de facturation et de recouvrement auprès des mutuelles et des patients. Il précise qu'une part importante des difficultés de recouvrement concerne les patients relevant de l'aide médicale d'État, des soins urgents, des patients en situation précaire ou des patients avec un visa touriste entrés par les urgences, ayant une assurance ou pas, ne couvrant pas souvent certains risques.

Les dettes fournisseurs ont fortement crû sur la période et représentaient 75,1 jours de charges courantes en 2017 (73,4 jours de charges courantes au 31 décembre 2016), soit un niveau proche de celui des 20 % d'établissements ayant le niveau de dettes fournisseurs le plus élevé.

La forte dégradation du besoin en fonds de roulement a pesé lourdement sur la situation de trésorerie de l'établissement.

⁸⁵ Indicateurs Hospidiag F11D en 2016.

⁸⁶ L'indicateur Hospidiag P15 « indice de facturation » cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie. Il doit tendre vers 0.

⁸⁷ L'indice de facturation du CHU était de 6,7 en 2013 ; 13 en 2014 ; 9,8 en 2015 ; 11,8 en 2016 et 8,2 en 2017.

6.4.6. Une trésorerie fortement négative

En moyenne, le fonds de roulement s'est élevé à 31 M€ par an, couvrant 42 % du besoin en fonds de roulement moyen (75 M€). La trésorerie a été structurellement négative à hauteur de - 43 M€ en moyenne par an.

Entre 2012 et 2017, le besoin en fonds de roulement a augmenté (+ 44 M€) en valeur absolue trois fois plus que le fonds de roulement net global (+ 15,5 M€). La trésorerie est très fortement négative (- 60 M€ depuis 2016).

tableau 37 : Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Fonds de roulement net global	27 434 957	35 798 365	36 901 691	20 174 513	26 982 606	42 956 815	15 521 858	56,6%
- Besoin en fonds de roulement	61 567 210	63 323 140	86 757 865	45 687 663	88 179 843	105 603 688	44 036 478	71,5%
=Trésorerie	-34 132 250	-27 524 771	-49 856 171	-25 513 145	-61 197 237	-62 646 872	-28 514 622	83,5%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

Le besoin de trésorerie s'élève à plus de 20 jours de charges courantes depuis 2016. La situation du CHU figure parmi la plus dégradée des établissements de même catégorie qui disposent (en niveau médian) d'une trésorerie égale à huit jours environ de charges courantes en 2017.

Les disponibilités étant marginales, la couverture de la trésorerie est assurée par des lignes de trésorerie dont les tirages, depuis 2014, dépassent le niveau du fonds de roulement net global. Ils atteignent 58 M€ en 2017.

tableau 38 : Décomposition de la trésorerie (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Disponibilités (g)	25 924	28 348	44 803	35 191	5 521 414	47 593	21 669	83,6%
- Financements à court terme (h)	34 158 174	27 553 119	49 900 974	25 548 336	66 718 652	62 694 466	28 536 292	83,5%
dont fonds en dépôt	620 459	481 886	794 587	861 568	847 788	615 420	-5 039	-0,8%
dont intérêts courus non échus	2 487 715	4 371 233	4 635 213	4 674 630	4 476 715	4 173 772	1 686 057	67,8%
dont crédits de trésorerie	31 050 000	22 700 000	44 471 173	20 012 137	61 394 148	57 905 273	26 855 273	86,5%
=Trésorerie (g-h)	-34 132 250	-27 524 771	-49 856 171	-25 513 145	-61 197 237	-62 646 872	-28 514 622	83,5%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

L'établissement disposait en 2018 de cinq lignes de trésorerie⁸⁸ pour un montant de 85 M€ avec un tirage d'environ 65 M€ fin 2018. Cette situation témoigne d'un financement inadapté. Il n'est plus soutenable.

6.5. La trajectoire de redressement et l'évolution prévisionnelle

La situation financière et patrimoniale du CHU de Toulouse est structurellement dégradée sur la période sous revue, bien que partiellement masquée par les aides reçues, le non

⁸⁸ Dans une optique de « trésorerie zéro » et afin d'ajuster au mieux les tirages, le CHU a établi une procédure de gestion quotidienne des flux de trésorerie. Il élabore également un plan prévisionnel de trésorerie en début d'exercice.

provisionnement de certaines d'entre elles, les corrections bilanciennes découlant de la certification des comptes et des changements inhérents aux modalités de valorisation des séjours⁸⁹.

6.5.1. Les plans de redressement successifs : plan performance, plan Avenir et plan complémentaire demandé par le Copermo

6.5.1.1. Un premier plan de performance en 2012 sans incidence financière significative

Décliné en six chantiers⁹⁰, il a été élaboré en 2012. Ce plan n'est cependant pas parvenu à améliorer la situation financière de l'établissement pour deux raisons principales :

- le ciblage réalisé pour les économies sur les dépenses de fonctionnement ne concernait qu'un périmètre restreint (essentiellement les services supports), excluant une interrogation d'ensemble sur les dépenses de personnel ;
- le contexte social a rendu sa mise en œuvre difficile et partielle.

Le projet d'établissement 2013-2018 a été élaboré à la suite de ce plan de performance mais n'a intégré que marginalement les problématiques liées à la contrainte budgétaire (cf. *supra* § 2.4.1).

Après deux années de mise en œuvre, le Copermo a inscrit en 2015 le CHU de Toulouse sur la liste des établissements devant faire l'objet d'un suivi à cause de la convergence de trois indicateurs : un résultat déficitaire, une capacité d'autofinancement nette négative et un endettement élevé.

En réponse, le CHU de Toulouse a adopté, le 28 juin 2016, à l'issue d'une mission d'appui réalisée par l'IGAS, un plan d'action, intitulé Avenir, approuvé par l'ARS et devant permettre le retour à l'équilibre financier.

6.5.1.2. Les mesures du plan Avenir

Le plan Avenir, partant du constat que le CHU était en retard sur l'adaptation de son programme capacitaire et que ses organisations devaient s'améliorer, est articulé autour de six chantiers⁹¹.

Ses 28 fiches actions devaient permettre à l'établissement de réaliser un effort de 30,8 M€ sur la période 2016-2020 dont 22,7 M€ d'économies (73 % du plan) et 8,1 M€ de recettes supplémentaires (27 % du plan). Les efforts devaient initialement être concentrés sur les exercices 2017 (38 % des efforts) et 2018 (30 %) afin de permettre au CHU de ne plus recourir à l'emprunt pour le financement de son plan pluriannuel d'investissements à compter de l'année 2018.

⁸⁹ Notamment la facturation segmentée des séjours multi-sites.

⁹⁰ Les six chantiers du plan de performance 2012 sont : la pertinence des soins ; le travail bien fait ; l'efficacité de la décentralisation ; la réduction des dépenses de fonctionnement ; le développement des recettes ; l'investissement réfléchi et productif.

⁹¹ Ces six chantiers étaient améliorer la pertinence de l'hospitalisation et la qualité des parcours patient dans le territoire ; valoriser la recherche d'une plus grande efficacité des organisations soignantes et des fonctions support ; entrer dans une logique de juste consommation, d'amélioration de la pertinence de la prescription interne et externe et d'optimisation des achats ; négocier un nouveau pacte attractivité : modernisation de l'accueil des patients, amélioration de la qualité de vie au travail, prise en compte des attentes des jeunes professionnels ; innover dans l'optimisation du fonctionnement des plateaux techniques, le développement de la recherche et l'exercice des missions de recours ; renforcer le pilotage de l'activité, des recettes et des dépenses et la qualité de la chaîne de facturation.

Les recettes supplémentaires envisagées (+ 8,1 M€) étaient liées :

- au déploiement du dossier de soins informatisé et à l'amélioration du codage (+ 2 M€) ;
- à l'amélioration de la valorisation de ses activités subsidiaires et notamment de recherche (+ 3,4 M€ de 2017 à 2020) ;
- au développement, dans le cadre du GHT, d'actions de coopération dans le domaine de la pharmacotechnie et de la biologie (+ 2 M€ mais avec des dépenses correspondantes de + 0,9 M€).

L'évolution prévisionnelle des recettes reposait sur une hypothèse de croissance de 1,75 %, soit un taux cohérent par rapport à la variation annuelle moyenne des recettes d'activité observées sur la période précédente.

Les économies anticipées par le plan Avenir reposaient sur une maîtrise des dépenses de personnel non médical devant aboutir à la suppression de 334 ETP non médicaux (14,4 M€) entre 2016 et 2020 en mettant en œuvre les actions suivantes :

- la réduction du capacitaire avec la fermeture d'une soixantaine de lits sur 2017 et 2018 grâce au développement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation de jour et au regroupement des unités d'hospitalisation (- 65 ETP) ;
- le déploiement des maquettes organisationnelles (- 151 ETP) ;
- la mutualisation des activités de soins (- 30 ETP) ;
- la poursuite de la sous-traitance du bio-nettoyage et du brancardage (- 43 ETP) ;
- la ré-interrogation du fonctionnement des directions fonctionnelles, dont les bureaux des entrées (- 45 ETP) ;
- la mise en place de pratiques de gestion statutaire d'avancement et de promotion du personnel non médical en adéquation avec la réglementation.

Les autres économies portaient sur les dépenses à caractère médical, hôtelières et générales et concernaient :

- l'optimisation des achats (7,2 M€) ;
- la poursuite des travaux sur la pertinence des prescriptions pour les produits de santé et la mise en place de travaux sur la pertinence des prescriptions d'imagerie et de biologie. Ces travaux justifiaient les taux d'évolution des dépenses de 1 % sur la période pour le titre 2 et de 0,5 % pour le titre 3.

Le plan Avenir s'accompagnait en outre d'un plan de cessions important de près de 40 M€ sur la période 2016-2020.

tableau 39 : Trajectoire prévisionnelle du retour à l'équilibre financier selon le plan Avenir

en M€	2016	2017	2018	2019	2020
Compte de résultat principal (CRPP)	- 20	- 8,9	8,6	12	35
<i>dont cessions</i>	4	6,6	12,6	1,5	14,4
CRPP hors cessions	- 24	- 15,5	- 4	10,5	20,6

Source : CHU de Toulouse - plan avenir (juillet 2016)

Hors plan de cessions, le plan Avenir anticipait un retour à l'équilibre dès l'exercice 2019.

Le plan Avenir initial supposait un recours à l'emprunt fortement limité en 2016 et 2017 et nul à compter de 2018, afin de permettre à l'encours de dette de revenir en-dessous du seuil de 30 % dès 2019.

Le taux de marge brute devait ainsi atteindre 8 % en 2020, le fonds de roulement devait passer de 20 M€ en 2016 à 40 M€ en 2020 permettant au besoin de trésorerie de redescendre à 5 M€ (contre 25 M€ en 2016).

Le plan Avenir incluait une trajectoire de redressement substantiel et rapide.

6.5.1.3. Un plan jugé insuffisamment ambitieux par le Copermo

Le Copermo, en sa séance du 12 juillet 2016, a jugé le plan Avenir insuffisamment ambitieux tant sur le plan de la réduction capacitaire que sur celui des efforts d'économie envisagés à peine suffisants pour permettre un retour à l'équilibre financier.

Il a également souligné l'existence de deux zones de risque :

- « la faiblesse du programme d'investissement, notamment l'absence d'investissements majeurs liés à la restructuration du capacitaire et des opérations de mise aux normes inéluctables » ;
- « le tendanciel élevé sur les recettes d'activité » ; l'hypothèse d'une hausse des recettes d'activité de + 1,75 % par an étant jugée « insuffisamment prudentielle au regard d'un secteur privé qui se restructure ».

Le Copermo a validé le plan Avenir en l'assortissant de trois recommandations⁹².

6.5.1.4. Le bilan du plan Avenir

Ces recommandations ont été levées lors de la séance du Copermo du 23 mai 2017 qui a permis de valider un plan d'action de 30,7 M€ ainsi que la trajectoire financière associée. Quatre nouvelles recommandations ont alors été formulées dont le Copermo a dressé un bilan le 30 octobre 2017. Lors de cette même séance le Copermo a dressé un premier bilan du plan Avenir amendé.

Au titre du chantier n° 1 (« Améliorer la pertinence de l'hospitalisation et la qualité des parcours patient dans le territoire ») le bilan relevait les actions suivantes :

- une progression du taux de chirurgie ambulatoire s'établissant à 35 % en 2017, en hausse par rapport à 2016 ;

⁹² « 1) Transmettre au Copermo un plan complémentaire couvrant les deux zones de risque (faiblesse de l'investissement et hypothèse d'activité optimistes) à hauteur de 10 M€ composé exclusivement de réduction de charges pour la période 2017-2020. Ce plan complémentaire sera établi fin 2016 [...] et devra être axé sur les points suivants : développement plus ambitieux de l'ambulatoire en chirurgie comme en médecine ; réorganisation capacitaire plus ambitieuse avec une cible de réduction du nombre de lits supérieure à la proposition actuelle ; optimisation du fonctionnement des blocs et des fonctions de logistiques médicales ; réduction du coût moyen annuel du personnel non médical, notamment au travers d'un retour strict à la réglementation [...] ; 2) Mettre en place un groupe de travail sur les comptes du GCS CUC, porteur de l'immobilier de l'Oncopôle ; 3) Mettre en place un suivi resserré par l'ARS de la mise en œuvre du plan d'actions, notamment en termes de réalisation de l'activité projetée, de maîtrise de la masse salariale et détail des ETP, de réalisation du plan de cession, de maintien de l'investissement au niveau projeté. En cas de sous-exécution annuelle, l'ARS devra demander au CHU des mesures complémentaires ».

- la transformation d'une unité d'hospitalisation conventionnelle d'ORL en unité d'hospitalisation de semaine ;
- l'amélioration du taux de rotation de l'unité de chirurgie ambulatoire de Purpan (139,3 %) ;
- une amélioration du taux de médecine ambulatoire (50,3 % en 2017) ;
- l'ouverture de plateaux mutualisés d'hospitalisation de jour permettant d'améliorer le parcours du patient ;
- l'aboutissement du projet d'hôpital de jour de rhumatologie ayant permis le réajustement du capacitaire ;
- le travail en faveur du développement de l'hospitalisation à domicile était amorcé ;
- une expérimentation sur les hôtels hospitaliers était initiée.

S'agissant du chantier n° 2 (« Valoriser la recherche d'une plus grande efficacité des organisations soignantes et des fonctions support ») :

- le déploiement des maquettes organisationnelles pour le personnel soignant et administratif est amorcé mais s'avère plus lent que prévu avec un effet de - 14 ETP en 2017 (contre - 50 ETP en cible initiale au titre de 2017) ;
- la commission des admissions non programmées, créée en 2016, permet « de tendre vers une amélioration des fermetures de lits ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des patients aux urgences lorsque celle-ci est suivie d'une hospitalisation » ;
- l'optimisation des fonctions support (brancardage, bio-nettoyage, archives) a permis de générer un gain de 0,6 M€ en 2017 par la diminution de 40 ETP (en année pleine) ;
- l'internalisation de la maintenance de la sécurité incendie à effectif constant et les mesures prises pour améliorer la performance énergétique ont généré en 2017 un gain de 0,5 M€.

Au titre du chantier n° 3 (« Entrer dans une logique de juste consommation, d'amélioration de la pertinence de la prescription interne et externe et d'optimisation des achats »), la mesure ayant l'impact financier identifié le plus significatif est l'optimisation des achats. Les actions menées ont permis de revoir à la hausse les objectifs de gains pour atteindre 3,5 M€ (+ 0,8 M€) en 2017 (objectif initial 2,7 M€).

Le chantier n° 4 (« Négocier un nouveau pacte attractivité : modernisation de l'accueil des patients, amélioration de la qualité de vie au travail, prise en compte des attentes des jeunes professionnels ») n'avait pas d'incidence financière prévisionnelle en 2017.

Au titre du chantier n° 5 (« Innover dans l'optimisation du fonctionnement des plateaux techniques, le développement de la recherche et l'exercice des missions de recours ») :

- la réorganisation des blocs opératoires a permis quelques améliorations dont l'incidence financière ne fait cependant pas l'objet d'un chiffrage ;
- les recettes 2017 au titre de la biologie de territoire ont été de 0,35 M€ (contre 0,51 M€ en objectif initial) ;
- le développement des coopérations en imagerie avec les établissements membres du GHT s'est poursuivi notamment avec le CH de Saint-Gaudens ;
- s'agissant des indicateurs de recherche et d'innovation, les publications du CHU plus nombreuses et de meilleure qualité ont entraîné une hausse du score du système d'interrogation,

de gestion et d'analyse des publications scientifiques et une progression des financements correspondants (missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation et système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques : + 0,44 M€ au titre de 2016).

S'agissant du chantier n° 6 (« Renforcer le pilotage de l'activité, des recettes et des dépenses et la qualité de la chaîne de facturation ») :

- la révision des avancements d'échelon et de grades, ainsi que la révision des pratiques extraréglementaires a permis un gain de 1 135 000 € en 2017 ;
- la révision des organisations administratives, logistiques et techniques ainsi que la ré-interrogation lors de chaque départ de la pertinence de son remplacement dans les pôles clinique et médico technique a eu un impact sur les effectifs à hauteur de - 30 ETP en 2017 (soit - 1,138 M€ alors que l'objectif initial était de - 0,38 M€ en 2017) ;
- les objectifs fixés en termes de diminution des bourses post-internat et de postes de faisant fonction d'interne sont maintenus ;
- l'optimisation des recettes de molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables, rétrocessions et médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) a permis de réduire la perte de recettes par rapport aux années antérieures avec une incidence de 168 000 € en 2017.

tableau 40 : Incidences financières du plan Avenir en 2016 et 2017 (en €)

			2016		2017		2018		2019 ou +
Economies générées	Coûts nouveaux	Recettes supplémentaires	Total	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé
24 782 395	2 092 930	8 184 369	30 873 835	5 415 335	7 401 523	12 095 413	9 169 284	9 362 436	n.c.
Différentiel réalisé - prévisionnel					1 986 188		-2 926 129		n.c.

Source : CRC, à partir des données CHU

Selon le bilan établi par le CHU, les mesures mises en œuvre au titre du plan Avenir ont eu une incidence financière positive sur la marge brute de 7,4 M€ en 2016 (soit 1,9 M€ de plus que prévu pour cet exercice) et de 9,1 M€ en 2017 (soit 2,92 M€ de moins que l'objectif initial). Fin 2017, le CHU a dû réaliser un gain de 16,57 M€, soit un peu plus de la moitié du montant du plan Avenir. En revanche, dans l'attente du passage en Copermo, il n'a pas été réalisé de bilan chiffré du plan Avenir au titre de l'année 2018.

6.5.2. L'écart par rapport à la trajectoire de redressement en 2017 et 2018

Les efforts réalisés n'ont pas été suffisants pour respecter la trajectoire financière approuvée par le Copermo en juillet 2016.

En effet, le résultat du budget principal s'est élevé en 2017 à - 10,61 M€ alors que la cible assignée par le Copermo était de - 8,9 M€. Cet écart est important dans la mesure où le déficit a été contenu grâce à la perception de recettes exceptionnelles, notamment de cessions pour un montant supérieur à celui prévu initialement (11,33 M€ de cessions contre 6,6 M€). L'écart sur le déficit hors cessions s'est ainsi élevé à 6,3 M€. La marge brute hors aide s'est en outre dégradée en 2017 par rapport à 2016.

Cet écart s'est aggravé en 2018 où le déficit du budget principal s'est élevé, selon les dernières projections de clôture, à - 8,2 M€ contre + 8,6 M€ prévu initialement par la trajectoire Copermo. Hors cessions, le déficit aurait dû être de - 4 M€ mais il est finalement de - 22 M€. Le

résultat 2018 est également éloigné des prévisions formulées par l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2018, approuvé par l'ARS, qui prévoyait un déficit de 1,85 M€.

tableau 41 : Résultats comparés à la trajectoire Copermo avec et hors cessions

en M€	2016	2017	2018	2019	2020
Compte de résultat principal (CRPP) prévisionnel plan Avenir	- 20	- 8,9	8,6	12	35
<i>dont cessions</i>	4	6,6	12,6	1,5	14,4
CRPP hors cessions	- 24	- 15,5	- 4	10,5	20,6
Résultat CRPP réalisé (prévisionnel pour 2019)	- 19,07	- 10,61	- 8,2	- 7,72	
<i>dont cessions</i>	4,31	11,33	12,98	0,77	
CRPP hors cessions	- 23,4	- 22	- 21,1	- 8	
Ecart CRPP réalisé/ prévisionnel	0,9	- 1,7	- 16,8		
Ecart CRPP hors cessions prévisionnel / réalisé	0,6	- 6,4	- 17,1		

Source : CRC à partir des comptes financiers et du projet d'établissement (2018-2022)

Cet écart par rapport à la cible s'explique notamment par :

- une fragilisation des recettes d'activité avec des recettes moindres qu'escomptées ;
- un décalage dans la mise en œuvre des mesures d'économie relatives à la masse salariale dont l'incidence en 2018 a seulement permis d'absorber les « effets prix » 2018 (mesures nouvelles, glissement vieillesse technicité, fin des mesures du contrat unique d'insertion⁹³, etc.), et dont les effets en année pleine ne seront constatés qu'en 2019.

Au global, l'évolution positive du résultat principal a essentiellement été portée par les cessions, le résultat hors cessions ne s'étant que peu amélioré depuis 2016, avec un déficit structurellement stable autour de - 22 M€.

6.5.3. Les opérations visant au rétablissement de la trajectoire d'exploitation

6.5.3.1. Les opérations levier

Le CHU de Toulouse affiche, dans son nouveau projet d'établissement, l'ambition de « renouer avec l'équilibre budgétaire grâce à deux opérations levier⁹⁴ » qui « ressortent comme la clef du rétablissement budgétaire du CHU, grâce à des parcours des patients optimisés, dans des bâtiments densifiés, au sein d'un patrimoine concentré ».

Ces deux opérations sont :

- la densification du site de Rangueil et la vente du site de Larrey avec comme préalable la valorisation de l'ancien bâtiment Urgences de Purpan dit « U2000 » ;

⁹³ La fin du dispositif du contrat unique d'insertion s'est traduite au CHU de Toulouse par la suppression de 137,5 ETP en 2018 freinant la diminution des postes budgétaires.

⁹⁴ Les deux opérations « U2000 » et « densification de Rangueil/vente de Larrey » étant intrinsèquement imbriquées par le jeu des opérations tiroirs nécessaires pour les réaliser, l'établissement a regroupé ces deux opérations sous un même libellé dans la dernière version de son projet d'établissement fin février 2019.

- la construction du GHRE.

L'opération dite « U2000 »⁹⁵, consiste à rénover l'ancien bâtiment des urgences de Purpan, pour un coût de 13,8 M€, les unités de médecine physique et réadaptation, de médecine légale et de soins palliatifs devant y être regroupées. La marge nette dégagée par ces activités relocalisées permettrait, selon l'établissement de couvrir les amortissements afférents à ce projet.

La densification du site de Rangueil et la fermeture du site de Larrey doit se traduire par :

- le transfert des services de Larrey et la mutualisation au sein du nouveau bâtiment BOH4 à Rangueil (pour un coût de 65 M€ de travaux et 9 M€ d'équipements) ;
- la rénovation du bâtiment H1 de Rangueil (pour un coût de 61,4 M€) ;
- une optimisation capacitaire et des effectifs (gain de 0,9 M€ en exploitation) ;
- le regroupement de l'imagerie (pour un coût d'investissement de 2,5 M€) ;
- une recette de cession tirée de la vente de Larrey estimée à 40 M€.

Le coût de cette opération s'élèverait à 98 M€ alors qu'une situation de *statu quo* est évaluée par l'établissement à 112,4 M€.

Le projet, qui conditionne la vente du site de Larrey (40 M€) nécessiterait, selon l'établissement, une aide à l'investissement de 110 M€.

Le GHRE est un projet qui vise à réhabiliter les prises en charge pédiatriques qui souffrent actuellement d'un bâti non fonctionnel et d'une structure capacitaire sous dimensionnée, inadaptée et inefficace.

Il se traduirait notamment par :

- la réhabilitation de l'actuel hôpital des enfants (pour un coût de 32 M€) ;
- le regroupement en une unité de lieu de toutes les activités pédiatriques ;
- l'extension des urgences pédiatriques (bâtiment neuf pour un coût de 49 M€ et 17,8 M€ d'équipements logistiques et biomédicaux) ;
- le passage des blocs à l'ambulatoire ;
- la rénovation des soins critiques (non chiffrée).

Le coût de ce projet s'élèverait à 99 M€ contre 55 M€ pour une situation de *statu quo*⁹⁶.

Ce projet nécessiterait une aide à l'investissement à hauteur de 75 M€. Il permettrait la vente du site de Notre Dame de la Porte dont le produit de cession est évalué à 34 M€.

⁹⁵ Les objectifs de ce projet sont triples : moderniser et rapprocher les unités du service de MPR/SSR, du site de Rangueil, à proximité du pôle neurosciences, auquel elles appartiennent. Le bâtiment abritant ces unités est sous le coup d'une autorisation temporaire d'activité, les travaux, requis par la mise en sécurité incendie, l'extension des locaux ou encore le changement d'ascenseur, représentent un investissement non négligeable, alors que ces activités escomptent se regrouper à Purpan, pour développer les synergies professionnelles existantes ; relocaliser les soins palliatifs et installer des lits d'addictologie ; moderniser l'institut médico-légal et localiser en centre-ville l'unité médico-judiciaire.

⁹⁶ Réhabilitation de l'actuel hôpital des enfants (coût de 32 M€) ; regroupement partiel des activités pédiatriques (22 M€ + 1,1 M€ d'équipements).

L'établissement a ensuite établi deux prospectives financières : une comprenant ces opérations levier et leur incidence financière en investissement et en exploitation, et une seconde basée sur un *statu quo* avec l'inclusion des seules opérations de réhabilitation indispensables.

Au total, les investissements requis pour la mise en œuvre du projet d'établissement articulé autour de ces deux opérations s'élèveraient à 698 M€. Ce montant n'excède que de 70 M€ celui des investissements qui seraient nécessaires par les seules opérations de mises en conformité, sécurité et rénovation.

6.5.3.2. Les trajectoires d'exploitation du projet d'établissement avec et sans mise en œuvre des opérations levier : hypothèses de construction et résultats attendus

D'après l'étude prospective réalisée par l'établissement, le scénario tendanciel (sans mise en œuvre des opérations levier du projet d'établissement) conduirait à une aggravation du déficit structurel (hors cessions) qui s'établirait à plus de 45 M€ en 2032 et au maintien d'un endettement élevé.

A contrario, le scénario incluant la mise en œuvre du projet d'établissement permettrait une réduction progressive du déficit et un rétablissement de l'équilibre à horizon 10 ans avec un désendettement progressif.

Les hypothèses retenues pour chacun des scénarios sont présentées de manière synthétique dans le tableau ci-après pour la période 2019-2032 et mises en regard des réalisations sur la période 2012-2017.

tableau 42 : Hypothèses retenues pour la mise en œuvre du projet d'établissement sur la période 2019-2032 mises en regard d'un scénario avec *statu quo* et des réalisations antérieures (en €)

Hypothèses	avec mise en œuvre du projet d'établissement (2019-2032)		avec statu quo (2019-2032)		TCAM réalisé sur la période 2012-2017
	TCAM	Évolution en VA	TCAM	Évolution en VA	
Total des charges	0,46 %	75 714 827	0,66 %	111 204 245	3,2 % hors internes, MO, DMI, rétrocessions, variations de stocks.
Titre 1 - Charges de personnel	0,66 %	63 108 960	0,85 %	82 051 633	2,5 % par an en totalité mais + 2,3 % retraité
<i>Personnel non médical</i>	<i>0,71 %</i>	49 999 208	<i>0,96 %</i>	68 410 761	2,10 %
<i>Personnel médical</i>	<i>0,54 %</i>	13 109 751	<i>0,56 %</i>	13 640 873	+ 4,4 % par an en totalité mais + 2,7 % hors internes, MAD et postes à financements spécifiques.
Titre 2 - Charges à caractère médical	0,36 %	13 997 274	0,38 %	14 709 066	+ 3,3 % hors variations de stocks, MO, DMI et rétrocessions
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier ou général	0,49 %	8 448 279	1,20 %	21 772 389	+ 4,8 % (hors charges CUC)
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières & exceptionnelles	- 0,71 %	- 9 839 686	- 0,52 %	- 7 328 843	+ 8,3 % hors charges CUC
Total des produits	0,53 %	86 891 636	0,45 %	73 370 264	2,51 % (hors MO, DMI, rétrocessions, cessions, variations de stocks)

Hypothèses	avec mise en œuvre du projet d'établissement (2019-2032)		avec statu quo (2019-2032)		TCAM réalisé sur la période 2012-2017
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	0,52 %	67 004 714	0,44 %	56 790 414	3,2 % mais 2,6 % hors DMI et MO
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	1,04 %	13 895 845	0,96 %	12 859 625	2,90 %
Titre 3 - Autres produits	0,26 %	5 991 077	0,16 %	3 720 225	7,3 % (hors cessions et hors variations de stocks et hors rétrocessions)
Résultat	ns	11 176 810	ns	- 37 833 980	- 11 536 910

Source : CRC à partir des simulations du CHU.

Le scénario avec mise en œuvre du projet d'établissement se caractérise par des hypothèses de faible croissance annuelle des produits (+ 0,53 %) et de forte maîtrise des charges (+ 0,46 %). Dans le scénario tendanciel (avec *statu quo*), les évolutions respectives des charges et produits demeurent faibles mais sont inversées, les charges progressant davantage (+ 0,66 %) que les produits (+ 0,45 %).

Les hypothèses retenues pour la mise en œuvre du projet d'établissement apparaissent prudentes en termes de recettes et très en-deçà des évolutions constatées sur la période 2012-2017. L'établissement prévoit ainsi une hausse de 0,7 % par an des recettes d'activité (en escomptant une augmentation de 1,2 % en volume et en intégrant une incidence tarifaire négative de - 0,5 % par an), une augmentation de 2 % des recettes de consultation, une stabilité des dotations DAF, MIGAC, FIR, une augmentation de 1 % des forfaits et une quasi stabilité des autres recettes. Ces hypothèses d'évolution ne sont que marginalement plus élevées que pour le scénario tendanciel.

S'agissant des charges, les hypothèses retenues pour la mise en œuvre du projet d'établissement apparaissent volontaristes en comparaison des taux de croissance annuels moyens (TCAM) observés sur la période 2012-2017. Toutefois, les fortes évolutions constatées sur les cinq derniers exercices s'expliquent par une faible maîtrise des charges de personnel, mais également des charges logistiques du fait notamment de la mise en service de nouveaux sites (PPR, Oncopôle, URM, psychiatrie). La mise en œuvre du nouveau projet d'établissement se caractérise *a contrario* par une rationalisation des surfaces, des plateaux techniques et des équipes afférentes. Les hypothèses retenues⁹⁷ semblent donc plausibles à la condition que les mesures d'économie prévues dans le cadre de l'EPRD 2019 soient effectivement mises en œuvre.

L'équilibre financier du projet d'établissement repose donc sur des hypothèses de faibles évolutions tant en termes de charges que de produits. Au regard des évolutions passées, ces hypothèses, plausibles, marquent néanmoins une rupture de tendance forte devant être permise par les opérations de restructuration majeures si elles s'accompagnent d'une démarche de rationalisation systématique et aboutie dans tous les domaines de dépenses.

6.5.3.3. Les hypothèses de financement des investissements dans les deux scénarios

Les hypothèses de financement des investissements dans les deux scénarios peuvent schématiquement être représentées comme suit :

⁹⁷ Personnel mon médical : + 0,8 % par an jusqu'en 2026 puis + 0,5 % à compter de la fermeture de Larrey ; personnel médical : + 0,5 % par an. Autres charges stabilité en intégrant les mesures d'économie inscrites à l'EPRD 2019.

tableau 43 : Le financement des investissements dans le scénario avec mise en œuvre du projet d'établissement et dans le scénario tendanciel

Financement des investissements	avec mise en œuvre du projet d'établissement (scénario PE)		avec statu quo	
	en moyenne annuelle	en cumul sur la période 2019-2032	en moyenne annuelle	en cumul sur la période 2019-2032
CAF brute	56 M€	786 M€	32 M€	448 M€
Remboursement des emprunts	11,8 M€	496,2 M€	14,1 M€	593 M€
CAF nette	20,72 M€	290 M€	- 10,3 M€	- 145 M€
Investissements	49,8 M€	248 M€ pour les opérations levier ; 336 M€ sur la période 2019-2022 ; 590 M€ sur les deux prochains projets d'établissement (2019-2027) ; 698 M€ de 2019 à 2032	45 M€	183,9 M€ pour principales opérations de travaux ; 292 M€ sur la période 2019-2022 ; 517 M€ de 2019 à 2027 ; 631,27 M€ de 2019 à 2032
Besoin de financement (hors aides à l'investissement et hors cessions)	29,1 M€	408 M€	55,4 M€	776,2 M€
Financements	32 M€	448,8 M€	46,2 M€	647 M€
dont aides à l'investissement	14,3 M€	200,3 M€ (Rangueil 110 M€ ; GHRE : 75,2 M€ ; Plateforme commune SDIS/SAMU : 4,7 M€ ; façade hôtel Dieu : 4,9 M€)	7,26 M€	102 M€ (dont rénovation Rangueil : 60 M€ ; réhabilitation hôpital des enfants et urgences pédiatriques : 40 M€)
dont cessions	6,4 M€	89,6 M€ (avec vente de Larrey)	3,54 M€	49,6 M€
dont emprunts nouveaux	11,3 M€	158,9 M€	35,4 M€	495,8 M€
Apport (+) ou prélèvement (-) sur fonds de roulement	2,9 M€	40,8 M€	- 9,2 M€	- 129,25 M€

Source : CRC à partir des PGFP PE et PGFP statu quo du CHU

La mise en œuvre du projet d'établissement, reposant sur une meilleure maîtrise des charges que dans le scénario tendanciel, permet de générer une capacité d'autofinancement brute d'environ 56 M€ en moyenne annuelle (contre 32 M€ pour le scénario *statu quo*). Les emprunts nécessaires pour financer les investissements sont de surcroît paradoxalement moins importants dans la mise en œuvre du projet d'établissement (le différentiel de la capacité d'autofinancement brute générée étant supérieur au différentiel d'investissement à financer). La capacité d'autofinancement nette s'élevait à plus de 20 M€ par an dans le scénario PE alors qu'elle est négative (- 10 M€ par an) dans le scénario de *statu quo*.

Compte tenu du faible écart dans les montants d'investissement requis dans chacun des scénarios, le besoin de financement est près de deux fois supérieur dans le scénario tendanciel. Le CHU escompte obtenir davantage d'aides à l'investissement (200 M€) pour financer des opérations levier de restructuration majeures du projet d'établissement que pour assurer la réhabilitation de l'existant (102 M€). Enfin, la fermeture du site de Larrey permettrait de générer 40 M€ de produits de cessions supplémentaires.

Au total, le scénario avec mise en œuvre du projet d'établissement, devait permettre un rétablissement de la situation patrimoniale du CHU avec un apport au fonds de roulement de plus de 40 M€ sur la période. En revanche, le scénario tendanciel prévoit un prélèvement de près de 130 M€ sur le fonds de roulement qui s'établirait à près de - 90 M€, ce qui n'est pas soutenable. Dès lors, le scénario tendanciel appellerait une « recapitalisation » de l'établissement pour assurer sa pérennité, sans pour autant permettre une restructuration efficiente.

Fin 2019 les hypothèses d'exploitation retenues pour le scénario correspondant à la mise en œuvre du projet d'établissement sont malmenées à la fois par les mesures nationales prises lors de l'été 2019 et par le mouvement de grève des urgences. Il en résulte une dégradation significative de la trajectoire d'exploitation 2019 par rapport au scénario retenu.

Cette dégradation diffère la tenue des objectifs contractualisés avec le Copermo performance. Pour autant, compte tenu de la non soutenabilité du scénario tendanciel, la chambre estime que le CHU ne peut pas différer les mesures de recomposition architecturale et capacitaire prévues par le projet d'établissement 2018-2022 ; lesquelles conditionnent l'amélioration de son efficience.

L'établissement doit, pour cela, bénéficier, impérativement, d'un accompagnement par le Copermo Investissement dans des délais rapprochés.

Au vu de ces éléments la chambre recommande au CHU de mettre en œuvre sans délai les mesures de recomposition architecturale et capacitaire prévues par le projet d'établissement 2018-2022 en les assortissant de mesures fortes et rapides de maîtrise des charges.

Recommandation

5. Mettre en œuvre les mesures de restructuration architecturale et capacitaire prévues par le projet d'établissement 2018-2022 en les complétant de mesures fortes et rapides de maîtrise des charges. *Mise en œuvre incomplète.*

7. RESSOURCES HUMAINES : UN SECTEUR STRATÉGIQUE⁹⁸

Les charges de personnel⁹⁹ de l'établissement représentaient un poste de dépense important, à 688 M€ en 2017, et en forte augmentation entre 2012 et 2017 : + 79 M€, soit une évolution de + 13 %. Cette évolution provient pour les deux tiers de la hausse de la rémunération du personnel non médical (+ 45 M€), et pour un tiers de celle du personnel médical (+ 30 M€).

⁹⁸ Ce secteur est d'autant plus stratégique que le CHU fait face actuellement à un climat social particulièrement tendu, se traduisant par de nombreuses grèves limitant ses marges de manœuvre.

⁹⁹ Budget H, titre 1.

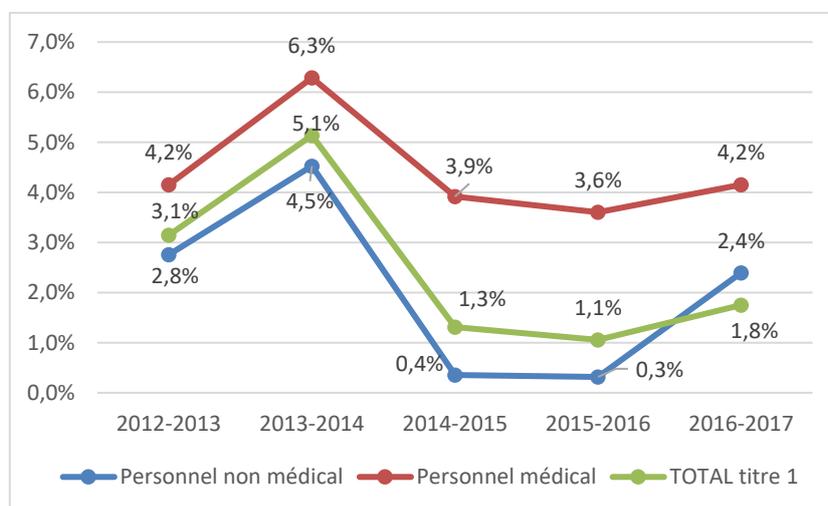
tableau 44 : Évolution des dépenses de titre 1 (dépenses de personnel)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Personnel non médical	417 716 690	429 229 939	448 652 252	450 243 249	451 665 053	462 469 555	44 752 865	11%
Personnel médical	124 165 018	129 318 024	137 445 814	142 829 955	147 974 439	154 116 923	29 951 905	24%
Autres charges	67 080 567	69 583 420	74 288 684	75 948 359	76 442 771	71 335 841	4 255 273	6%
TOTAL titre 1	608 962 275	628 131 383	660 386 749	669 021 563	676 082 264	687 922 319	78 960 043	13%

Source : tableau CRC, à partir des comptes financiers

La tendance à la hausse a cependant ralenti en fin de période, passant de + 5 % par an entre 2013 et 2014, à + 1,8 % entre 2016 et 2017. Cette maîtrise est particulièrement visible s'agissant des charges de personnel non médical, qui sont restées stables entre 2014 et 2016, avant d'augmenter de nouveau entre 2016 et 2017. Les charges de personnel médical ont connu une croissance plus forte et plus régulière (entre 3,6 % et 6,3 % par an).

graphique 7 : Évolution annuelle des charges de personnel



Source : graphique CRC, à partir des comptes financiers

7.1. Personnel médical : parvenir à rationaliser dans un contexte contraint

7.1.1. Des dépenses en forte augmentation, dans un contexte de concurrence exacerbée

7.1.1.1. Des dépenses en hausse sur la période

Entre 2012 et 2017, les dépenses consacrées à la rémunération du personnel médical ont augmenté de 24 %, soit + 30 M€. Cette croissance a été forte et régulière sur la période, 4 % par an en moyenne.

Cette évolution de la masse salariale s'explique en partie par l'augmentation du nombre d'ETP médicaux : + 557 entre 2012 et 2017. Pour autant, une partie essentielle de cette hausse provient de l'augmentation du nombre d'internes et d'étudiants accueillis dans l'établissement (+ 485), nombre qui n'est pas décidé par l'établissement mais par l'université et l'ARS. Le nombre de médecins employés par l'établissement a augmenté de 37 ETP s'agissant du personnel non permanent et de 37 également s'agissant du personnel permanent.

tableau 45 : Évolution des équivalents temps-plein médicaux

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
PH temps plein ou médecins temps plein (*) et temps partiel	447	463	472	476	490	498	50
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	136	139	138	137	138	136	- 0
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	95	95	88	85	71	64	- 14
Praticiens contractuels en CDI				7	16	18	
Sous-total permanents I	678	696	698	706	715	715	37
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	80	79	80	81	80	82	2
Praticiens contractuels en CDD	136	147	167	74	68	69	35
Assistants et assistants associés				47	51	53	
Autres praticiens à recrutement contractuel				47	53	49	
Sous-total (1)	216	226	247	249	252	253	37
Internes	853	900	984	1 049	1 141	1 205	352
Etudiants	1 098	1 092	1 010	1 024	1 091	1 230	132
Sous-total (2)	1 951	1 992	1 994	2 073	2 232	2 435	485
Intérim médical	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total non permanents II	2 167	2 219	2 241	2 322	2 484	2 688	521
Total Personnel médical (I+II)	2 845	2 915	2 939	3 028	3 199	3 403	558

Source : tableau CRC, à partir des données communiquées par l'établissement

Or l'augmentation du nombre d'ETP n'est pas corrélée à une hausse parallèle de l'activité valorisée de l'établissement. Une telle corrélation entre recettes et dépenses est indispensable pour conserver un équilibre dans un système de financement basé sur la tarification à l'activité et rend d'autant plus pertinentes les réflexions sur la réforme du financement de la santé.

Alors que le produit de la tarification des séjours a augmenté de 1,9 %, la rémunération du personnel médical s'est accrue de 3,8 %. La rémunération du personnel médical représentait 20,4 % des produits de la tarification des séjours en 2012, elle représente 22,8 % en 2017.

7.1.1.2. Un contexte contraint

Ces dépenses en hausse s'inscrivent dans un cadre contraint et un contexte marqué par une forte concurrence.

En effet, le CHU étant établissement support de son GHT, et plus largement des huit établissements de l'Occitanie Ouest, nombre de ses médecins doivent effectuer des temps partagés avec d'autres établissements du territoire : consultations avancées, actes opératoires. Ainsi, aucun établissement du GHT ne dispose de postes de radiologues, qui sont tous rattachés au CHU de Toulouse et se déplacent dans les établissements du territoire, ce qui suppose des contraintes élevées en termes de temps de trajet et d'amplitudes horaires.

Par ailleurs, le CHU exerce dans un contexte de forte concurrence, en présence de cliniques très compétitives s'agissant des salaires et des conditions de travail (horaires adaptés, plateaux techniques neufs, praticiens renommés, programmes de recherches attractifs...).

Le taux de *turn-over* du personnel médical est donc élevé : il s'établissait à 14 % en 2017, bien supérieur à la moyenne des CHU (8,7 %). 32 médecins ont quitté le CHU depuis 2015, dont quatre PU-PH. La commission de déontologie n'a pourtant jamais été saisie, alors qu'en 2017-2018, cinq des sept départs se sont traduits par une installation du praticien en libéral dans l'agglomération.

Trois spécialités ont été identifiées dans le cadre du CPOM 2013-2018 comme étant en tension : anesthésistes-réanimateurs, radiologues et urgentistes. Le CPOM¹⁰⁰ invitait ainsi l'établissement à mettre en place des actions pour limiter le taux de postes vacants de ces spécialités. Ces actions semblent n'avoir eu que peu d'effet. Entre 2013 et 2016, le taux de poste vacant de chacune de ces spécialités a augmenté : le taux de poste d'anesthésistes vacants est passé de 4,3 % à 11,3 % (+ 162 %), le taux de postes de radiologues vacants de 2,3 % à 3,1 % (+ 33 %), le taux de postes d'urgentistes vacants de 1,5 % à 1,7 % (+ 15 %).

Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas d'un tableau récapitulatif de l'ensemble des postes non pourvus. Il existe des tableaux pour les pôles les plus touchés par le phénomène sans qu'une agrégation globale ne soit réalisée.

Or, la vacance de certains postes a des conséquences importantes sur l'activité d'autres secteurs. Ainsi, les difficultés de recrutement en anesthésie limitent le nombre d'opérations pouvant être effectuées par les chirurgiens du CHU, obérant la possibilité de conserver ou d'augmenter leur activité.

7.1.2. Une priorité à la fidélisation des médecins

7.1.2.1. Un meilleur encadrement de l'activité médicale

Des avancées récentes en termes de temps de travail

Le suivi de la présence des médecins est informatisé, les plannings bloqués définitivement dès le 5 du mois. Une interface existe entre le logiciel de paye et de planning, permettant de s'assurer que seules les gardes et astreintes des médecins figurant dans le planning peuvent être rémunérées. En revanche, le temps de présence des médecins n'est pas comptabilisé.

Par ailleurs, depuis 2016 des règles ont été mises en œuvre pour mieux encadrer l'alimentation des comptes épargne-temps des médecins. Ainsi, le nombre de jours pouvant être

¹⁰⁰ Axe 3, orientation 2 : Identifier et mettre en place des actions concernant les spécialités médicales sensibles : anesthésistes réanimateurs, radiologues, urgentistes.

alimenté par les praticiens contractuels est de cinq maximum, et de 14 pour les praticiens hospitaliers. Aucun jour ne peut être abondé par les praticiens attachés et les assistants spécialisés.

Des dérogations sont cependant accordées aux pôles et services qui connaissent des contraintes objectives particulières (postes vacants sans recrutement temporaire).

Un contrôle de l'activité libérale perfectible

60 médecins exerçaient une activité libérale au sein de l'établissement en 2018. Le précédent contrôle de la chambre avait mis en évidence des dysfonctionnements concernant l'obligation de contrat et les modalités d'encaissement des recettes liées à l'activité libérale.

La loi du 27 janvier 1987 a réaffirmé l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital tout en mettant en place des modalités de contrôle (L. 6154-1 à L. 6154-7 et les articles R. 6154-10 à R. 6154-24 du CSP).

Plusieurs règles doivent être respectées. Seuls les praticiens à plein-temps peuvent exercer une activité libérale et aucune installation ne doit être réservée à cette activité. Les praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal dans le secteur public hospitalier une activité de même nature que celle effectuée à titre libéral. Le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre et au volume de ceux effectués au titre de l'activité publique. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de celle du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Le patient doit être informé sur les tarifs d'honoraires, sur les jours et heures des consultations privées. Ces informations doivent être affichées dans le service.

La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée, selon les termes de l'article L. 6154-5 et R. 6154-11 du CSP, de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est transmis, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission d'activité libérale de l'établissement se réunit régulièrement et vérifie que le nombre d'actes effectués au titre de l'activité libérale ne dépasse pas 50 % de l'ensemble des actes effectués.

En revanche, l'ambitieux programme élaboré pour l'année 2018 n'a été que partiellement mis en place, du fait, selon l'établissement, du départ du directeur des affaires médicales. Si l'ordonnateur affirme qu'une comparaison entre les activités personnes publiques et privées des praticiens est effectuée, de même qu'un contrôle du respect des plages d'activité, aucun document attestant de ce contrôle n'a été communiqué à la chambre. De plus, aucune vérification n'est effectuée pour s'assurer que les actes effectués au titre de l'activité libérale ne sont pas les plus rémunérateurs, les actes qui le sont le moins étant alors réalisés par le médecin au titre de son activité publique.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, le directeur général de ARS indique que « l'établissement doit veiller effectivement à mettre en place un plan d'action qui permet de

contrôler, via les tableaux de services, le temps médical, mais aussi au sein de la direction des affaires financières, les montants perçus au titre de l'activité libérale. Ces données doivent être regroupées et étayées pour établir le rapport de l'activité libérale présenté en commission médicale d'établissement. Dans le cadre de la commission régionale de l'activité libérale d'Occitanie, je veillerai à ce que mes services s'assurent que les règles de bonne gestion soient effectivement respectées par les établissements publics de santé ».

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L. 6154-4 du CSP, « les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire. Ce contrat est approuvé par le directeur de l'agence régionale (...) pour une durée de cinq renouvelables. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale ».

Or, sur les 60 médecins ayant perçu des honoraires au premier trimestre de l'année 2018, un médecin exerçait sans contrat, et six avec un contrat périmé.

Enfin, 53 %, soit 32 médecins, facturent des dépassements d'honoraires, et 17 médecins des honoraires supérieurs à 150 % du tarif sécurité sociale, montant considéré¹⁰¹ comme dépassant le tact et la mesure imposée par l'article R. 4127-53 du CSP.

La chambre recommande à l'établissement d'engager un meilleur suivi de l'activité libérale, pour s'assurer que les médecins n'exercent pas cette activité sans disposer des contrats nécessaires, et respectent ses dispositions, s'agissant notamment du mode de facturation.

Recommandation

6. Engager un meilleur suivi de l'activité libérale permettant de s'assurer de l'existence d'un contrat et du respect de ses dispositions pour chaque médecin. *Non mise en œuvre.*

7.1.2.2. Des actions en termes de réduction de la masse salariale limitées

Peu d'actions du plan Avenir concernent directement la diminution de la masse salariale du personnel médical, l'établissement s'étant limité à envisager la réduction du nombre de postes de faisant fonction d'interne dédiés aux relations internationales et du nombre de bourses de post-internat. Les objectifs pris dans ce cadre ont été respectés, le nombre de bourses de post-internat étant passé de 14 à 7 par an, et de faisant fonction d'interne dédiés aux relations internationales de 10 à 6.

Une prospective pluriannuelle à cinq ans a été demandée à chaque chef de pôle afin de disposer d'une lisibilité des prévisions de vacances de postes. Depuis la révision des effectifs médicaux de 2016, aucune création nette de postes médicaux n'a été faite (postes de praticiens hospitaliers et praticiens contractuels, hors création de postes sur financement dédié ARS et DGOS¹⁰²).

¹⁰¹ D. LAURENT. *L'activité libérale dans les établissements publics de santé*, 31 mars 2013.

¹⁰² 52 ETP en 2018, tout financement confondu.

Les dotations de demi-journées de praticiens attachés ont diminué de 184 entre 2015 et 2018. Cette diminution s'explique cependant en partie par la transformation de demi-journées en postes de praticiens hospitaliers.

Si aucune cible de réduction du nombre d'attachés n'a été formalisée, l'établissement souhaite cependant mieux évaluer leur activité, en appui avec le contrôle de gestion, avant d'éventuelles discussions avec les chefs des pôles pour lesquels le nombre d'attachés n'est pas corrélé avec une activité suffisante.

Enfin, si l'absence de recours à l'intérim ne constitue pas une nouvelle source d'économie, cette pratique étant ancienne, elle permet cependant de limiter les coûts de la masse salariale du personnel médical, le CHU n'ayant pas à solliciter des médecins remplaçants aux prestations onéreuses. En effet, l'établissement estime être suffisamment attractif pour ne pas recourir à des médecins intérimaires. En cas de vacance, excepté sur certains pôles fragiles, le poste est immédiatement pourvu, ou le pôle a recours à du temps additionnel des médecins déjà en poste.

Le nombre d'actions visant à réduire la masse salariale du personnel médical est donc limité.

7.1.2.3. De nombreuses actions visant à fidéliser les médecins

La politique de ressources humaines concernant le personnel médical apparaît davantage tournée vers la nécessité de fidéliser les médecins.

Les actions mises en place dans le cadre du plan attractivité

L'établissement a ainsi mis en œuvre l'ensemble des dispositifs prévus par le plan ministériel « attractivité de l'exercice médical » : amélioration de la protection sociale des praticiens contractuels et attachés et des assistants spécialisés par l'alignement des droits sur le statut de praticien hospitalier (avril 2017), revalorisation de l'indemnité pour exercice public exclusif pour les praticiens ayant plus de quinze années d'exercice (704 € au lieu de 490 €, janvier 2017), création d'une prime d'exercice territorial en substitution de l'indemnité multi-site pour les praticiens exerçant dans plusieurs établissements de santé, accessible dès une demi-journée par semaine de temps partagé, graduée selon le nombre de demi-journées (de 250 € à 1 000 € pour plus de quatre demi-journées, juillet 2017).

La prime d'engagement dans la carrière hospitalière, a également été mise en œuvre, pour les praticiens s'engageant à exercer sur un poste d'une spécialité en tension localement ou nationalement, à se présenter à chaque session du concours national de praticien hospitalier, et à effectuer trois ans de services effectifs après leur nomination, qui en contrepartie se voient proposer un emploi à temps plein jusqu'à leur nomination en tant que PH, bénéficient d'une progression de carrière en cas d'exercice en qualité de PH au-delà des trois ans, et reçoivent une prime d'engagement dans la carrière hospitalière (10 000 € pour les spécialités en tension au seul niveau national, 20 000 € pour les spécialités en tension au seul niveau local, 30 000 € pour les spécialités en tension aux niveaux national et local). Cette incitation n'a cependant pas eu les effets escomptés, certains médecins du CHU ayant préféré rembourser les sommes perçues et partir travailler dans le secteur privé.

Par ailleurs, le CHU a également mis en place des mesures spécifiques au niveau local pour le pôle anesthésie-réanimation : rémunération des praticiens contractuels généralisée à hauteur du 4^{ème} échelon (+ 10 %), alors que la rémunération était auparavant établie entre le 1^{er} échelon et le 4^{ème} échelon au maximum (janvier 2017) et passage au décompte horaire et au temps médical continu (septembre 2017).

Aucun bilan mesurant l'effectivité de ces actions n'a cependant été réalisé par le CHU.

Un projet médical social visant à mieux répondre aux attentes des médecins

Dans le cadre du projet social d'établissement, un volet spécifique dédié au personnel médical a été rédigé. À partir du bilan du précédent projet social et de son volet dédié au personnel médical, une méthodologie se voulant participative a été mise en œuvre.

Le choix a été fait de ne retenir qu'un nombre resserré, annuellement réévalué, de mesures spécifiquement dédiées aux médecins. Ces mesures ont été structurées autour de deux volets : l'un destiné au personnel en formation et l'autre destiné aux praticiens séniors.

S'agissant du personnel en formation, deux axes devraient être poursuivis :

- la création d'un dispositif d'écoute et de suivi des étudiants et des internes en difficulté, commun aux facultés de santé et au CHU. Ce dispositif devrait prendre en compte les difficultés d'ordre médical, social et pédagogique, et a été mis en place à la rentrée universitaire 2018 pour les étudiants en médecine ;
- l'élaboration d'une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux médecins, commune aux deux facultés et au CHU mise en œuvre à la rentrée universitaire 2018 pour une partie des étudiants. Ce volet concerne plus particulièrement les praticiens séniors. Il s'agit de proposer un suivi plus personnalisé de la carrière par le biais d'entretiens réguliers permettant d'effectuer un bilan et d'envisager l'évolution du projet professionnel des médecins. Ce suivi devrait permettre la détection des potentiels et des projets professionnels. Un deuxième axe concerne l'élaboration d'un référentiel et d'un package permettant d'améliorer les conditions matérielles d'exercice des praticiens titulaires nouvellement nommés : bureau personnel ou partagé, équipement et accès informatique, accès au secrétariat médical, au parking et aux chambres de garde.

Les mesures déjà engagées en 2017 et 2018 devraient se poursuivre. S'agissant des dispositifs locaux de soutien et d'écoute, une cellule dédiée à la lutte contre le harcèlement et les discriminations a été installée en 2018, et le rôle de la commission de soutien et d'écoute, installée au mois de mai en 2017 sous l'égide de la commission médicale d'établissement, devrait être renforcé. La formation annuelle au management des nouveaux responsables médicaux est pérennisée. Des modules de formation thématiques sont accessibles à l'ensemble des praticiens titulaires, et des séminaires associant encadrement et direction ont été déployés. Enfin, s'agissant de la promotion de la parité dans le déroulement de carrière et l'accès aux responsabilités, une cartographie chiffrée sur la parité hommes-femmes dans les pôles a été réalisée, les structures et les personnes ressources ont été recensées et une charte institutionnelle de prévention et de lutte contre le harcèlement et la discrimination a été élaborée.

7.1.3. La permanence des soins

7.1.3.1. Un suivi limité

L'établissement s'est assuré de l'effectivité d'un certain nombre de règles concernant la permanence des soins¹⁰³. Une requête, effectuée à partir du logiciel de planning, permet de suivre tous les déplacements, en nombre et en durée, des praticiens de tous les services. Pour autant, à l'heure actuelle, aucun travail n'est mené pour corrélérer ces déplacements déclarés et l'activité effectuée pendant ces plages.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'impose l'article 20 de l'arrêté précité du 30 avril 2003, aucun tableau quadrimestriel¹⁰⁴ n'est adressé à chaque praticien, en vue de récapituler les périodes effectuées au titre des obligations de service, celles réalisées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, et le solde de ces périodes correspondant aux périodes de temps de travail additionnel.

7.1.3.2. Une évaluation devenue urgente

Le coût de la permanence des soins¹⁰⁵ du CHU de Toulouse a fortement augmenté entre 2012 et 2017, passant de 10,8 M€ en 2012 à 14,7 M€ en 2018, soit une augmentation de 3,9 M€.

Il a pourtant fallu attendre la fin de l'année 2018 et la décision de l'ARS de réduire ses financements, pour qu'une première mise à plat soit effectuée. Jusqu'à présent, seules les demandes de créations étaient suivies, ce qui avait permis, selon l'établissement, de limiter la création de nouvelles lignes. En revanche, aucun suivi n'était effectué sur le coût des différentes lignes, et notamment sur le montant des déplacements, et aucune évaluation de la pertinence des lignes financées par l'établissement.

Alors qu'en 2018, le coût chargé pour l'établissement des lignes de garde et astreintes (hors services d'urgence) était de 16,3 M€, cette même année, l'ARS n'a versé que 8,1 M€, soit une différence de 8,2 M€. Cette différence devrait encore s'accroître en 2019, puisque le montant versé par l'ARS ne serait plus que de 7,7 M€, soit un différentiel de 8,6 M€.

¹⁰³ Entrée du tableau mensuel des gardes et astreintes sur GTMéd, permettant le blocage d'un certain nombre d'anomalies (blocage à 10 h sur une période d'astreinte, paiement maximum de 2 trajets par astreinte...), interface entre GTMéd et AGIRH (logiciel de paye) n'autorisant le paiement des gardes et astreintes qu'aux médecins inscrits dans le tableau mensuel des gardes et astreintes, déclaration des déplacements durant les astreintes possible seulement pour les médecins inscrits sur le tableau d'astreinte...

¹⁰⁴ L'article 20 de l'arrêté précité du 30 avril 2003 indique qu'« au plus tard le 10 de chaque mois, le directeur de l'établissement arrête l'état récapitulatif des participations à la permanence des soins effectuées au cours du mois précédent. Cet état décompte (...) le nombre de périodes de temps de travail effectuées donnant lieu au versement de l'indemnité de sujétion, les astreintes et les déplacements réalisés donnant lieu à indemnisation. Au terme de chaque quadrimestre, le directeur établit, pour les personnels visés au 1 ci-dessus, un état récapitulatif dans l'ordre suivant : 1. Les périodes de jour du lundi matin au samedi midi (et périodes assimilées) effectuées au titre des obligations de service ; 2. Les périodes effectuées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jour férié ; 3. Le décompte de celles de ces périodes qui sont intégrées dans les obligations de service ; 4. Le solde de ces périodes correspondant aux périodes de temps de travail additionnel. L'extrait qui le concerne est adressé à chaque praticien ».

¹⁰⁵ Y compris le temps additionnel.

tableau 46 : Coûts de la permanence des soins (en €)

	Coût total chargé	dont déplacements	dont forfaits	FIR 2018	Différence 2018		FIR 2019	Différence 2019	
					nb	%		nb	%
Total ANESTHESIE REANIMATION	4 185 574	1 036 610	1 862 601	2 976 946	-1 208 628	71%	2 976 946	-1 208 628	71%
Total BIOLOGIE	302 141	88 188	127 627	210 280	-91 861	70%	21 028	-281 113	7%
Total CARDIO VASCULAIRE ET METABOLIQUE	1 971 989	926 052	465 147	638 190	-1 333 799	32%	714 191	-1 257 798	36%
Total CEPHALIQUE	615 285	386 856	52 634	228 003	-387 282	37%	228 003	-387 282	37%
Total CLINIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES	743 989	284 852	237 887	410 187	-333 802	55%	410 187	-333 802	55%
Total DIGESTIF	730 894	436 115	85 952	486 188	-244 706	67%	380 005	-350 889	52%
Total ENFANTS	2 077 772	666 375	783 020	974 471	-1 103 301	47%	668 372	-1 409 400	32%
Total FEMME-MERE-COUPLE	551 339	159 708	223 885	355 214	-196 125	64%	440 369	-110 970	80%
Total GERIATRIE	151 626	80 300	28 004	0	-151 626	0%	0	-151 626	0%
Total ISLM	1 403 413	747 180	246 576	330 036	-1 073 377	24%	410 187	-993 226	29%
Total IMAGERIE	818 589	523 384	61 323	304 004	-514 585	37%	304 004	-514 585	37%
Total NEUROSCIENCES	677 024	89 977	374 759	668 372	-8 652	99%	516 370	-160 654	76%
Total ONCOPOLE	254 797	120 676	61 323	26 032	-228 765	10%	26 032	-228 765	10%
Total PHARMACIE	30 734	2 637	19 316	21 028	-9 706	68%	0	-30 734	0%
Total PSYCHIATRIE	136 563	3 234	89 970	0	-136 563	0%	0	-136 563	0%
Total SPMS	237 394	88 928	80 639	0	-237 394	0%	0	-237 394	0%
Total URO NEPHROLOGIE	1 442 581	692 910	324 482	462 251	-980 330	32%	562 189	-880 392	39%
TOTAL	16 331 704	6 333 979	5 125 146	8 091 202	-8 240 502	50%	7 657 883	-8 673 821	47%

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données communiquées par l'établissement

La différence de coût entre la prise en charge par l'ARS et le coût pour l'établissement tient à plusieurs raisons :

- des gardes et astreintes assurées par des praticiens hospitalo-universitaire, donc plus coûteuses pour un CHU, le surcoût n'étant pas pris en charge par l'ARS ;
- une prise en charge des déplacements limitée à une heure de déplacement par jour d'astreinte, alors que ces déplacements seraient, selon l'établissement, en moyenne plus nombreux ;
- la nécessité de doubler certaines lignes de garde, en raison de l'importance de l'activité de certaines disciplines ;
- des lignes de garde non financées par l'ARS, notamment lorsque la discipline est exercée sur deux sites.

L'établissement n'a pas été en mesure de transmettre les données d'activités liées à la permanence des soins, qui doivent pourtant être communiquées à l'ARS. L'utilité de certaines lignes de garde pourrait pourtant être questionnée s'agissant de certaines spécialités :

- astreintes de sécurité ou astreintes opérationnelles n'ayant fait l'objet d'aucun déplacement ou de déplacements très limités durant l'année, ne paraissant pas justifier leur existence (164 652 € en 2018, voir annexe 1) ;
- astreintes non financées par l'ARS (voir annexe 2).

La chambre recommande à l'établissement d'engager une mise à plat ambitieuse de sa permanence des soins.

Recommandation

7. Evaluer les dépenses de permanence des soins au regard de l'activité effective. Non mise en œuvre.

7.2. Des dépenses de personnel non médical davantage maîtrisées

7.2.1. Évolution des rémunérations

Si elles connaissent un certain ralentissement depuis 2015, les dépenses de personnel non médical ont fortement augmenté sur la période. Importante en valeur (+ 13 M€), la hausse des rémunérations hors charges des personnels titulaires et stagiaires paraît cependant maîtrisée (+ 0,8 % en moyenne annuelle). En revanche, les rémunérations du personnel en contrat à durée indéterminée ont fortement augmenté (+ 12 M€, soit 9 % par an en moyenne), et dans une moindre mesure, celle du personnel en contrat à durée déterminée (CDD – + 5 M€, soit 5 % par an en moyenne). Le poids du personnel en CDD a augmenté de 1 % sur la période, pour atteindre 6 % du total du personnel en 2017.

tableau 47 : Évolution des rémunérations du personnel non médical (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Personnel titulaire et stagiaire	265 182 095	272 169 751	274 706 882	270 411 703	268 607 979	278 256 948	13 074 852	5%
Personnel en CDI	17 930 241	16 498 194	23 381 269	29 437 036	32 066 261	29 672 281	11 742 040	65%
Personnel en CDD	14 888 893	15 168 874,35	18 519 677,54	19 085 119,13	19 197 127,74	19 737 560,48	4 848 667	33%
Autres charges	119 715 461	125 393 119	132 044 424	131 309 392	131 793 685	134 802 766	15 087 305	13%
Total personnel non médical	417 716 690	429 229 939	448 652 252	450 243 249	451 665 053	462 469 555	44 752 865	11%
Poids du personnel en CDD	5%	5%	6%	6%	6%	6%		

Source : tableau CRC, à partir des comptes financiers

Cette hausse s'explique en partie par celle des effectifs. En effet, entre 2012 et 2017, le nombre d'équivalents temps-plein rémunérés (ETPR) a augmenté de 78. Le CHU a davantage recouru à des CDD et autres contrats précaires (contrats aidés et contrats d'apprentissage). Le nombre d'ETPR en CDD et autres a augmenté de 190, tandis que le nombre de titulaires, stagiaires et personnel en contrat à durée indéterminée (CDI) a diminué de 111.

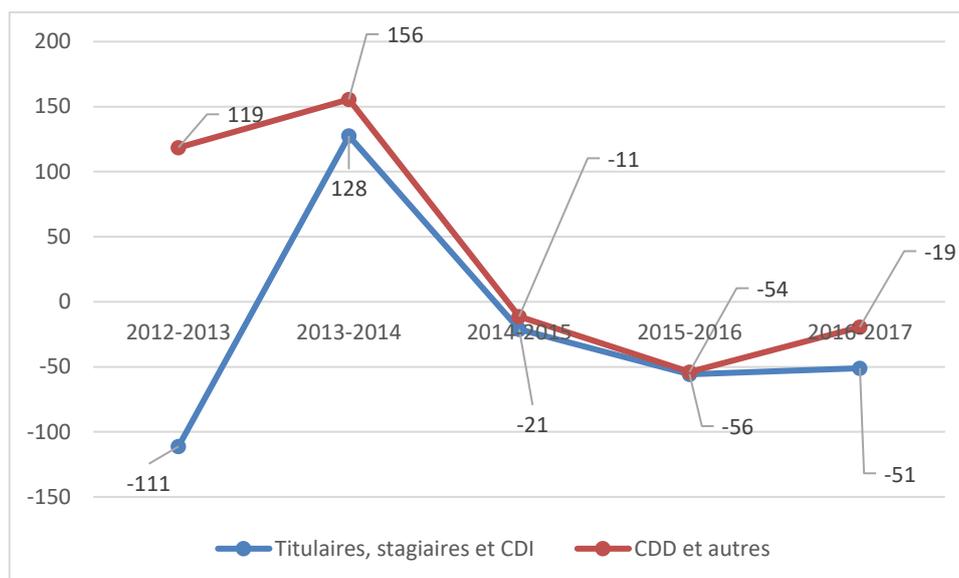
tableau 48 : Évolution des équivalents temps-plein rémunérés non médicaux

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en nb	Evol° en %
Titulaires, stagiaires et CDI	10 399	10 287	10 415	10 394	10 338	10 287	- 111	- 1 %
CDD et autres	746	865	1 020	1 009	955	936	190	25 %
Total personnel non médical	11 145	11 152	11 435	11 403	11 293	11 223	78	1 %

Source : tableau CRC, à partir des bilans sociaux

Si le nombre d'ETPR en CDD a fortement augmenté en début de période (+ 274 entre 2012 et 2014), il est en diminution constante depuis 2015.

graphique 8 : Évolution du nombre d'équivalent temps-plein rémunéré



Source : graphique CRC, à partir des bilans sociaux

L'augmentation des effectifs a principalement concerné les agents de catégorie A, qui sont passés de 3 191 ETPR en 2012 à 3 932 en 2017, soit une augmentation de 741 agents. Cette augmentation s'explique principalement, selon le CHU, par le recrutement d'infirmiers en lien avec les ouvertures de PPR et de l'IUCT en 2015. Sur la période, le nombre d'agents de catégorie B a baissé de 9, celui des agents de catégorie C de 61, en raison de l'externalisation des prestations du bio-nettoyage et de brancardage.

La rémunération par ETPR hors charge a également augmenté sur la période : + 2 707 € s'agissant des titulaires, stagiaires et CDI, soit + 10 %, + 1 139 € pour les CDD et autres contrats soit + 6 %.

tableau 49 : Rémunération par équivalent temps-plein rémunéré (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Total titulaires, stagiaires et CDI	Rémunération hors charges	283 112 336	288 667 945	298 088 151	299 848 738	300 674 240	307 929 229	24 816 893	9%
	Nb ETPR	10 399	10 287	10 415	10 394	10 338	10 287	-111	-1%
	Rémunération/ETPR	27 226	28 060	28 621	28 849	29 084	29 933	2 707	10%
Total CDD et autres	Rémunération hors charges	14 888 893	15 168 874	18 519 678	19 085 119	19 197 128	19 737 560	4 848 667	33%
	Nb ETPR	746	865	1 020	1 009	955	936	190	25%
	Rémunération/ETPR	19 958	17 545	18 154	18 918	20 104	21 097	1 139	6%
Total personnel non médical	Rémunération hors charges	298 001 229	303 836 819	316 607 828	318 933 857	319 871 368	327 666 789	29 665 560	10%
	Nb ETPR	11 145	11 152	11 435	11 403	11 293	11 223	78	1%
	Rémunération/ETPR	26 740	27 245	27 687	27 970	28 325	29 197	2 457	9%

Source : tableau CRC, à partir des bilans sociaux et des comptes financiers

Le coût moyen chargé par ETP est plus élevé que la moyenne des établissements comparables : il était de 46 673 € en 2015, alors qu'il était en moyenne de 45 739 € pour les CHU comparables. Le coût des agents en CDD était sensiblement plus élevé que celui de la moyenne et de la catégorie, avec des différentiels dépassant les 1 000 € annuels. Les ratios de productivité du

CHU apparaissaient également peu favorables¹⁰⁶, du fait d'une inadéquation fréquente entre le nombre de postes de travail et le nombre de patients présents, en raison notamment d'unités morcelées et la difficile optimisation de l'effectif dans le cadre d'unités hybrides (conjuguant hospitalisation complète, de semaine et de jour) sous-dimensionnées (cf. *supra* § 3.3.2.).

7.2.2. Une priorité prise en compte dans le cadre du plan Avenir

7.2.2.1. Un objectif de suppression de 334 équivalent temps-plein en cinq ans

Parmi les mesures envisagées par le plan Avenir, la maîtrise des dépenses de personnel non médical devrait permettre d'aboutir à la suppression de 334 ETP non médicaux, soit 14,4 M€ d'économie entre 2016 et 2020.

Le Copermo du 12 juillet 2016 invitait le CHU à engager des mesures complémentaires pour fiabiliser le plan Avenir, notamment en réduisant le coût moyen annuel du personnel non médical au travers d'un retour strict à la réglementation, s'agissant plus particulièrement des avancements d'échelon, de l'attribution des indemnités et primes ou des dépenses de promotion professionnelle.

L'établissement s'est donc attaché à poursuivre deux pistes : réduire les effectifs et diminuer le coût par ETP.

Réduire le nombre d'équivalent temps-plein

Des projets devaient permettre de diminuer le nombre d'ETP du CHU : l'optimisation des fonctions supports, la mise en œuvre de maquettes organisationnelles, la restructuration du processus de suppléance.

Concernant les fonctions supports, la réorganisation de l'activité de bio-nettoyage dans les blocs opératoires s'est achevée en 2017 et a permis d'atteindre les objectifs fixés initialement en supprimant 30 postes dans les blocs opératoires de l'hôpital des enfants et du pôle femme-mère-couple. De même, la sous-traitance de la fonction de brancardage des unités d'imagerie de l'hôpital de Rangueil est aujourd'hui effective, et s'est traduite par une diminution de 13 ETP. La gestion des archives était en partie assurée par un prestataire dont le contrat arrivait à échéance. Le CHU a choisi de ré-internaliser cette gestion, moyennant une augmentation des effectifs de 7,5 ETP compensée par une baisse des dépenses de prestations externes. Par ailleurs, la maintenance des 25 000 détecteurs incendie du CHU était assurée jusqu'en 2016 par un prestataire privé. Une analyse comparative menée en 2016 a permis de démontrer que le CHU dépensait davantage à ce sujet que les autres établissements. Une action de ré-internalisation partielle des prestations de maintenance des dispositifs de sécurité incendie, par les équipes de sécurité incendie, a été mise en œuvre, pour un gain cumulé sur trois ans de 1,2 M€ selon l'établissement, sans recrutements supplémentaires.

¹⁰⁶ Principaux ratios de productivité du CHU de Toulouse pour l'année 2015 : ratio ETP/lit : 2,44 ETP soignants et de rééducation pour une moyenne à 2,28 ; 2,11 ETP infirmier diplômé d'État et aide-soignant pour une moyenne à 1,86 ; ratio ETP soignant/100 journées d'hospitalisation : 0,99 ETP soignants pour une moyenne à 0,8 ; 0,85 ETP infirmier diplômé d'État et aide-soignant pour une moyenne à 0,6 ; ratio ETP soignants/1 000 unités journées-séances : 0,9 ETP soignants pour une moyenne à 0,72 ; 0,77 infirmier diplômé d'État et aide-soignant pour une moyenne à 0,58 ; ratio ETP manipulateurs en électro radiologie/10 000 ICR : 0,14 ETP pour une moyenne à 0,11 ; ratio ETP technicien de laboratoire/100 000 B : 0,14 ETP pour une médiane à 0,11.

Le déploiement des maquettes organisationnelles, allié à la révision des organisations de travail et de l'adaptation du capacitaire, devait permettre d'accompagner le virage ambulatoire et les efforts d'efficience des organisations. En effet, les cartographies des organisations et des effectifs existantes n'étaient pas mises à jour régulièrement. Les effectifs permanents étaient donc notifiés sur une base historique sans qu'il y ait de correspondance entre les effectifs nécessaires aux organisations et les notifications annuelles allouées. De la même manière, les notifications d'effectifs non permanents n'étaient pas homogènes, certains pôles ayant un volant de personnels de remplacement proportionnellement plus important que d'autres. En fonction d'une analyse reposant sur de nombreux critères (nombre de lits, variabilité et caractéristiques de l'activité, pathologies accueillies, dépendance, évaluation des risques professionnels, notamment de manutention) réalisée par la direction des soins, une organisation type du travail devait être arrêtée, fondée sur les référentiels de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Pourtant, en octobre 2017, seulement 25 % des unités fonctionnelles des pôles cliniques et médicotechniques avaient fait l'objet d'une présentation devant les instances représentatives du personnel soit 102 unités sur 432 avec un impact de - 10,7 ETP pour les personnels soignants et médico technique, et - 3,3 ETP pour les personnels administratifs, soit - 14 ETP en 2017, chiffre inférieur aux résultats attendus. Le CHU a donc décidé de simplifier cet outil pour le rendre plus opérationnel. Une mise à plat des effectifs a été lancée. L'analyse du fonctionnement de chaque unité permet de valider une organisation avec le directeur des soins et le cadre supérieur du pôle. Pour chaque unité, ce travail permet de connaître le nombre d'ETP nécessaires pour garantir cette organisation, le nombre d'ETP réellement présents (en intégrant l'absentéisme éventuel), le nombre d'ETP manquants ou redondants par rapport à l'organisation validée, le nombre d'heures supplémentaires mobilisées rapportées en ETP, le nombre d'intérimaire recrutés rapportés en ETP et le nombre d'agents absents rapporté en ETP.

Ce travail a permis de valider ou non les demandes de recrutement, et d'ajuster progressivement le nombre d'agents présents au nombre d'agents nécessaire. Ainsi, en 2018, une centaine d'ETP ont été déplacés sur des postes où leur présence était jugée plus nécessaire et l'établissement a pu absorber la fin des contrats aidés sans augmenter ses effectifs. À la fin de l'année 2018, tous les pôles cliniques avaient été cartographiés. Les pôles médicotechniques devaient l'être en 2019.

Enfin, la restructuration du processus de suppléance devait permettre de mettre à plat le fonctionnement des dispositifs de remplacement au CHU, nombreux, et parfois redondants. Elle s'inscrivait également dans un objectif plus global : améliorer la qualité de vie au travail des agents tout en sécurisant les plannings de travail. En effet, l'organisation antérieure connaissait un certain nombre de dysfonctionnements : le rappel des agents en congés ou le recours aux heures supplémentaires était jugé contraignant par les agents, le taux de remplacement dans certains pôles dépassait les 100 % quand il était inférieur à 50 % dans d'autres, sans que le type de service (service normé notamment) ou l'activité ne le justifient.

Un groupe de travail a travaillé sur l'identification des bonnes pratiques déjà en œuvre dans les services et une redéfinition du processus a été mise en place, avec pour objectif de préserver au maximum le planning des agents, et donc de limiter le recours aux heures supplémentaires, sauf inscription sur listes de volontaires. Les effectifs de suppléance des deux services de remplacement ont été regroupés, et des postes d'infirmiers et d'aides-soignantes ont été créés par transformation d'une partie de l'enveloppe jusque-là dédiée aux dépenses d'intérim en ETP, soit 31 postes d'infirmiers et 19,5 postes d'aides-soignants. Le service de suppléance est réparti en deux groupes : l'un affecté aux sites de Ranguéil et de Larrey, et l'autre à Purpan. La répartition des effectifs par site a été faite au prorata du nombre de lits, tout en privilégiant la stabilité des équipes

actuelles, sauf choix contraire des agents. Certains services (anesthésie-réanimation, pédiatrie, blocs, par exemple) ne sont pas concernés par ce service de suppléance, puisqu'ils bénéficient de *pools* de pôle.

Des garanties sont assurées aux agents affectés à ces services, pour améliorer leurs conditions de travail : aucun rappel sur congé annuel et récupération de temps de travail (RTT), trois semaines de congés en été, temps de formation de trois jours avant la prise de poste permettant l'intégration des connaissances minimales, une semaine de formation par an sur des axes identifiés lors de l'entretien annuel permettant d'optimiser les compétences, une priorité à la mobilité interne au terme de trois ans. Une meilleure organisation du service, et un accompagnement des agents doit permettre de fluidifier le processus : adresse *mail* unique pour demander une suppléance, livret d'accueil par service mis à jour et à disposition sur un serveur partagé consultable par chaque agent. Une évaluation du projet doit être réalisée, permettant d'éventuels réajustements.

Si la structuration du processus de suppléance a été rationalisée, une action parallèle a également été mise en œuvre dans les services pour rappeler que le recours à la suppléance doit être subsidiaire à l'utilisation d'autres moyens pour assurer l'activité du service : adaptation temporaire des organisations de soins, en cas d'activité allégée, recours à des professionnels positionnés sur une autre unité, mais dont la charge de travail est moindre, *pools* de pôle. Le CHU souhaite ainsi limiter les remplacements aux besoins générés par l'activité des services, sans remplacer de manière systématique tous les effectifs manquants. Par ailleurs, des règles transparentes de compensation de l'absentéisme ont été définies, *via* l'allocation de moyens de suppléance à hauteur de 5 % des effectifs infirmiers diplômés d'État et aides-soignants dans les unités conventionnelles et 8 % dans les unités de soins critiques.

Diminuer le coût des équivalents temps-plein

Un suivi est mis en œuvre pour piloter la masse salariale de l'établissement. Un processus de validation de la paye a été mis en place entre la direction des affaires financières, la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des affaires médicales. Cette procédure permet, selon l'établissement, de suivre les évolutions de la paye et d'anticiper les éventuels dépassement de crédits limitatifs.

Par ailleurs, plusieurs actions ont été menées pour limiter l'augmentation des rémunérations versées.

Le CHU a ainsi engagé un travail pour mieux conformer les primes versées à la réglementation. Une cartographie a été réalisée, listant celles pouvant être versées aux agents en fonction de leur fonction ou de leur statut. Pour chacune d'elles, la réglementation applicable, le nombre d'agents concernés (titulaires ou contractuels) ainsi que le montant brut pour 2017 est indiqué. Ce travail a permis de supprimer le versement de la prime pour travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants¹⁰⁷ au personnel administratif (septembre 2016) et de mettre en adéquation les montants versés à la nature des travaux effectués. Les taux ont été revus pour les personnels concernés dans les laboratoires, l'imagerie et la psychiatrie.

En revanche, le CHU doit encore mener un travail de vérification concernant les astreintes. En effet, le temps passé en astreinte peut être récupéré à raison du quart de la durée totale de l'astreinte à domicile, ou faire l'objet d'une indemnisation horaire correspondant au quart d'une somme prenant pour base le traitement annuel de l'agent augmenté le cas échéant de l'indemnité

¹⁰⁷ Arrêtés des 18 mars 1981 et 30 août 2001.

de résidence, le tout divisé par 1 820. Cette indemnisation peut être portée au tiers de cette somme lorsque le degré des contraintes de continuité de service est particulièrement élevé pour le secteur et les agents concernés. Au CHU de Toulouse, 24 des 52 astreintes sont payées au tiers, alors que le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 indique que ce paiement doit se faire « à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels », « lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés » et sous réserve que « la liste des catégories de personnels et des secteurs d'activités bénéficiaires des taux dérogatoires » soit fixée par le chef d'établissement, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique. 132 378 heures ont été rémunérées en 2017, pour un montant de 2,4 M€. L'établissement a indiqué souhaiter, en 2019, réévaluer la pertinence des astreintes.

Le système d'avancement d'échelon pratiqué au CHU a longtemps été plus avantageux que ne l'autorisait la réglementation. Jusqu'en 2017, contrairement aux dispositions du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière, le CHU de Toulouse n'opérait en effet aucun suivi du nombre d'agents promouvables, et promouvait donc ses agents sans respecter le ratio promu/promouvable déterminé chaque année par arrêté.

Le nombre d'agents promus a fortement augmenté jusqu'en 2015 (+ 802 agents entre 2012 et 2015, soit + 25 %), en raison notamment du nombre d'agents promus à la durée minimale (en moyenne 30 % des promus), puis a diminué à compter de 2016, l'article 148 de la loi de finances pour 2016 ayant supprimé¹⁰⁸ l'avancement à la durée minimum dans les trois fonctions publiques. Cette mesure a permis de réduire dès 2016 le nombre d'agents promus à la durée minimale (14 % en 2016, contre 32 % en 2015), et le coût total chargé pour l'établissement de la promotion professionnelle (- 1,2 M€ entre 2016 et 2015).

L'établissement a également un chantier en cours, visant à négocier avec les organisations syndicales un nouveau protocole relatif aux modalités d'avancement de grade des fonctionnaires hospitaliers au CHU de Toulouse. Il vise à répartir les avancements offerts pour 50 % aux agents inscrits sur le tableau d'avancement, et pour 50 % aux agents répondant aux critères suivants : fonction qui correspond au niveau de responsabilité du grade, contenu du poste occupé, manière de service, diplôme correspondant au niveau du recrutement exigé pour l'accès au corps.

Enfin, la rémunération des agents contractuels devrait être mieux encadrée. Elle se faisait selon des modalités asymétriques selon les agents, avec des évolutions de rémunération parfois très favorables. Si les salaires existants n'ont pas été revus, un guide encadrant la rémunération des personnels contractuels est mis en œuvre depuis 2018. Ainsi, les agents dont les missions et les responsabilités n'évoluent pas suivent une évolution de carrière encadrée, avec des paliers fixés à trois ans. Les salaires sont fixés en fonction de l'expérience antérieure de l'agent, et suivent une progression encadrée.

¹⁰⁸ La suppression de la durée minimale était applicable dès juillet 2016 à la catégorie B et certains cadres d'emplois de catégorie A de la filière médico-sociale : puéricultrice territoriale, puéricultrice cadre territorial de santé, infirmier territorial en soins généraux, cadre de santé infirmier et technicien paramédical, conseiller territorial socio-éducatif. La loi de finances pour 2016 (article 78, loi n° 2015-1785) prévoit ensuite d'appliquer cette suppression au 1^{er} janvier 2017 pour les autres cadres d'emplois des catégories C et A.

7.2.2.2. Des résultats à confirmer

L'établissement n'effectuant pas un suivi régulier du bilan des actions menées, les derniers chiffres disponibles datent de 2017. Ce bilan apparaît mitigé : sur les 130 suppressions d'emplois prévues entre 2016 et 2017, seules 98 ont été effectuées. Sur les 7,5 M€ d'économies prévues, seules 5,1 M€ ont été réalisées.

Par ailleurs, le montant des charges de personnel 2018 est supérieur au réalisé 2017 (+ 7,5 M€) et à l'EPRD 2018 (+ 3 M€). L'établissement explique cette augmentation par la nécessité de devoir absorber chaque année, à effectif constant, des mesures statutaires dont le montant est compris entre 6 et 9 M€. De même, il a dû faire face à la fin du dispositif des contrats aidés. En effet, le CHU de Toulouse était historiquement l'un des établissements hospitaliers les plus dotés en personnels en contrat aidé avec près de 180 agents au printemps 2017 équivalent à 150 ETP. L'arrêt du dispositif à l'été 2017 s'est traduit par la création de 12,5 ETP sur les fonctions logistiques et par la prolongation en CDD de certains d'entre eux en 2018 afin de permettre aux pôles concernés d'adapter leurs organisations.

Selon la direction, 137,5 ETP ont été supprimés sur les 12 derniers mois, effectifs qui n'apparaissent pas dans les notifications des pôles faites par la DRH. Par ailleurs, l'évolution des effectifs dans leur ensemble (personnel permanent + non permanent + heures supplémentaires + intérim) a suivi une trajectoire positive en 2018, se plaçant, excepté en janvier, chaque mois en deçà de ceux de l'année 2017.

Le ratio du coût du personnel non médical¹⁰⁹ rapporté aux recettes¹¹⁰ s'est ainsi amélioré sur la période, passant de 22,04 en 2014 à 21,28 en 2017, soit une diminution de 3 %.

tableau 50 : Indicateur P4 Hospidiag, coût du personnel non médical des services cliniques rapportés aux recettes (en €)

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014-2017
Coût du personnel non médical	191 644 132	198 482 210	198 223 034	203 484 832	6 %
Recettes	869 519 658	898 983 289	933 549 470	956 145 510	10 %
Indicateur P4 (Coût/recettes x100)	22,04	22,08	21,23	21,28	- 3 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données Hospidiag

Cette trajectoire devrait se poursuivre en 2019, l'établissement attendant un certain nombre d'évolutions positives liées à la mise à plat des pôles médicotechniques, la révision en cours du tableau des emplois de l'ensemble des directions fonctionnelles, l'audit de l'ensemble des secrétariats médicaux des pôles coordonnés avec celui des bureaux des entrées et la ré-interrogation de l'ensemble des organisations logistiques.

Par ailleurs, les projets de restructuration font aujourd'hui l'objet d'une validation préalable par la DRH (validation des effectifs et des organisations du temps de travail). Il s'agit notamment du projet de regroupement du digestif, du projet intermédiaire de l'hôpital des enfants

¹⁰⁹ Est pris en compte le personnel non médical des services cliniques, à savoir, le personnel non médical des sections MCO, UHCD et activité externe dans ICARE. Le coût du personnel comprend la masse salariale chargée, les comptes épargne temps et les heures supplémentaires quand ils sont provisionnés.

¹¹⁰ Recettes assurance maladie MCO (avant application du coefficient de transition) y compris actes et consultations externes+montants DMI et MO+recettes du titre 2 (comptes 732+733+734+735)+montant total des forfaits (forfaits annuels urgence, prélèvement et greffe d'organes)+dotation MIGAC+(à partir de l'exercice 2016) dotation de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité.

et de la révision du capacitaire (hôpital de semaine d'urologie, capacitaire du pôle céphalique). Le gain estimé est de 60 ETP.

Enfin, la maîtrise des dépenses d'intérim *via* la réorganisation des équipes de suppléance institutionnelles, la mise à plat des astreintes du personnel non médical et des régimes indemnitaires, le changement du logiciel de gestion du temps de travail (élaboration d'indicateurs de suivi du temps de travail et plus grande rigueur dans le suivi de l'obligation annuelle de travail), la mise à disposition des cadres supérieurs de l'ensemble des indicateurs de pilotage de leurs effectifs (ETPR, taux d'absentéisme) permettraient de limiter la progression de la masse salariale en 2019, l'EPRD 2019 anticipant une augmentation de 6 M€ par rapport au réalisé 2018.

7.2.3. Des efforts à poursuivre, dans un contexte social tendu

7.2.3.1. Renforcer l'efficacité de l'établissement

Diminuer le nombre d'heures supplémentaires

Pour assurer la continuité du service public à l'hôpital, les agents peuvent être amenés à effectuer des heures supplémentaires¹¹¹ (en dépassement des horaires définis par le cycle de travail), qui donnent lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

A défaut de repos compensateur, les heures supplémentaires sont indemnisées sous la forme d'indemnités horaires pour travaux supplémentaires, qui peuvent être versées aux fonctionnaires des catégories C et B et à certains fonctionnaires de catégorie A¹¹².

Le nombre d'heures supplémentaires nécessaires au fonctionnement de l'établissement est important et pèse sur son résultat.

En effet, si l'établissement a considérablement diminué son recours à l'intérim, le nombre de journées d'intérim diminuant de 20 % entre 2012 et 2017, (passant de 29 ETP à 26 ETP), le montant d'heures supplémentaires versées a dans le même temps fortement augmenté, passant de 1,38 M€ à 2,4 M€.

tableau 51 : Nombre de journées rapportées en équivalent temps-plein effectuées par des personnels intérimaires

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
Nombre de journées	6 947	7 784	11 099	6 689	6 263	5 575	- 20 %
ETP	28,93	32,43	46,25	32,87	29,11	26,16	- 10 %
Coût	1 849 712	1 977 602	2 654 845	1 671 869	1 405 412	1 400 912	- 24 %

Source : CRC, à partir des bilans sociaux de l'établissement

La diminution du coût de l'intérim (- 448 800 €) est donc largement compensée par l'augmentation du montant versé au titre de l'indemnisation des heures supplémentaires (+ 1,03 M€).

¹¹¹ Articles 7 et 8 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002.

¹¹² L'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 ouvre cette possibilité aux catégories de personnel suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. L'article 1^{er} de l'arrêté du 25 avril 2002 fixe la liste complète des emplois éligibles aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

Par ailleurs, si le stock d'heures supplémentaires effectuées non récupérées a diminué sur la période (- 25 998), il reste élevé, l'établissement devant en moyenne 47 heures aux 6 105 agents ayant effectué des heures supplémentaires en 2017. 169 agents ont effectué, en 2017, plus de 120 heures supplémentaires dans l'année, soit plus de 10 heures en moyenne par mois.

Enfin, 58 agents dépassent le contingent annuel défini par l'article 6 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 (180 heures supplémentaires par an pour l'ensemble du personnel, 220 heures pour certains personnels¹¹³), neuf agents ayant même effectué plus de 300 heures supplémentaires. La chambre rappelle que, selon la jurisprudence administrative¹¹⁴, les heures supplémentaires effectuées au-delà du plafond de 15 heures mensuel ne peuvent être indemnisées.

Rationaliser les temps partiels

Le nombre d'agents à temps partiel est élevé. L'analyse effectuée par la chambre à partir des bulletins de paie pour le mois de décembre 2017 montre que 67 % des services ont plus de 10 % de leurs effectifs à temps partiel, 18 % des services ont plus de 30 % de leurs agents à temps partiel.

Or, cette multiplication de temps partiel dessert l'efficience de l'établissement, compliquant l'établissement des plannings, et imposant parfois le recours à des heures supplémentaires, coûteuses pour l'établissement.

Ainsi, en 2017, 27 % des 906 infirmiers à temps partiel ont effectué des heures supplémentaires, de même que 31 % des 383 aides-soignants à temps partiel.

Ces temps partiels sont inégalement répartis, le CHU accédant aux demandes des agents, y compris lorsqu'elles ne sont pas de droit¹¹⁵, sans qu'il soit demandé à l'agent de changer de service, ou sans qu'une certaine quotité de travail facilitant la confection des plannings soit imposée.

Ainsi, en décembre 2017, 17 % des infirmiers étaient à temps partiel. 13 % travaillaient pour une quotité égale à 90 %, 69 % à 80 %, 13 % à 50 %, et 6 % pour d'autres quotités. 16 % des secrétaires médicales étaient à temps partiel, et 12 % des aides-soignants.

Certains services, y compris des services normés, sont composés de nombreux agents à temps partiel, aux quotités très différentes. 46 % des infirmiers du service de néonatalogie sont ainsi à temps partiels, 12 % sont à 90 %, 62 % à 80 %, 5 % à 70 %, 12 % à 60 %, 10 % à 50 %, compliquant ainsi la réalisation des roulements, et sans que la quotité de travail du service n'apparaisse strictement dimensionnée aux besoins du service.

L'encadrement des temps partiels constitue une marge de manœuvre pour l'établissement, lui permettant de diminuer le recours aux heures supplémentaires, et de faciliter les rotations des agents. La chambre invite dès lors l'établissement à limiter l'autorisation de travail à temps partiel

¹¹³ Infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

¹¹⁴ CE, arrêt n° 331068 du 23 décembre 2010.

¹¹⁵ Le temps partiel est accordé au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire), qui le demande : à l'occasion de chaque naissance jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant, ou de chaque adoption pendant les 3 ans suivant l'arrivée de l'enfant au foyer ; pour donner des soins à un proche (époux, enfant à charge ou ascendant), atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave ; lorsqu'il est handicapé et relève de l'obligation d'emploi ; ou pour raisons personnelles, si les nécessités de service et les possibilités d'aménagement de l'organisation du travail le permettent.

aux agents y ayant réglementairement droit, et à retenir une quotité de temps partiel à 50 % et 80 %, afin de faciliter l'élaboration des plannings et d'améliorer l'efficacité des organisations.

Renégocier le protocole de récupération de temps de travail

En février 2002, le CHU de Toulouse a adopté un protocole d'accord local sur la réduction du temps de travail. Ce protocole prévoit¹¹⁶ la réalisation de journées de 7h 42, équivalant à 38h30 par semaine, compensée par l'octroi de 20 journées de RTT par an, 19 depuis la loi de 2004 sur la solidarité nationale.

Ce protocole apparaît coûteux en personnel, dans la mesure où le CHU doit recourir à un nombre d'agents plus important pour pouvoir garantir la présence dans chaque service du nombre de personnes nécessaire à leur fonctionnement. La réalisation des plannings en est, semble-t-il, complexifiée, puisqu'ils doivent prendre en compte l'absence d'agents.

Une organisation du travail sur la base de 37h30 en moyenne hebdomadaire, soit 7h30 par jour, permettrait de réduire le nombre de jours de RTT à 14. Sur la base d'un taux d'absentéisme similaire à celui de l'année 2017, soit 8,12 %, et en excluant les personnes effectuant des horaires spécifiques ou dont la quotité de travail est inférieure à 50 %, le CHU estime que le passage à 37h 30 permettrait un gain de 3 132 heures, soit 202,5 ETP.

La chambre recommande à l'établissement de renégocier, avec l'appui de sa tutelle, le protocole d'accord local sur le temps de travail, pour envisager un passage à 37h30 en moyenne hebdomadaire.

Recommandation

8. Renégocier le protocole d'accord local sur le temps de travail. *Non mise en œuvre.*

7.2.3.2. Un personnel à remobiliser

Un climat social tendu

La période récente a été marquée par une forte mobilisation syndicale, ponctuée de polémiques dans les médias et sur les réseaux sociaux.

Le nombre d'heures de grève du personnel non médical a fortement augmenté depuis 2016, date de mise en œuvre des premières réformes liées au plan Avenir : mesuré en heures par ETP, il est passé de 0,44 en 2013 à 1,26 h en 2017.

¹¹⁶ Hors personnel d'encadrement et de direction (forfait jour).

tableau 52 : Nombre d'heures (personnel non médical) de grève au cours de l'année

Nombre d'heures (PNM) ou de demi-journées (PM) de grève au cours de l'année	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
PNM (heures) Toulouse	4 852	7 121	6 209	18 665	14 114	10 192
Effectif	11 152	11 435	11 403	11 293	11 223	11 301
Nb heures/ETP	0,44	0,62	0,54	1,65	1,26	0,90
PNM (heures) CHU Bordeaux	5 795	8 002	7 489	21 454	11 358	10 820
Effectif	11 373	11 345	11 285	11 211	11 239	11 290
Nb heures/ETP	0,51	0,71	0,66	1,91	1,01	0,96
PNM (heures) CHU Montpellier	3 286	2 065	2 900	8 568	nc	4 205
Effectif	8 183	8 278	8 279	8 301	nc	8 260
Nb heures/ETP	0,40	0,25	0,35	1,03	nc	0,51

Source : CRC, à partir des bilans sociaux des établissements

Par ailleurs, le taux d'absentéisme du personnel non médical augmente depuis 2013 : il est passé de 7,24 % à 8,12 % en 2017. Le nombre de jours d'absence hors maternité a augmenté de 22 % entre 2013 et 2017, soit + 49 743 jours. Le nombre d'agents ayant eu au moins un arrêt de travail pour maladie ordinaire s'est accru de 20 % entre 2013 et 2017 : 6 111 agents ont eu au moins un arrêt de travail pour maladie ordinaire en 2017, soit 55 % des agents.

tableau 53 : Évolution de l'absentéisme

	2013	2014	2015	2016	2017	Augmentation 2013-2017
Taux d'absentéisme CHU Toulouse	7,12 %	7,52 %	7,66 %	7,73 %	8,12 %	14 %
Nombre de jours d'absences hors maternité	224 291	237 002	250 792	255 423	274 034	22 %
Nombre d'agents ayant eu au moins un arrêt de travail pour maladie ordinaire	5 079	5 740	6 234	6 242	6 111	20 %

Source : CRC, à partir des bilans sociaux de l'établissement

Enfin, depuis 2014, 11 expertises ont été demandées par le comité d'hygiène, de santé et des conditions de travail, représentant un montant de 1,2 M€. Bien que l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015¹¹⁷ ne l'impose pas, la chambre observe que le comité d'hygiène, de santé et des conditions de travail pourrait, dans un objectif de meilleure gestion des deniers publics, procéder à la mise en concurrence des expertises demandées.

Améliorer les conditions de travail

Au-delà des actions déjà menées pour améliorer les conditions de travail de ses agents (meilleure coordination avec la médecine du travail, accompagnement de certains services en difficulté par des cabinets extérieurs ou en interne, démarche de qualité de vie au travail, travail sur les plannings et sur l'absentéisme pour éviter de rappeler les personnels en congé notamment), le nouveau projet social d'établissement, défini par l'article L. 6143-2-1 du code de la santé, a identifié cinq grands axes pour améliorer les conditions de travail de ses agents.

Aucun projet social n'avait été défini spécifiquement par le CHU lors de la période 2013-2018. Seules certaines orientations de l'axe 5 « un CHU plus efficace pour préserver

¹¹⁷ Cass. soc., 28 mars 2018.

l'avenir » du projet d'établissement concernaient le personnel. L'établissement s'était notamment engagé à redynamiser le système de management du CHU, en apportant une nouvelle dynamique à la gestion des pôles, à la fonction ressources humaines, et au dialogue social. Le périmètre des pôles et l'organisation devaient être redéfinis. La fonction ressources humaines devrait être réorganisée : nouveau partage des tâches entre les pôles et la DRH, création de plateformes de proximité, renforcement de la politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, meilleure valorisation des fonctions d'encadrement. Enfin, le dialogue social et les conditions de travail devaient être améliorés.

Si la réorganisation des fonctions RH a bien été engagée (création de plateformes de sites, gestion prévisionnelle des moyens et des compétences, rattachement de l'équipe conditions de travail à la DRH et renforcement de ses moyens), le développement des outils de gestion participative n'a été engagé que partiellement, et le dialogue social s'est déroulé dans un climat tendu. Par ailleurs, ce projet ne comportait que peu d'actions dédiées à la valorisation des ressources humaines, dont la mobilisation est pourtant indispensable pour la réussite des ambitieux projets de réorganisation menés par l'établissement.

Le projet social 2018-2023 se veut davantage centré autour des agents, avec l'ambition de « retrouver de la sérénité et de la fierté de travailler au CHU de Toulouse ».

Le premier axe souhaite faire de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels un atout pour l'établissement. Plusieurs actions sont envisagées : renforcement des dispositifs de prévention déjà existants, document unique dédié aux risques psychosociaux, politique de « gestion prévisionnelle des métiers et des compétences santé », facilitation de l'expression des professionnels, actions permettant la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle (offre de conciergerie, repas à emporter, diversification des modalités d'accueil des enfants du personnel hospitalier), amélioration continue de la qualité de vie au travail au sein de chaque pôle par la mise en valeur des réalisations des agents.

Le second objectif vise à accompagner l'ensemble des managers, médicaux et non médicaux, de l'établissement : formation annuelle au management destinée aux médecins exerçant ou ayant vocation à exercer des missions managériales, accompagnement des cadres non médicaux, formation des cadres à l'évaluation professionnelle notamment. De nouvelles pratiques, *coachings*, ateliers d'échange, conférences thématiques devraient également permettre aux encadrants d'intégrer au management une dimension de qualité relationnelle au-delà de l'efficacité des processus et des organisations.

Le troisième axe souhaite redonner du temps aux soignants. Différentes actions devraient être mises en œuvre : installation d'un salon hôtelier pour les patients sortants, dématérialisation des commandes de repas, gestion par la filière logistique des stocks déportés, mise en place d'un outil informatique plus performant permettant le suivi des commandes, facilitation de la saisie des transports par les soignants, meilleure réactivité dans la prise en charge des transports.

Le quatrième axe doit permettre de développer la marque employeur public du CHU de Toulouse au service de l'attractivité et de la fidélisation de ses professionnels. Les processus de recrutement devront être modernisés, l'accueil des nouveaux arrivants renforcé, l'e-réputation du CHU devrait faire l'objet d'un travail visant à l'améliorer. Le CHU compte s'appuyer sur le GHT pour développer des opportunités professionnelles pour ses agents. De manière générale, les processus liés aux ressources humaines devraient être simplifiés, pour devenir plus lisibles pour les agents. Par ailleurs, au sein de Purpan, des prestations d'accueil et de confort ou services de proximité, à destination du personnel et des usagers du CHU, devraient être mis en place. Dans le

cadre d'une concession, de nombreux services devraient être offerts : commerces de proximité, espaces de restauration, espace enfants, espaces de rééducation fonctionnelle, espaces sport/détente destinés aux personnels du CHU et aux usagers de l'hôpital, espaces dédiés aux professions libérales. Une résidence hôtelière hospitalière devrait également être réalisée, de même qu'une résidence pour séniors et une crèche. Les travaux devraient s'achever à l'été 2022. L'Ouest du site de Rangueil devrait également faire l'objet d'une réhabilitation pour proposer des prestations similaires à celles de Purpan, dans le cadre similaire d'une concession confiée à un partenaire privé.

Le cinquième axe vise la construction d'un dialogue social apaisé. Une plus grande formalisation du fonctionnement des instances sociales devrait être mise en œuvre. Au niveau des pôles, les cadres devraient être accompagnés dans leur connaissance du droit syndical. Une charte d'accompagnement social dans le cadre de projets restructurant devrait être rédigée, afin que tous les personnels aient accès à une information claire et partagée.

Enfin, le sixième axe souhaite renforcer le maintien dans l'emploi des personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et promouvoir les séniors. Des commissions locales et centrales du maintien dans l'emploi devraient être instaurées. Les modalités d'accompagnement des personnes devraient être harmonisées. Une cellule de mobilité et un guide d'entretien de retour après absence longue pour raison de santé devraient être formalisés.

8. LA COMMANDE PUBLIQUE

Le précédent rapport de la chambre avait recommandé à l'établissement de « mettre en place une procédure adaptée de sélection des prestataires respectant les principes de transparence et d'égalité de traitement afin de garantir la bonne gestion des deniers publics ». Cette recommandation a été mise en œuvre. Au-delà du suivi de cette recommandation, la chambre s'est attachée à appréhender l'efficacité du processus achat au CHU de Toulouse.

8.1. Des procédures au référentiel achat

La cellule juridique de la direction des achats a rédigé en 2008 un manuel des procédures consacré aux règles applicables en matière de commande publique, ainsi qu'à la mise en œuvre des règles internes de validation de l'acte d'achat. Ce manuel est mis à jour au fil des évolutions réglementaires.

La cellule juridique met également à disposition des acheteurs plusieurs types de supports d'information juridique :

- diffusion de "newsletters" juridiques (environ huit par an) ayant vocation à informer les acheteurs des évolutions réglementaires ou à rappeler un point de droit particulier ;
- rédaction de tableaux synthétiques et logigrammes destinés à décrire les procédures de l'achat public (appel d'offre, marchés négociés...) ou à mettre l'accent sur des thématiques sensibles (variantes...).

Le CHU a revu son référentiel achat à la faveur du passage à l'ordonnance des marchés publics d'avril 2016 et s'est saisi des nouvelles opportunités offertes par ces textes, notamment en matière de *sourcing*, avec une accentuation des démarches fournisseurs en amont de l'acte d'achat.

8.2. L'organisation de la commande publique

En 2013, dans une logique de maximisation de la performance achat et de sécurisation des marchés publics, le CHU a mis en place une direction des achats unique qui couvre plus de 90 % des achats réalisés par l'établissement : pharmacie, biologie, achats généraux, travaux, informatique, services techniques. La direction des achats est rattachée au pôle « ressources matérielles ». Les acheteurs, sensibilisés et formés aux règles de la commande publique, sont organisés par domaine d'achat et rattachés à un même directeur. Ils travaillent avec l'ensemble des pôles et directions du CHU pour répondre à leurs besoins.

Une cellule juridique, composée de deux juristes et d'un responsable juridique, est chargée du conseil et du contrôle juridique sur l'ensemble des dossiers achats. Cette cellule, rattachée au directeur des achats, est dédiée aux marchés publics. Elle dispense une formation continue aux acheteurs, au rythme d'une par mois, sur des sujets particuliers (les critères de jugement des offres, la réception des prestations...). Sur les procédures complexes, les juristes accompagnent les acheteurs dans l'élaboration des dossiers de consultation des entreprises afin de sécuriser les montages juridiques. Ils contrôlent et valident la totalité des marchés passés par la direction des achats (choix des procédures, choix des attributions...), ainsi que les actes modificatifs de marchés (avenants).

En résumé, le CHU de Toulouse a adopté une organisation très centralisée du processus achat dans une optique de sécurisation.

8.3. La stratégie d'achat

8.3.1. Les objectifs de performance

Pour le programme ministériel de performance hospitalière pour des achats responsables retenu en 2012, le CHU de Toulouse a élaboré et mis en œuvre un plan pluriannuel visant à maîtriser ces dépenses. Ce plan permet de suivre :

- la performance achat, à savoir les coûts évités pour l'établissement grâce aux actions menées conjointement par les acheteurs et les prescripteurs ; la performance achat est ensuite transmise à l'ARS pour être comparée aux autres établissements ;
- les impacts budgétaires, à savoir les économies directement mobilisables budgétairement. Ces gains sont pris en compte dans l'élaboration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

Les objectifs de performance achat déterminés par l'établissement étaient les suivants :

- 2016 : 7 500 000 € ;
- 2017 : 7 900 000 € ;
- 2018 : 6 400 000 €.

Les objectifs de gains budgétaires étaient fixés comme suit :

- 2016 : 2 600 000 € ;
- 2017 : 2 700 000 € ;
- 2018 : 1 900 000 €.

Le plan d'actions relatif à l'optimisation des achats articulé s'est déployé conformément aux objectifs fixés. Sur la période 2015-2017, les gains se sont élevés à 9,5 M€ pour un objectif de 7,6 M€ soit + 25 %. Les gains 2018 n'ont pas pu être communiqués à la chambre.

8.3.2. Une rationalisation progressive de l'achat

La mise en œuvre du plan d'action achats a permis une transformation des comportements avec, d'une part, une approche fonctionnelle des prescripteurs dans la définition des besoins, et d'autre part, une gestion des projets de la direction des achats permettant une approche pluridisciplinaire et une réflexion en coût complet.

En parallèle s'est engagée une action de rationalisation du nombre de contrats et de fournisseurs caractérisée par une approche « grand compte ».

À la fin de l'année 2016, la direction des achats a impulsé la convergence des marchés avec les six établissements partie du GHT Haute-Garonne Tarn Ouest. Ce levier a commencé à porter ses fruits fin 2017 avec un gain constaté essentiellement pour les petits établissements.

Le CHU de Toulouse participe à la mutualisation des achats au niveau national. 31 % des achats sont passés *via* le groupement UniHA, notamment sur le segment des médicaments, et 6 % *via* UniCancer pour les médicaments anti-cancéreux. La définition du plan d'action est alors pilotée par le coordonnateur national du segment d'achat. L'établissement considère qu'il ne dispose pas de la visibilité suffisante à ce jour pour se projeter sur ces sujets nationaux. Le secteur des médicaments a représenté environ un tiers de gains achats sur la période.

8.3.3. Les axes de performance déployés

8.3.3.1. La mutualisation achat et la globalisation des marchés

En 2015, le CHU de Toulouse comptait 2 600 fournisseurs actifs et plus de 5 200 marchés. Un même fournisseur pouvait avoir jusqu'à 20 marchés différents. Conséquence d'un manque de transversalité entre les différents domaines d'achat, un même fournisseur peut appliquer différentes politiques commerciales selon les domaines. Pour limiter les coûts directs et indirects et améliorer la performance achat, le CHU a amorcé une démarche de mutualisation visant à réduire le nombre de marchés et de fournisseurs.

À titre d'exemple, suite à un rapprochement des marchés de l'exploitation biomédicale, pour la maintenance captive des équipements biomédicaux, et des marchés de la pharmacie pour l'achat de dispositifs médicaux captifs, le CHU a constaté un taux de mutualisation possible de 35 %. L'établissement achète des gaz de trois natures différentes : les gaz industriels, les gaz de laboratoire et les gaz médicaux. Historiquement traités séparément mais avec des fournisseurs comparables, ces achats ont été mutualisés dans une seule procédure.

Le CHU estime que le bénéfice majeur d'une telle démarche est la rationalisation des procédures d'achats qui « permet aux acheteurs de se concentrer sur les tâches à valeur ajoutée de la fonction achat (*sourcing*, définition de stratégie achat, suivi d'exécution de marché) et, ainsi, de dégager une meilleure performance achat ». La mutualisation des marchés permet également, selon l'établissement « d'accroître le rapport de force vis-à-vis des fournisseurs ».

Si les gains obtenus sont réels, l'établissement doit veiller à ce que la démarche par fournisseur couplée à un processus de globalisation des marchés n'exclue pas les petits fournisseurs et préserve la concurrence et l'égal accès à la commande publique. En réponse à la chambre l'ordonnateur indique qu'« afin de limiter ce risque, le CHU de Toulouse déploie une politique d'achat écoresponsable et a signé en 2016 le Small Business Act, s'engageant ainsi à favoriser l'accès des petites et moyennes entreprises dans le respect des règles de la commande publique ».

8.3.3.2. L'approche en coût global

La transversalité de la direction des achats confère un rôle central à l'acheteur.

À titre d'exemple, en 2015, une demande d'achat (offre attractive représentant une économie de 100 000 €) sur un système de navigation pulmonaire a été suspendue du fait du surcoût généré par le prix d'achat des consommables captifs et par la maintenance de l'équipement. L'ensemble des besoins a été recensé auprès des différents acteurs et centralisé par l'acheteur pour négocier le projet d'achat dans sa globalité. Cette action a permis de bénéficier du tarif préférentiel de l'équipement tout en évitant un surcoût d'exploitation de 15 000 € par an grâce à l'anticipation de la négociation.

La démarche en coût global est à ce jour systématiquement mise en œuvre entre les différentes directions prescriptrices lorsque le projet d'achat est partagé en comité d'investissement ou comité de direction du pôle ressources matérielles. En 2018, les dossiers d'achat sont partagés et traités collectivement entre les différentes filières.

La performance achat dégagée par cette prise en compte du coût global est estimée, par les coûts d'exploitation évités, à 15 %.

8.3.3.3. La mise en œuvre des opportunités de la réforme des marchés publics

La réforme des marchés publics est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2016. Les acheteurs et assistants acheteurs ont été formés, avant l'entrée en vigueur des textes, sur l'application de l'ordonnance et du décret relatifs aux marchés publics. Les contrats types et les documents de procédure ont été mis à jour afin d'intégrer « les assouplissements offerts par la nouvelle réglementation », qui ont été mis en œuvre dès le mois d'avril 2016 selon les lignes directrices suivantes :

- recours, chaque fois que possible, à la nouvelle procédure concurrentielle avec négociation, en lieu et place de la procédure traditionnelle d'appel d'offres ;
- lorsque la procédure avec négociation n'est pas possible, recours aux nouvelles facultés de régularisation des offres pour éviter les infructuosités et relances de procédure ;
- allègement des formalités administratives et juridiques ;
- pour les fournisseurs : réduction des formulaires et autres justificatifs de candidature ;
- pour la direction des achats : mise en place d'un document unique et automatisé permettant de tracer l'analyse des offres, la présentation des marchés et leur validation, en lieu et place de trois documents distincts auparavant.

8.3.3.4. La généralisation des accords-cadres

Considérant que les accords-cadres « offrent à l'acheteur public une souplesse et une réactivité dans la gestion de ses besoins, tout en garantissant la remise en concurrence permanente des opérateurs économiques », le CHU a décidé d'accroître son recours aux accords-cadres dès que le contexte d'achat le permet.

Ainsi un accord-cadre de maîtrise d'œuvre multi-attributaire pour les opérations de réutilisation, réhabilitation, ou démolition de bâtiments a été attribué fin 2016, pour une durée de quatre ans, permettant au CHU « de disposer d'un vivier permanent de quatre équipes de maîtrise d'œuvre sélectionnées au vu de leurs compétences puis remises en concurrence à la survenance d'un besoin ».

D'autres accords-cadres ont été passés :

- pour des missions d'accompagnement dans le cadre d'appels à projets nationaux et européens lancés par la direction de la recherche et de l'innovation ;
- pour l'ensemble des études et missions intellectuelles nécessaires sur les opérations de travaux.

Ces procédures ont permis au CHU de gagner en réactivité. L'établissement doit cependant veiller à ce que les remises en concurrence opérées au sein des accords-cadres ne deviennent pas purement formelles. En réponse à la chambre, l'ordonnateur indique que, dans cette optique, « l'exécution de ces accords-cadres fait l'objet d'un suivi spécifique afin de s'assurer que l'ensemble des titulaires participent systématiquement à chaque remise en concurrence de marché subséquent. Des revues périodiques sont réalisées avec les titulaires et le CHU donne un maximum de visibilité en amont sur les marchés subséquents à venir ».

8.3.3.5. Les actions réalisées sur l'achat de médicaments : mutualisation et veilles sur la chute des monopoles

Avec plus de 128 M€ de dépenses, la filière médicaments est la première filière achat du CHU de Toulouse¹¹⁸. Elle s'appuie très largement sur les acteurs mutualisés. En effet, 65 % de la dépense (83,2 M€) relèvent d'une participation à l'union des hôpitaux pour les achats, à la fois en tant que coordonnateur de segments ou simple adhérent. Les achats d'anticancéreux (19 % de la dépense, soit 24,3 M€) sont assurés par Unicancer. Enfin, les procédures d'achat locales couvrent 16 % de la dépense (20,5 M€).

Deux segments d'achat sont traités en local : les facteurs anti-hémophiliques (5,8 M€) et les immunoglobulines (8,0 M€). Les gaz médicaux, certains médicaments de radio pharmacie et le marché des grossistes répartiteurs constitue principalement le reste de la dépense traitée en local.

La veille sur les chutes de brevet est une des principales actions levier ayant permis de générer des gains achat dans le secteur du médicament en mettant en concurrence les molécules princeps avec les génériques. L'introduction des bios-similaires a également participé des gains

¹¹⁸ Le montant des dépenses achats au CHU de Toulouse, en 2017, s'est élevé à 340 M€ HT : 70 % relèvent de dépenses à caractère médical, dont 128 M€ pour les médicaments et 68,5 M€ pour les dispositifs médicaux. Les équipements biomédicaux et la maintenance associée ont représenté une dépense de 21 M€. Les dépenses relatives aux laboratoires représentent 15 M€ par an. 30 % relèvent de dépenses à caractère non médical : les services généraux (27 M€), les équipements non médicaux (6 M€), les fournitures générales (12 M€), les systèmes informatiques (15 M€), la maintenance et fournitures techniques (12,5 M€) et les investissements travaux (35 M€).

achats réalisés. En 2017, le secteur des médicaments a ainsi généré 56,9 % des gains achats du CHU.

8.4. La régularité

Deux caractéristiques des marchés passés par l'établissement sont susceptibles d'être interrogées dans le cadre d'un contrôle de régularité : la forte proportion de procédures négociées sans publicité ni mises en concurrence et les achats réalisés hors marché.

tableau 54 : Proportion d'achats hors marchés et de marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence

	Nombre	Montant réalisé (en M€)	Poids en volume	Poids en montant
Hors marchés	1 669	380	10,4%	18,6%
Marchés négociés	2 723	534	16,9%	26,1%
dont marchés négociés SPMC	2 655	498	16,5%	24,3%
Total marché	16 115	2 046		

Source : CRC, à partir du fichier de recensement des marchés

8.4.1. Les achats hors marché

Les achats hors marché ont représenté 1 669 achats sur 16 115 sur la période 2012-2017 et un montant de 380 M€ contre 2 046 M€ pour la totalité des achats, soit 10,4 % des achats mais 18,6 % des montants réalisés.

La plupart se justifient par la nature des prestations réalisées : paiement de loyers, groupement d'intérêt économique imagerie, prestations inter-CHU ou recours à l'union des groupements d'achats publics ou prestations assurées par le Midi Picardie informatique hospitalière (dont le CHU est adhérent et actionnaire principal).

8.4.2. Une forte proportion de procédures négociées sans publicité ni mise en concurrence

Les cas dans lesquels un pouvoir adjudicateur peut recourir aux procédures négociées sans publicité ni mise en concurrence sont, sur l'essentiel de la période sous revue, encadrées par les dispositions de l'article 35-II du code des marchés publics puis, aujourd'hui, par les dispositions de l'article 30 du décret du 25 mars 2016.

L'analyse des marchés conclus chaque année met en évidence que près d'un quart des marchés (en montant) le sont pour des marchés négociés sans publicité sans mise en concurrence.

L'établissement justifie cette forte proportion de marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence par la forte proportion d'achats de médicaments et dispositifs médicaux en

monopole. À titre d'illustration, la dépense avec le laboratoire Gilead Science (32,2 M€ en 2014, 10,6 M€ en 2017) concerne uniquement des molécules en monopole¹¹⁹.

En outre, l'importance de la vente de produits pharmaceutiques au titre de la rétrocession découle de l'obligation de maintien des traitements initiés lors d'une prescription de ville.

En tant que CHU, l'établissement est également sollicité au titre des examens de 2^{ème} intention, ce qui lui impose d'appliquer les méthodes préconisées par les centres de référence nationaux, faisant appel à la technologie d'un fournisseur ciblé.

Enfin, divers marchés en matière technique et biomédicale sont passés en application des dispositions de l'article 35-II-8.

Les dispositifs médicaux implantables représentent, sur la période 2012-2017, 28 % des marchés passés sans publicité ni mise en concurrence, soit 143 M€ sur un total de 498 M€. Pour un certain nombre de dispositifs implantables, le choix du produit est souvent dicté par le souhait des praticiens ou l'histoire médicale des patients (ergonomie, visibilité, compatibilité) ce qui ne permet pas à l'établissement de rationaliser les choix ou les parts de marché *a priori*.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, la structuration de la commande publique s'est renforcée sur la période sous revue avec une centralisation au niveau de la direction des achats qui a permis, d'accroître la transversalité et la performance du processus achat. Les mesures déployées ont procuré des gains budgétaires.

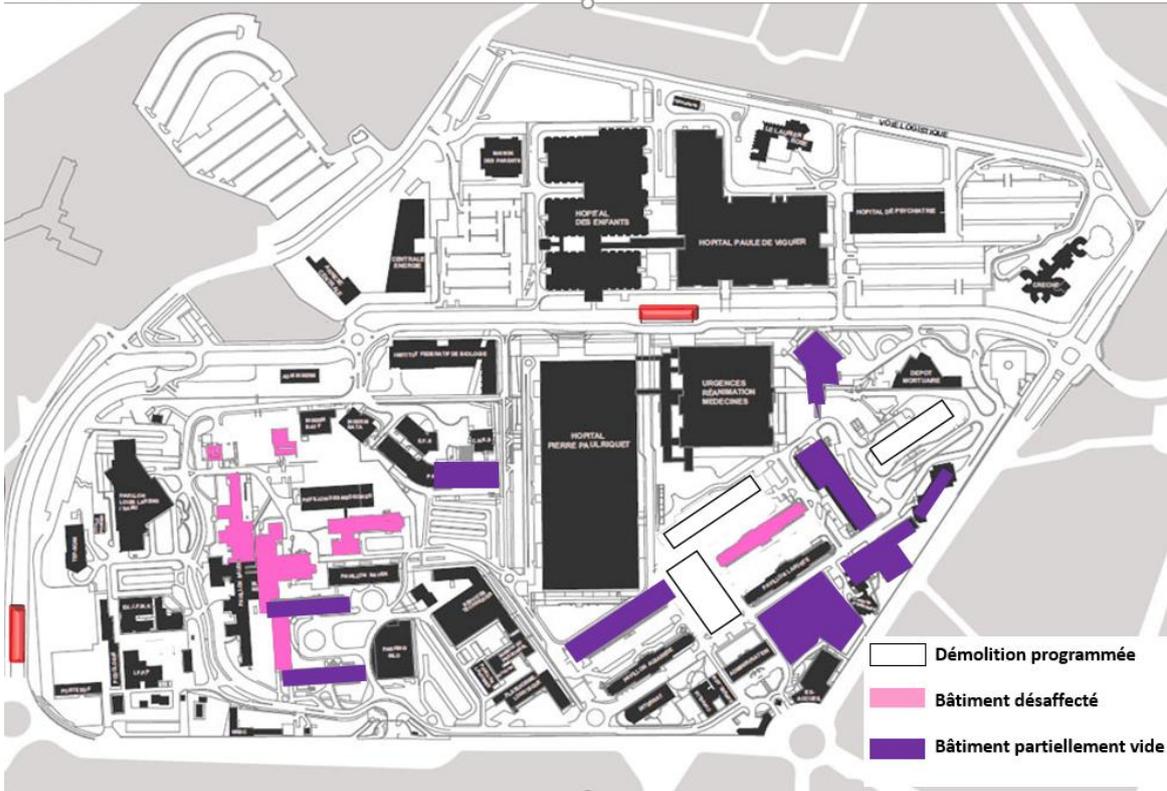
¹¹⁹ Notamment le SOVALDI ®, traitement contre l'hépatite C.

ANNEXES

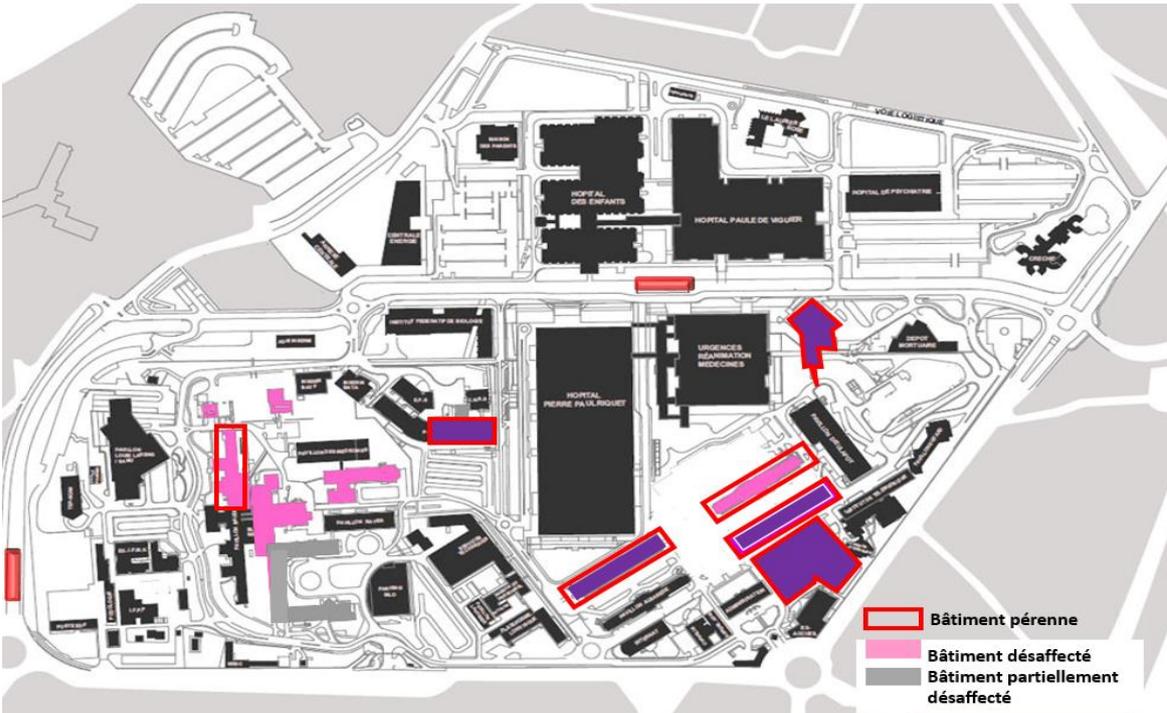
annexe 1 : Restructuration prévisionnelle des sites du centre hospitalier universitaire ..	114
annexe 2 : Le groupement hospitalier de territoire.....	120
annexe 3 : L'incidence des coopérations régionales en cardiologie et néphrologie.....	125
annexe 4 : L'évolution de la structure capacitaire par site en lits et places 2012-2018 .	131
annexe 5 : Analyse des produits et charges du budget principal	132
annexe 6 : Marges sur achats des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables remboursables en sus.....	147
annexe 7 : Permanence des soins.....	148

annexe 1 : Restructuration prévisionnelle des sites du centre hospitalier universitaire
 plan 1 : Restructuration prévisionnelle du site de Purpan

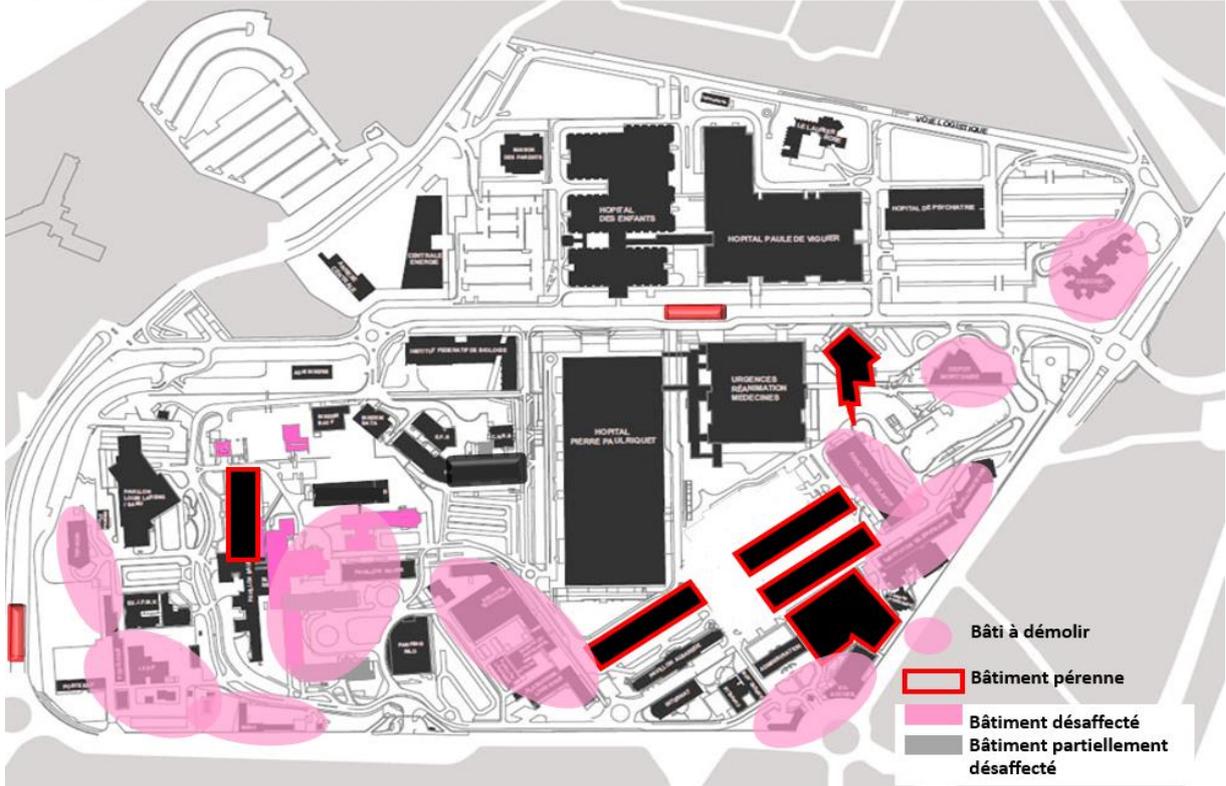
Aujourd'hui



Aujourd'hui



demain



demain

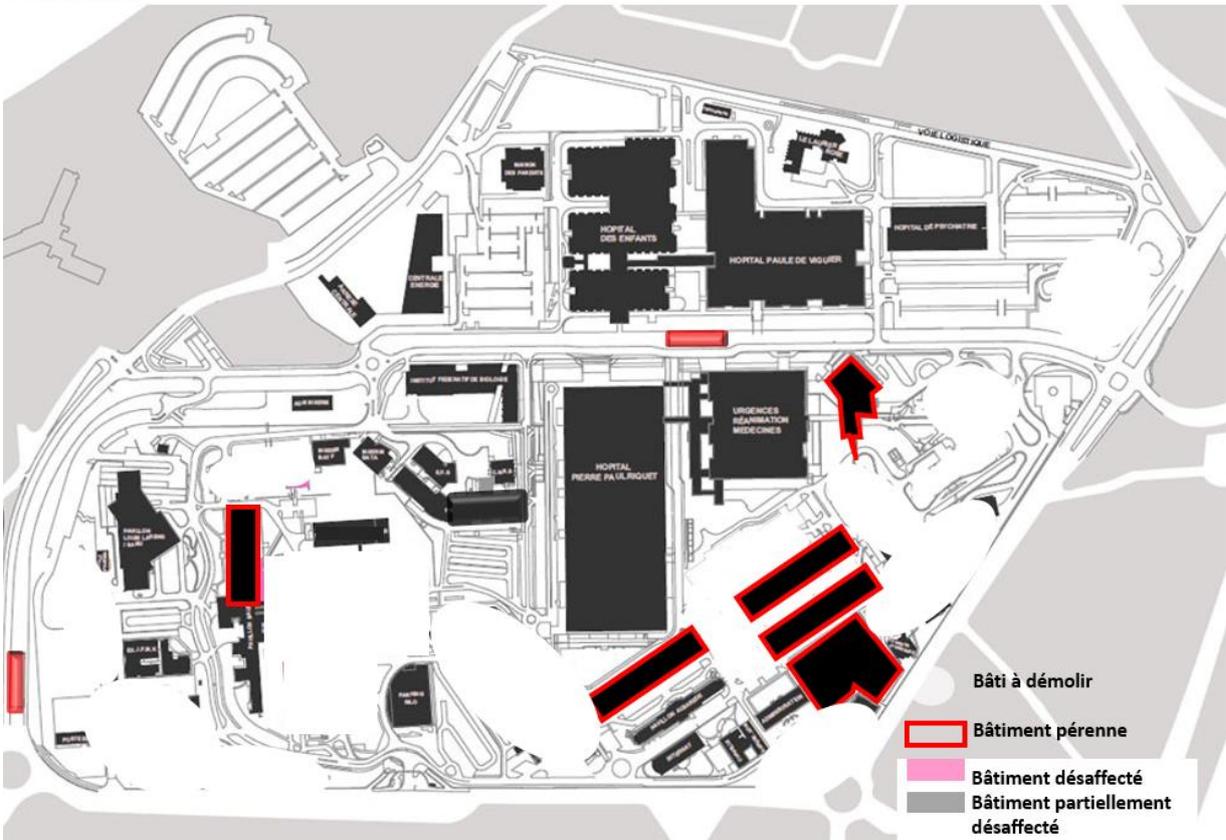


tableau 55

PURPAN

(y compris Garonne)

	Aujourd'hui		2019		Demain	
	nbre bâtiment	SDO	nbre bâtiment	SDO	nbre bâtiment	SDO
Bâtiments Purpan	59	341 084 m²	48	292 722 m²	27	278 671 m²
dont bâtiments pérennes CHU	26	267 671 m ²	26	267 671 m ²	27	278 671 m ²
Démolitions			-5	-22 607 m ²	-22	-25 051 m ²
Cessions			-6	-25 755 m ²		
Extension / Construction					1	11 000 m²

(GHRE)

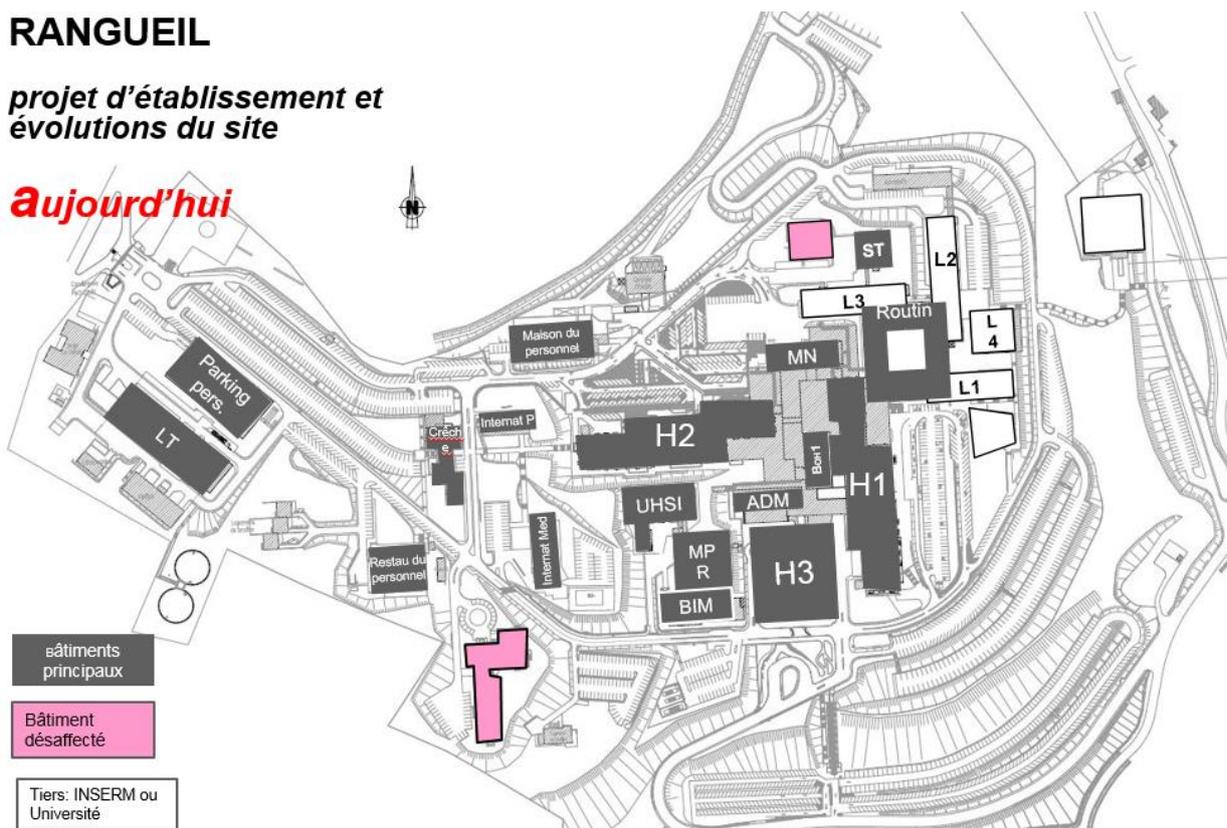
Purpan	-33 bâtiments
Evolution globale	-55,93% en nombre de bâtiments
Demain / aujourd'hui	-62 413 m ² de SDO
	-18,30% réduction SDO

plan 2 : Restructuration prévisionnelle du site de Rangueil

RANGUEIL

projet d'établissement et évolutions du site

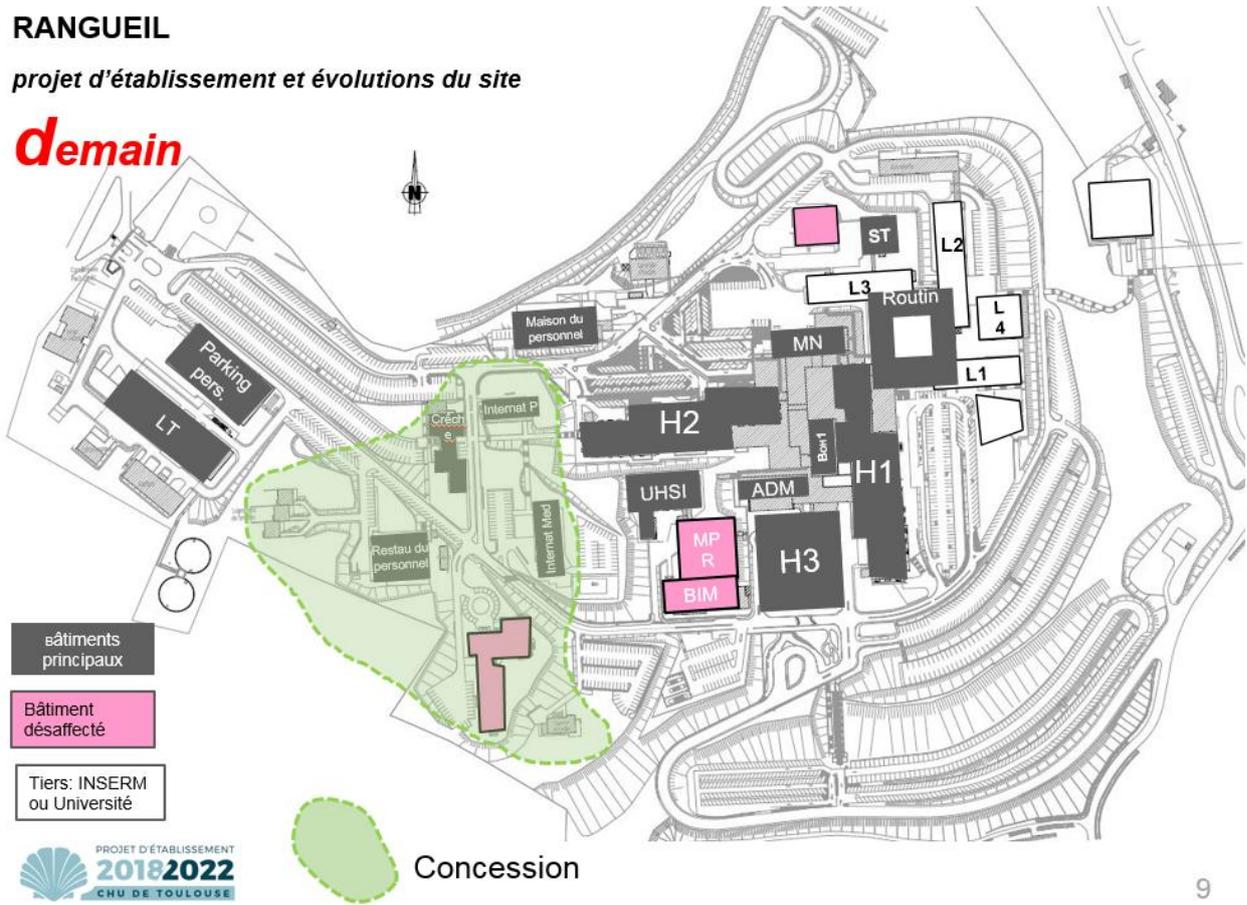
aujourd'hui



RANGUEIL

projet d'établissement et évolutions du site

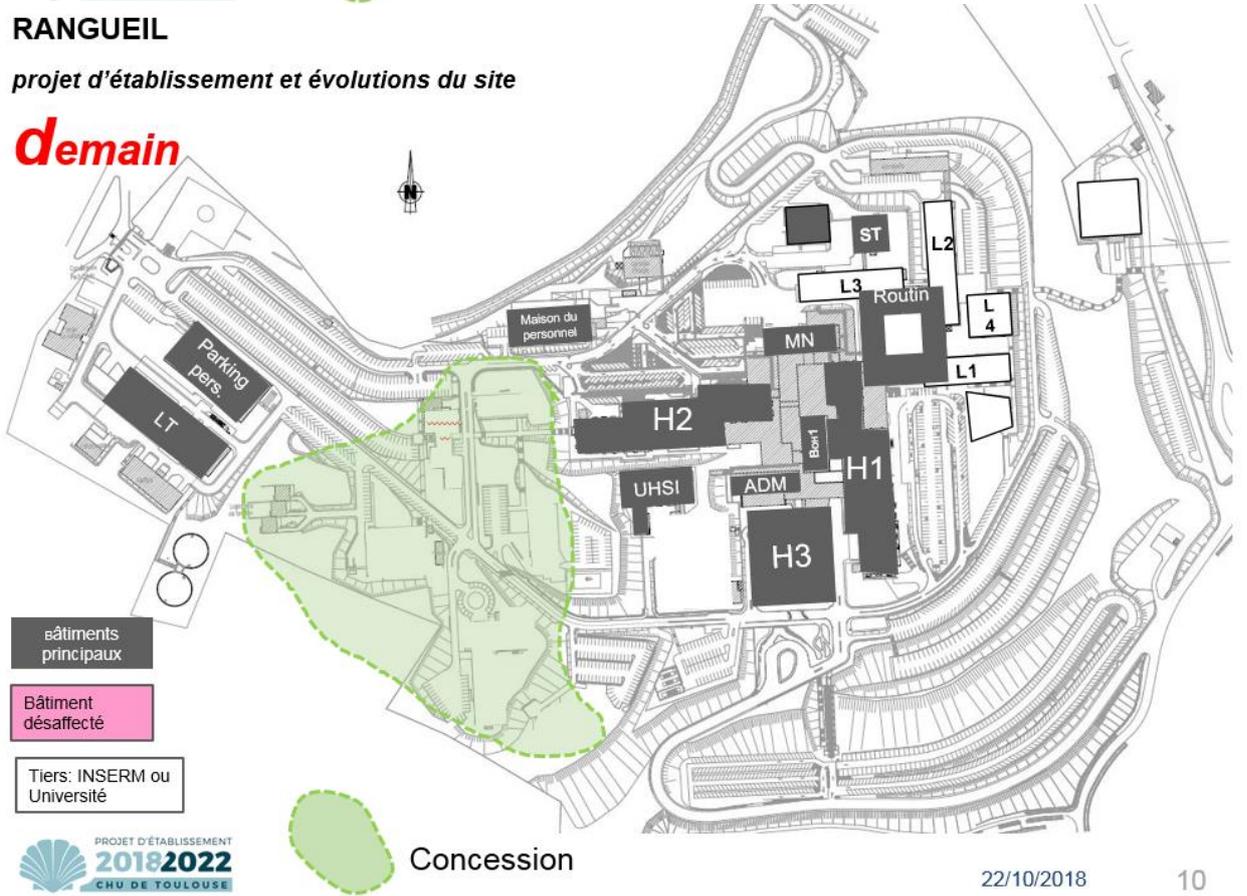
demain



RANGUEIL

projet d'établissement et évolutions du site

demain



RANGUEIL

projet d'établissement et évolutions du site

demain

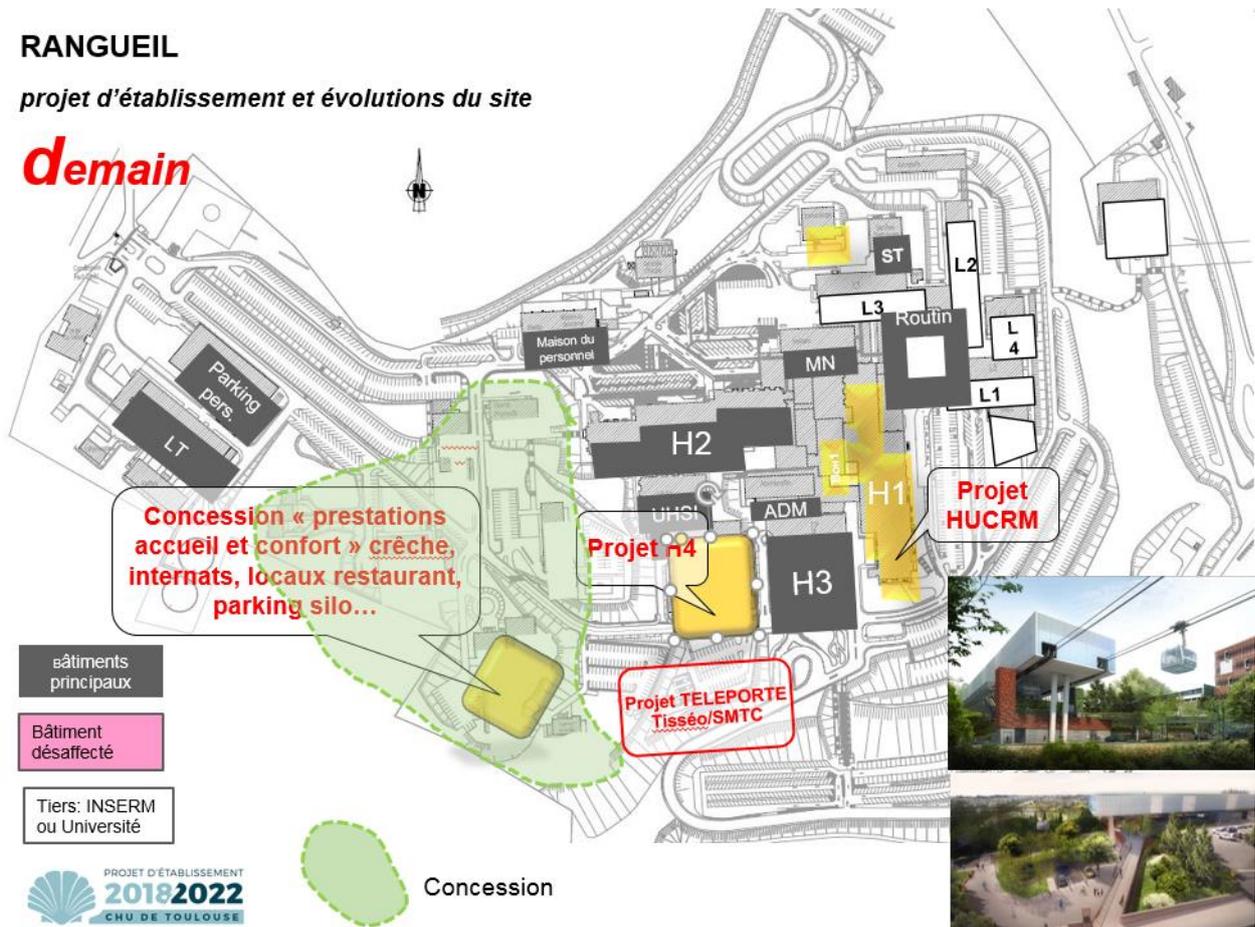


tableau 56

RANGUEIL

(y compris Larrey et odonto-maraichers)

	Aujourd'hui		2019		Demain	
	nbre bâtiment	SDO	nbre bâtiment	SDO	nbre bâtiment	SDO
Bâtiments Rangueil-Larrey	23	182 580 m²	23	182 580 m²	17	148 760 m²
dont bâtiments pérennes CHU	16	140 760 m ²	16	140 760 m ²	17	148 760 m ²
Démolitions					-3	-8 091 m ²
Cessions					-4	-33 729 m ²
Extension / Construction					1	8 000 m ²

(H4) à évaluer

Rangueil-Larrey	-1 site -6 bâtiments
Evolution globale Demain / aujourd'hui	-26,09% en nombre de bâtiments -33 820 m ² de SDO -18,52% réduction SDO

tableau 57

CHU TOULOUSE	Aujourd'hui		2019		Demain		% demain
	Nombre	SDO	Nombre	SDO	Nombre	SDO	
tous les sites							
PURPAN	59	341 084 m ²	48	292 722 m ²	27	278 671 m ²	51,7%
RANGUEIL	23	182 580 m ²	23	182 580 m ²	17	148 760 m ²	27,6%
AUTRES SITES							
IUCT	1	58 667 m ²	1	58 667 m ²	1	58 667 m ²	10,9%
LA GRAVE (hors ICR)	22	27 000 m ²	22	27 000 m ²	1	4 000 m ²	0,7%
HÔTEL DIEU	6	24 000 m ²	6	24 000 m ²	6	24 000 m ²	4,5%
LE CHAPITRE	4	12 500 m ²	4	12 500 m ²	4	12 500 m ²	2,3%
LOGIPHARMA CUGNAUX	1	6 100 m ²	1	6 100 m ²	1	6 100 m ²	1,1%
SALIES DU SALAT	4	6 000 m ²	4	6 000 m ²	4	6 000 m ²	1,1%
	120	657 931 m²	109	609 569 m²	83	538 698 m²	100,0%

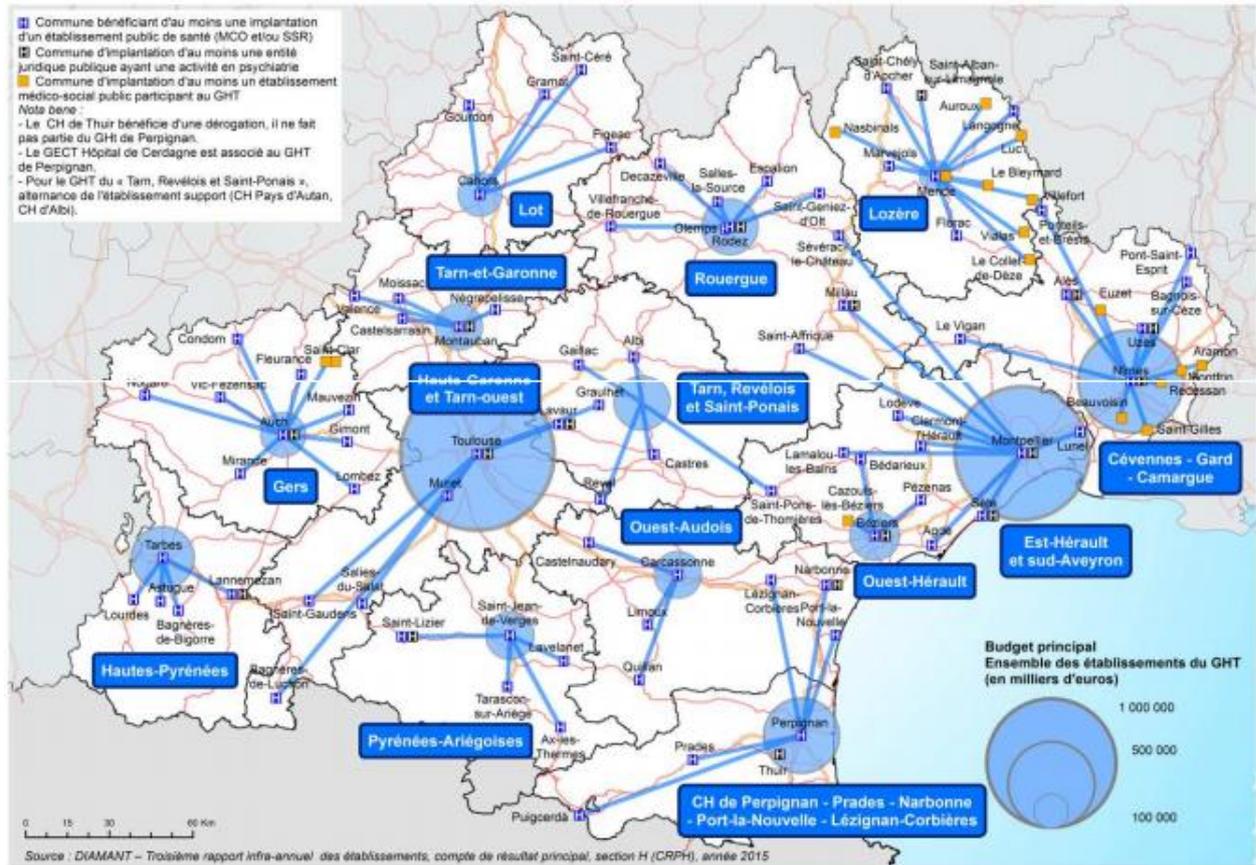
non compris les CMP
4 CMP
représentant 1000 m²
(Fronton, Blagnac, Toulouse, Colomier)

CHU Toulouse	-1 site
	-37 bâtiments
Evolution globale	-30,83% en nombre de bâtiments
Demain / aujourd'hui	-119 233 m ² de SDO
	-18,12% réduction SDO

annexe 2 : Le groupement hospitalier de territoire

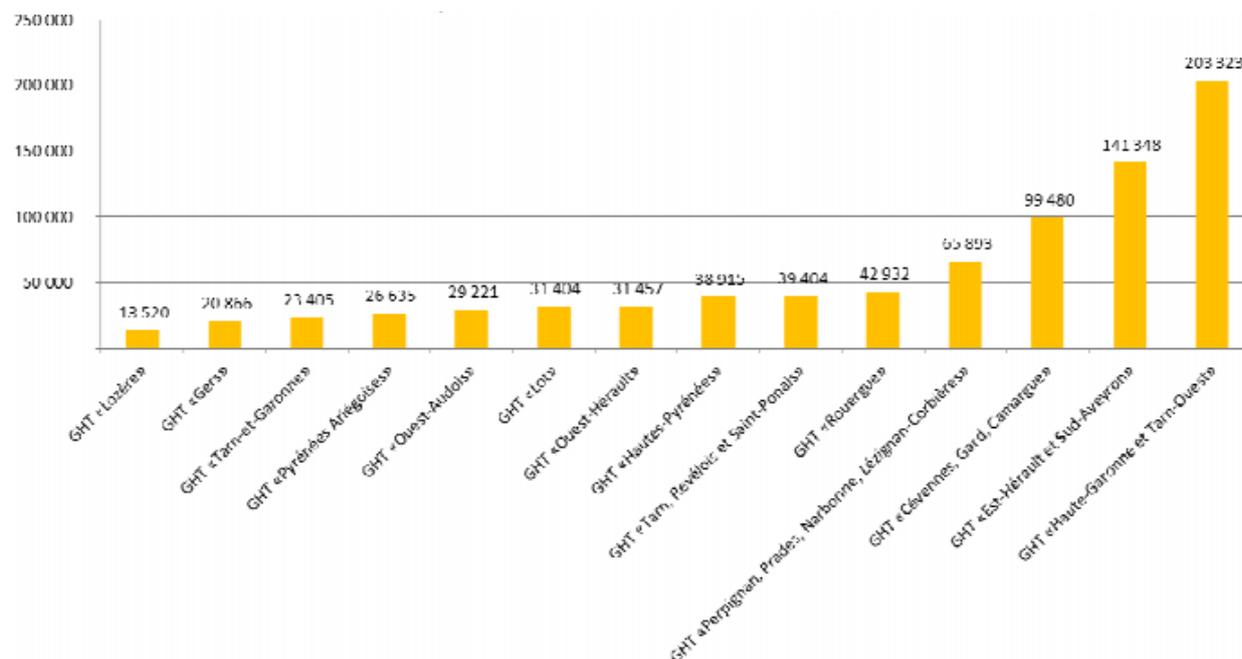
Les caractéristiques du groupement hospitalier de territoire de Haute-Garonne et Tarn-Ouest

carte 2 : Les 14 groupement hospitalier de territoire d'Occitanie



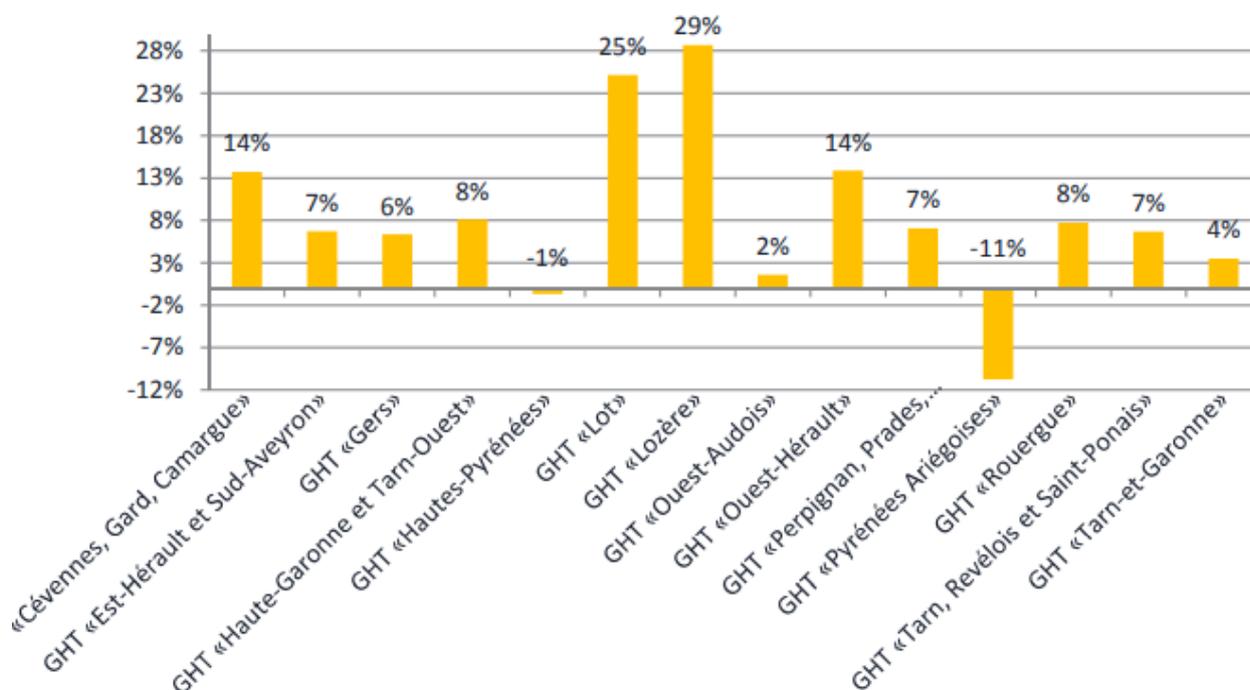
Source : ARS Occitanie, feuille de route GHT 22 septembre 2016

graphique 9 : Nombre de séjours médecine chirurgie obstétrique (hors séances) réalisés par groupement hospitalier de territoire en 2015



Source : ARS Occitanie, feuille de route GHT 22 septembre 2016

graphique 10 : Évolution du nombre de séjours médecine chirurgie obstétrique (hors séances) entre 2010 et 2015 par groupement hospitalier de territoire



Source : ARS Occitanie, feuille de route GHT 22 septembre 2016

Le GHT Haute-Garonne Tarn Ouest enregistre une hausse de 8 % du nombre de séjours réalisés entre 2010 et 2015, soit le niveau de la moyenne régionale.

Le fonctionnement du groupement hospitalier de territoire de Haute-Garonne et Tarn-Ouest

La composition des instances du GHT est établie en respectant une représentation égale des sept établissements. La composition des instances recherche une taille favorisant une animation et une participation effectives. La gouvernance du GHT s'articule autour de six instances :

- le comité stratégique, dont la première séance s'est tenue le 16 novembre 2016 sous la présidence de Raymond Le Moign, alors directeur général du CHU de Toulouse ;
- le collège médical, présidé par le Pr Laurent Schmitt qui a été élu à l'unanimité le 25 novembre 2016, lors de la réunion d'installation de ce collège médical ;
- le comité territorial des élus locaux, réuni pour la première fois le 30 novembre 2016 autour de son nouveau président élu, Jean-Luc Moudenc, maire de Toulouse ;
- la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques, présidée par Frédérique Decavel, coordinatrice générale des soins du CHU de Toulouse, dont sa 1^{ère} réunion d'installation s'est tenue le 13 décembre 2016 ;
- le comité des usagers organisé pour la 1^{ère} fois le 1^{er} juin 2017 ;
- la conférence territoriale de dialogue social.

Les instances ont été réunies régulièrement depuis leur installation.

tableau 58

	Années	Nombre de réunions	Dates des réunions
COLLEGE MEDICAL	2016	2	25 novembre (séance d'installation) 20 décembre
	2017	7	31 janvier 29 mars 3 mi 16 juin 20 septembre 8 novembre 4 décembre
	2018	1	24 janvier
COMITE STRATEGIQUE	2016	2	16 novembre (séance d'installation) 16 décembre
	2017	7	31 janvier 29 mars 3 mai 16 juin 20 septembre 8 novembre 4 décembre
	2018	1	24 janvier
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT)	2016	2	9 novembre (réunion de travail préparatoire de la CSIRMT du GHT) 13 décembre (séance d'installation)
	2017	10	13+20+31 janvier 29 mars 3 mai 7+23 juin 20 septembre 8 novembre 4 décembre
	2018	2	24 janvier 9 mars
Comité des usagers	2017	3 réunions	1 ^{er} juin (séance d'installation) 2 octobre 14 décembre
	2018	1 réunion (il y aura 4 réunions dans l'année)	9 mars 8 juin
Comité Territorial des Elus Locaux	2016	1	30 novembre (séance d'installation)
	2017	3	20 mars 19 juin 25 octobre
Conférence Territoriale de Dialogue Social	2017	2	22 mars (séance d'installation) 8 décembre

Plusieurs projets ont été évoqués et actés lors des instances du GHT, à l'instar de la mise en place d'une fédération inter-hospitalière de pharmacie ou encore la réponse collégiale du GHT à l'appel à projet national de janvier 2018.

Les difficultés dans la mise en place du groupement hospitalier de territoire

Les difficultés surmontées ont été les suivantes :

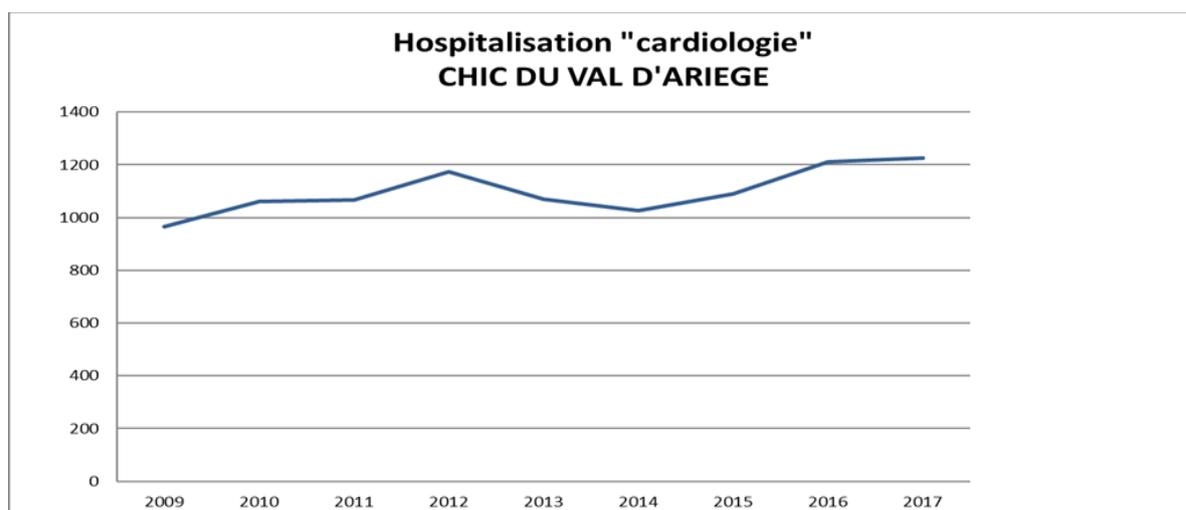
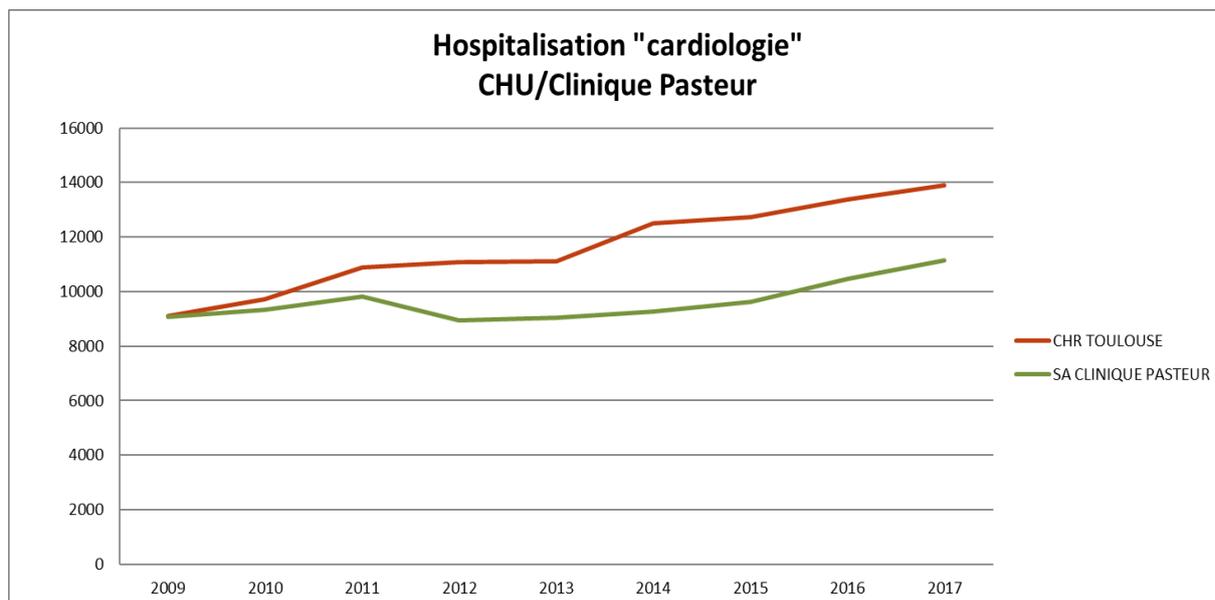
- l'acceptation pour le centre hospitalier Gérard Marchand (CHGM), au regard de la position nationale adoptée par les centres hospitaliers spécialisés, d'une part, de l'historique des relations entre les deux établissements toulousains, d'autre part, d'intégrer un GHT polyvalent porté par le CHU. Les oppositions étaient multiples du côté du CHGM : communauté médicale, syndicats, instances. Les garanties ont été apportées par le CHU, dans le cadre d'une

concertation étroite avec la directrice et le président de la commission médicale d'établissement du CHGM, ont permis de lever ces obstacles : respect de la spécificité de la filière de psychiatrie et de santé mentale au sein du PMP, autonomie au travers de la constitution concomitante d'une CPT intriquée avec le GHT, rôle d'établissement support de la CPT confié au CHGM ;

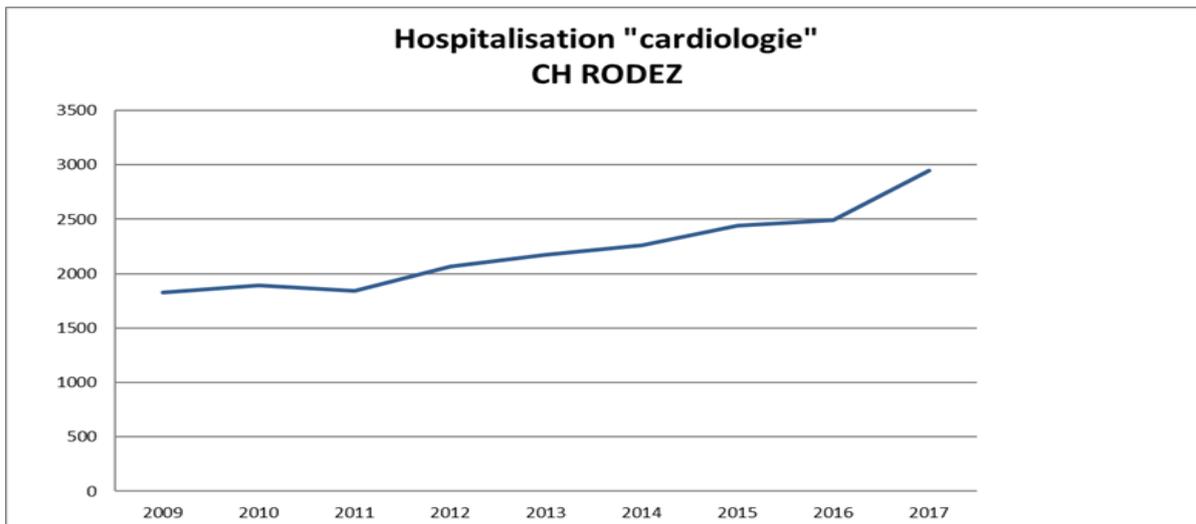
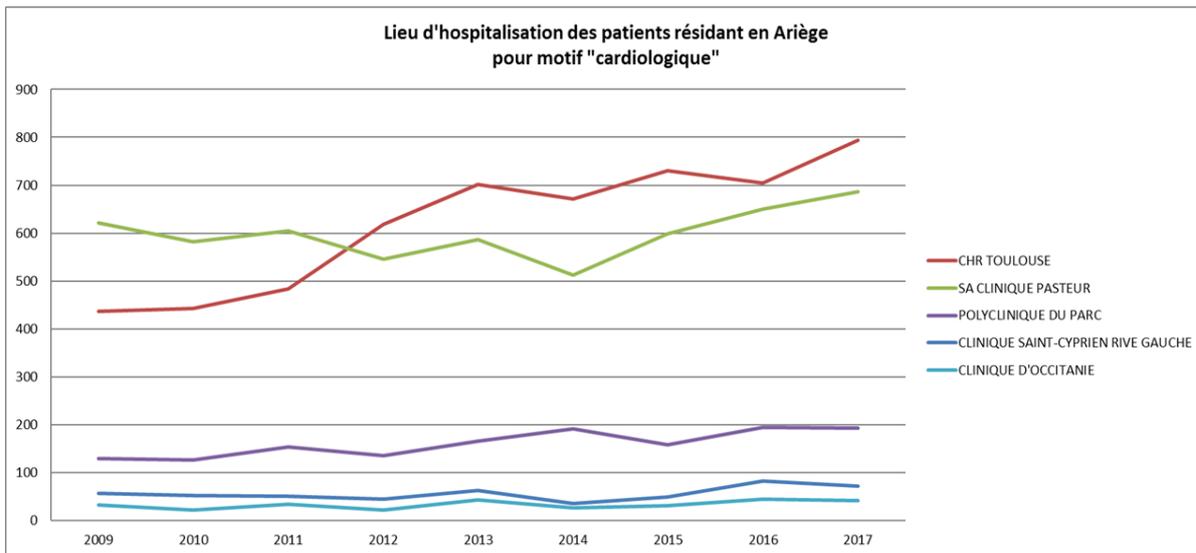
- la compréhension par les établissements partie du GHT, également par les responsables médicaux du CHU, de la double mission qui est confiée au CHU : une aide territoriale au profit des CH du GHT dont le CHU est l'établissement support, une aide auprès des CH des huit autres GHT de la région ouest Occitanie dont le CHU est, de par sa mission régionale, le CHU de référence ;
- le calendrier très contraint pour élaborer le PMP, y compris en termes de disponibilités des référents médicaux (calendrier respecté néanmoins). L'association des représentants des usagers a été en revanche reportée, organisée à partir du mois d'octobre 2017 au sein des groupes de travail des six filières du PMP ;
- la garantie apportée aux autres établissements du territoire qui coopèrent de longue date avec le CHU, de statut non public (ESPIC, CLCC, établissements associatifs ou privés à but lucratif, établissements d'hospitalisation à domicile), de maintenir un CHU et un GHT ouvert à ces partenariats. Il a été constitué une instance spécifique au sein du GHT, créée lors de l'avenant n° 1 à la convention constitutive et structurée en collèges, dénommée « comité des établissements associés et partenaires ». Cette option a été très favorablement appréciée par la fédération des établissements hospitaliers et aide à la personne privés non lucratifs et la fédération hospitalière privée, par l'ARS également, par les établissements du GHT car elle permet de préserver un premier cercle de coopération renforcée entre les sept établissements membres du groupement ;
- l'acceptation par certains directeurs de soins, obtenue avec la CSIRMT du GHT, d'une démarche unique intégrant d'emblée le PMP et le projet de soins partagé ;
- les difficultés qui ont subsisté sont les suivantes :
 - l'absence d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics autonomes en qualité d'établissements partie au GHT en dépit des démarches proposées par le CHU aux directeurs et aux médecins coordonnateurs de ces établissements. L'association des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été de ce fait retenue, sous l'égide du PMP, dans le cadre d'une participation aux travaux de la filière vieillissement et personnes âgées ;
 - la perspective d'un repérage des 14 GHT de la région Occitanie avec le rattachement d'un des sept établissements (CH de Graulhet, en direction commune avec le CH d'Albi) à un autre GHT (GHT cœur d'Occitanie) ;
 - la taille du groupement, ses distances et sa relative hétérogénéité entre secteurs urbains, ruraux et de montagne, pour y organiser le cadre des relations entre les hôpitaux et les professionnels de ville.

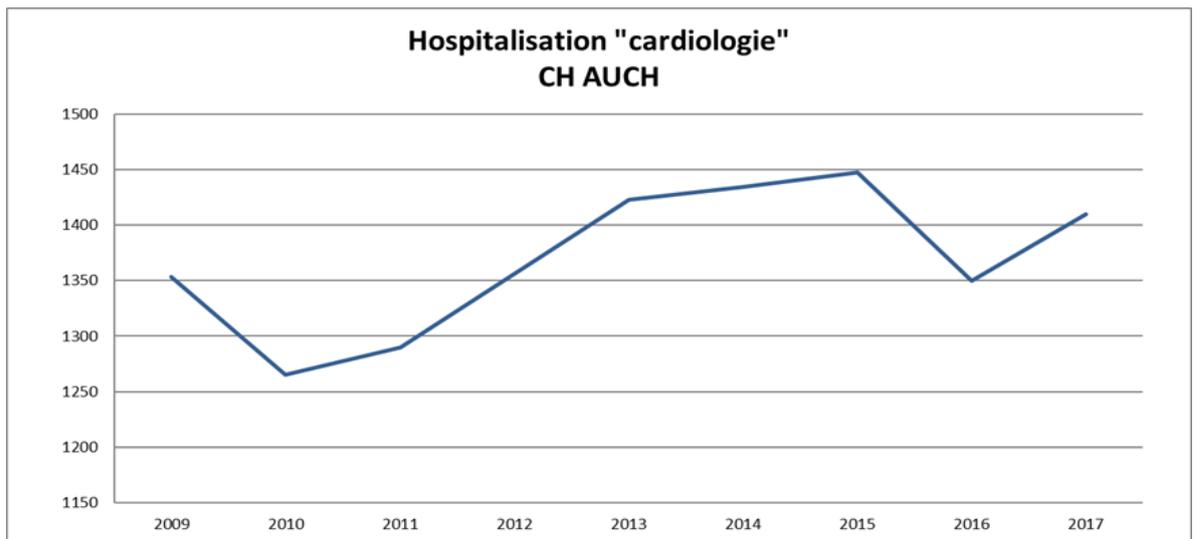
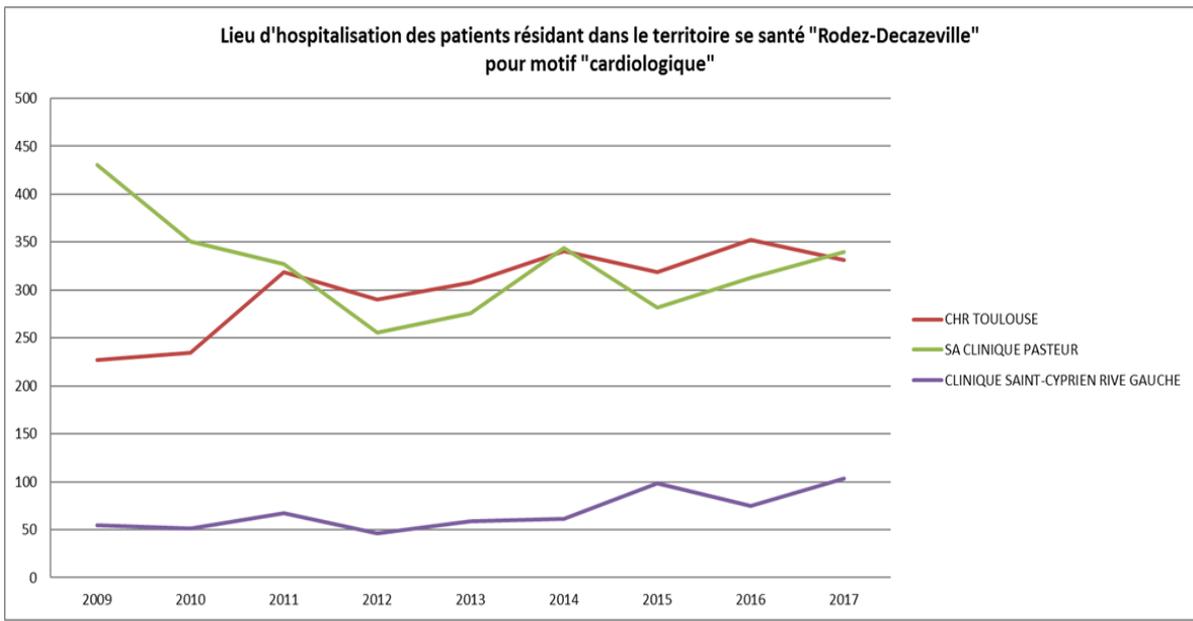
annexe 3 : L'incidence des coopérations régionales en cardiologie et néphrologie

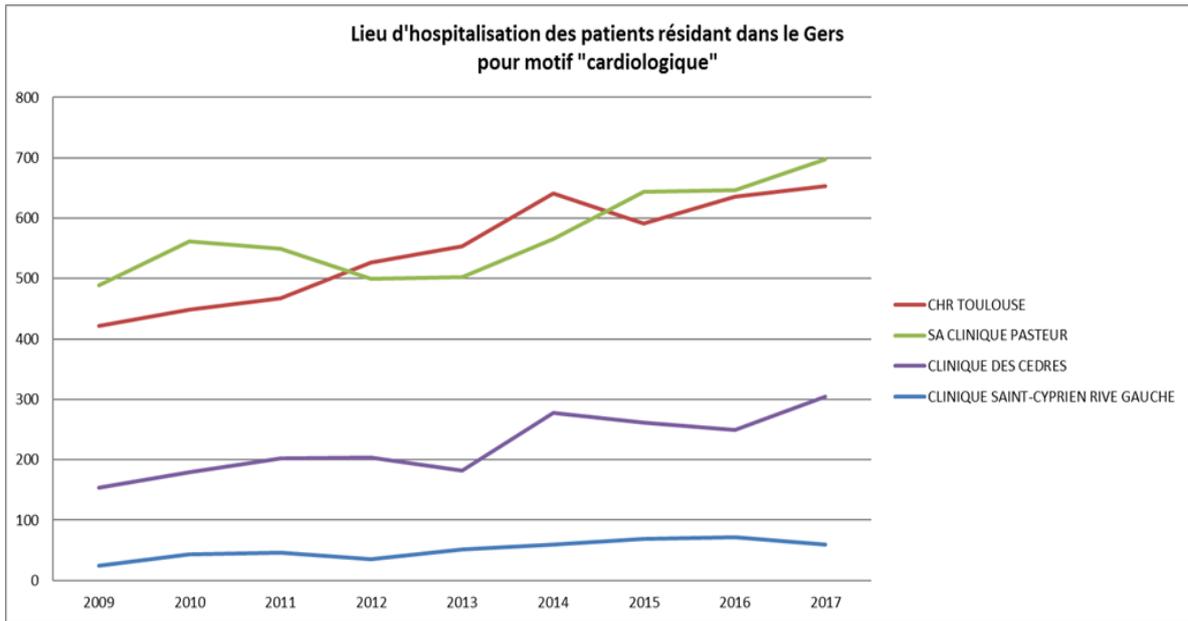
graphique 11 : Incidence des coopérations régionales en cardiologie¹²⁰



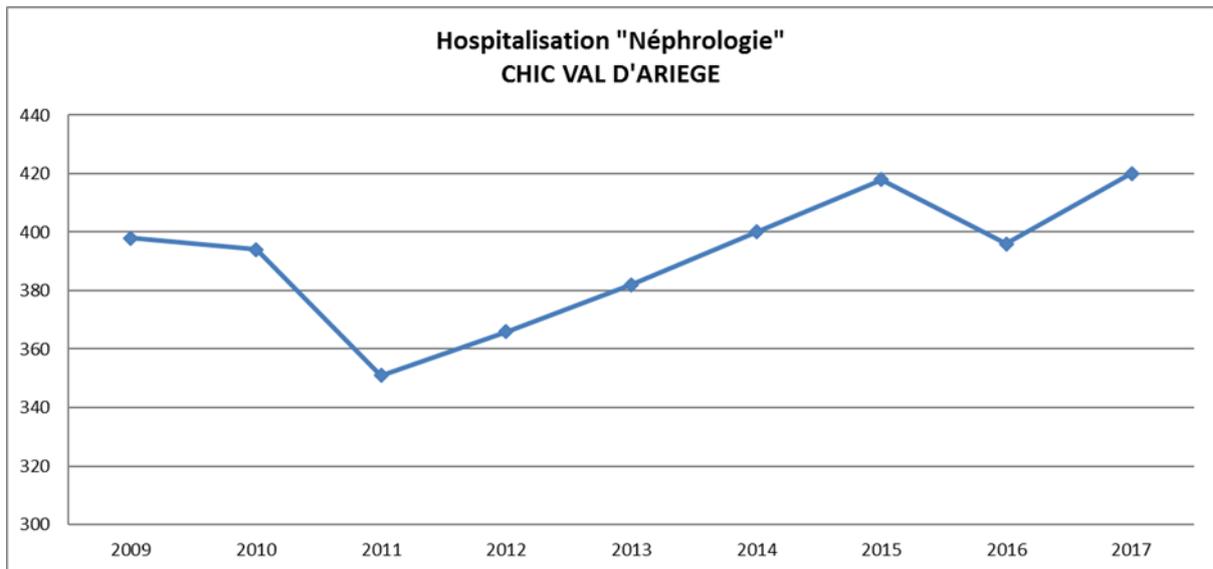
¹²⁰ GHM de la catégorie majeure de diagnostic 05. Age > 18 ans. Cardiologie interventionnelle (05K) : sélection des racines en 05K en excluant les racines 05K18 (varices) 05K14 (mise en place des prestations d'accueil et de confort), 05K15 (biopsie/suivi greffe), 05K25 (actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire), 05K26 (actes thérapeutiques sur les accès vasculaires). Cardiologie médicale (05M) : sélection des racines en 05M en excluant les racines 05M07 (thrombose veineuse profonde), 05M12 (troubles vasculaires périphériques), 05M13 (douleur thoracique) 05M14 (arrêt cardiaque), 05M15 (hypertension artérielle), 05M19 (bilan greffe).

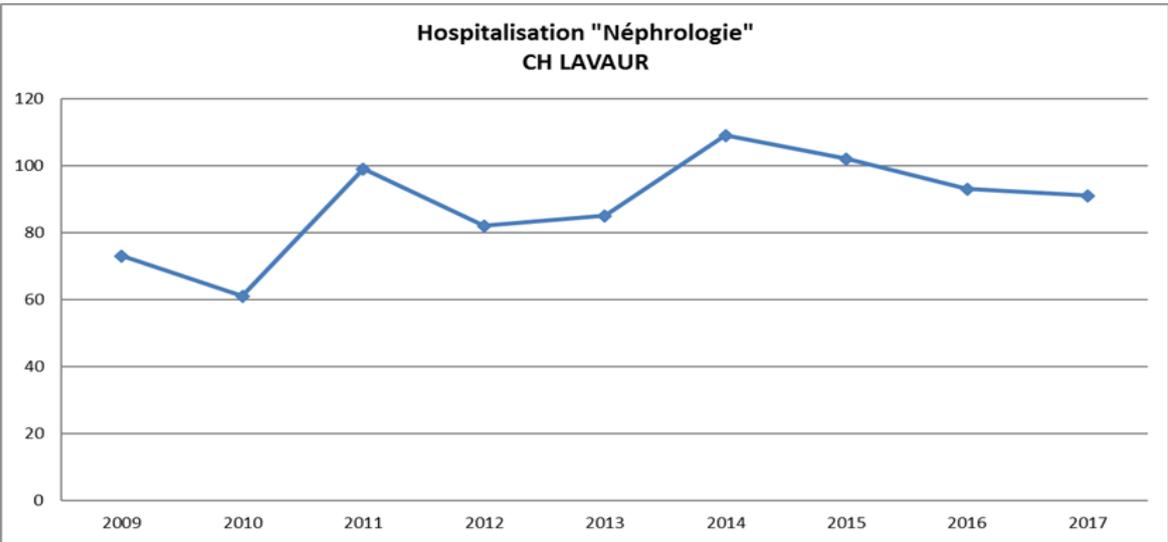
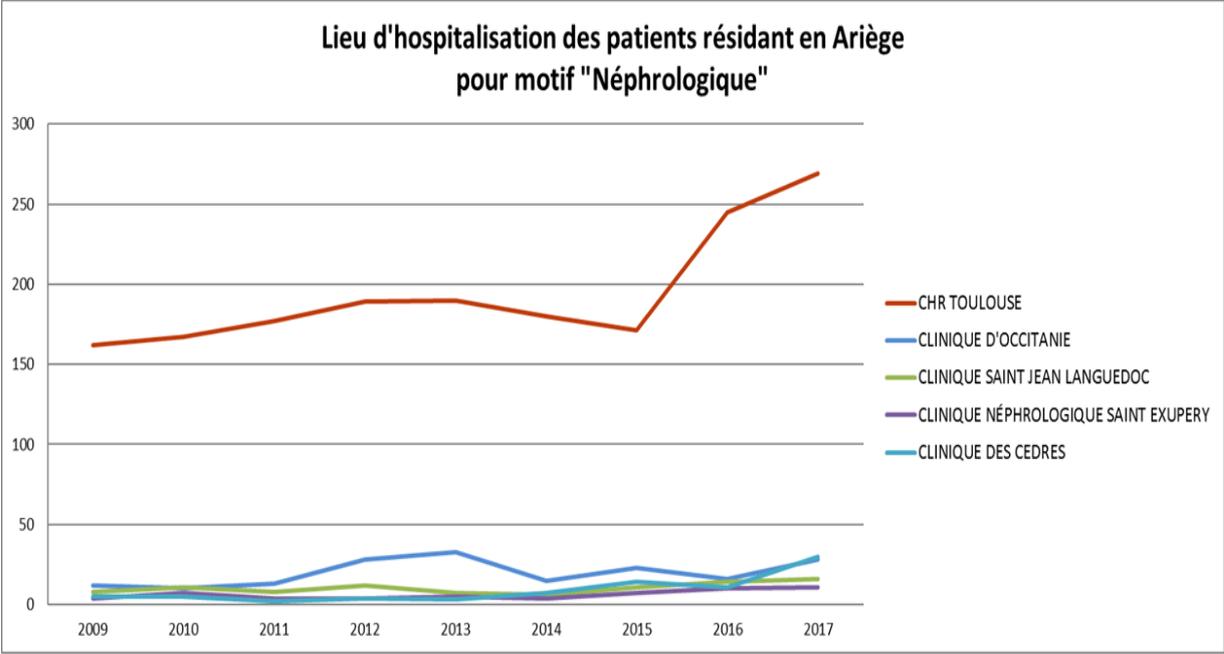


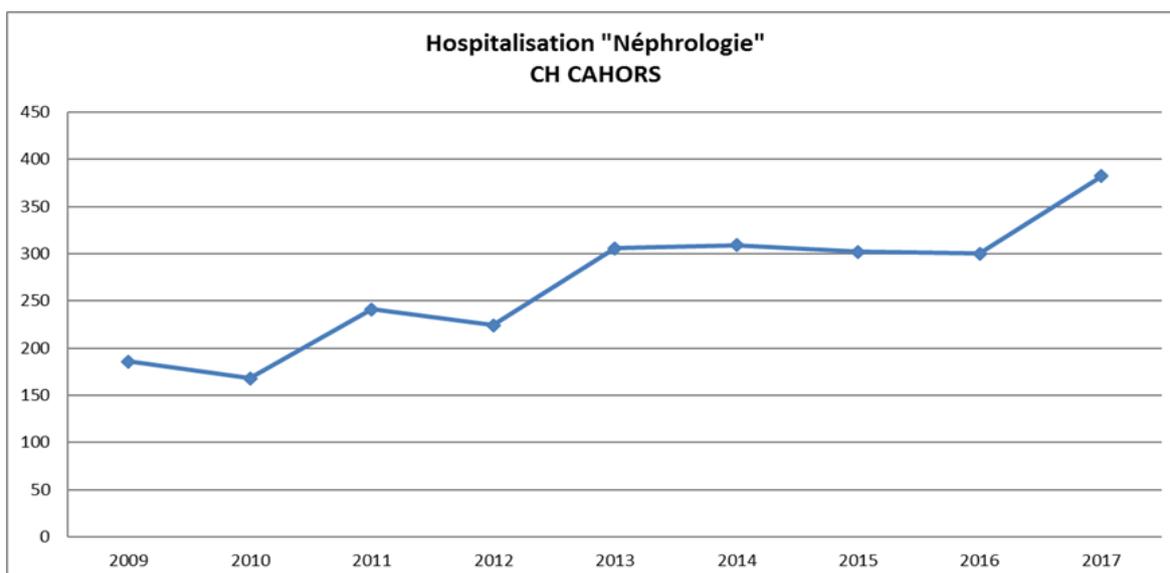
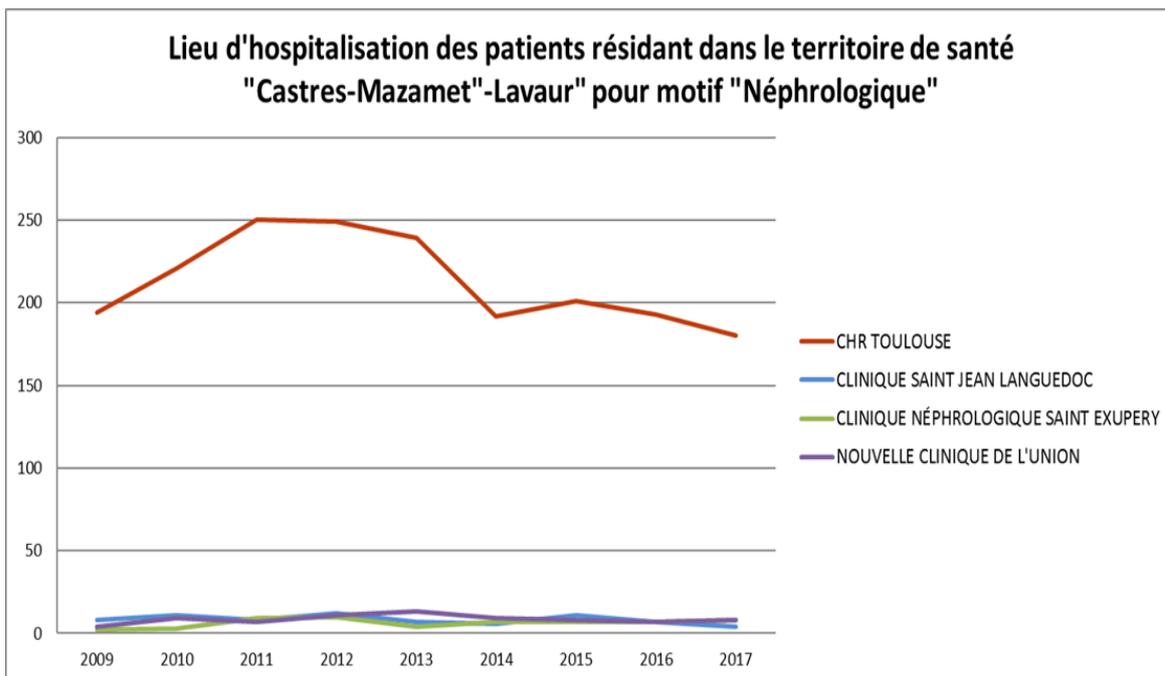


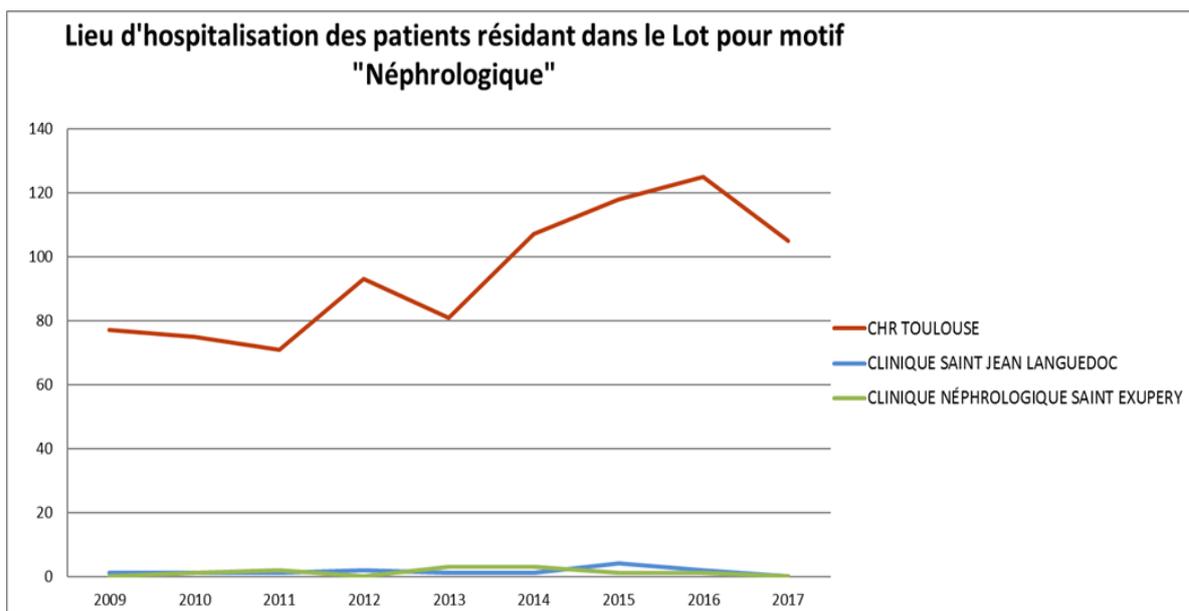


graphique 12 : Incidence des coopérations régionales en néphrologie









annexe 4 : L' évolution de la structure capacitaire par site en lits et places 2012-2018

Spécialités par établissement	Lits							Evol 2012-2018
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CASSELARDIT	226	132	113	111	11	11	11	-215
GARONNE SOINS DE SUITE&READAPTATION	40	52	52	52	100	100	100	60
GARONNE SOINS LONGUE DUREE	140	120	120	96	60	60	60	-80
HOPITAL DES ENFANTS	242	242	236	245	245	254	254	12
IUC ONCOPOLE			114	114	114	114	114	114
LA FONTAINE SALEE	76	76	76	76	76	76	76	0
LARREY	143	140	140	140	141	141	141	-2
LAGRAVE / HOTEL DIEU								0
PAULE DE VIGUIER	133	141	133	133	127	127	124	-9
PSYCHIATRIE ADULTE		88	88	88	88	88	88	88
PURPAN	611	610	787	781	841	827	813	202
RANGUEIL	807	823	623	639	651	652	652	-155
Nombre de lits total	2 418	2 424	2 482	2 475	2 454	2 450	2 433	15

Spécialités par établissement	Places							Evol 2012-2018
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CASSELARDIT	43	13	11	11	2	2	2	-41
GARONNE SOINS DE SUITE&READAPTATION				4	4	4	4	4
GARONNE SOINS LONGUE DUREE								0
HOPITAL DES ENFANTS	57	61	51	58	58	57	57	0
IUC ONCOPOLE			37	37	34	34	34	34
LA FONTAINE SALEE								0
LARREY	81	77	77	81	85	82	78	-3
LAGRAVE / HOTEL DIEU	50	54	42	42	46	34	34	-16
PAULE DE VIGUIER	24	24	22	22	22	22	22	-2
PSYCHIATRIE ADULTE		16	16	16	16	16	16	16
PURPAN	76	98	132	159	163	181	181	105
RANGUEIL	109	112	100	104	101	120	124	15
Nombre de places total	440	455	488	534	531	552	552	112

Spécialités par établissement	Lits et places							Evol 2012-2018
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CASSELARDIT	269	145	124	122	13	13	13	-256
GARONNE SOINS DE SUITE&READAPTATION	40	52	52	56	104	104	104	64
GARONNE SOINS LONGUE DUREE	140	120	120	96	60	60	60	-80
HOPITAL DES ENFANTS	299	303	287	303	303	311	311	12
IUC ONCOPOLE	0	0	151	151	148	148	148	148
LA FONTAINE SALEE	76	76	76	76	76	76	76	0
LARREY	224	217	217	221	226	223	219	-5
LAGRAVE / HOTEL DIEU	50	54	42	42	46	34	34	-16
PAULE DE VIGUIER	157	165	155	155	149	149	146	-11
PSYCHIATRIE ADULTE	0	104	104	104	104	104	104	104
PURPAN	687	708	919	940	1 004	1 008	994	307
RANGUEIL	916	935	723	743	752	772	776	-140
Total général (lits+ places)	2 858	2 879	2 970	3 009	2 985	3 002	2 985	127

Source : CHU

annexe 5 : Analyse des produits et charges du budget principal

Les produits

Les produits du budget principal s'établissent à 1 240 M€ en 2017, en hausse de 22 % (+ 223 M€) par rapport à 2012.

Ils sont composés à plus de 75 % par les produits versés par l'assurance maladie (titre 1), à 7 % par les produits de l'activités hospitalière versés par les patients, mutuelles, État et autres organismes (titre 2) et à 13 % des autres produits (titre 3).

tableau 59 : Évolution des produits du budget principal de 2012 à 2017 (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol en %
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	801 454 560	805 428 217	833 826 693	886 979 727	909 683 166	937 597 113	136 142 553	17,0%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	78 887 255	78 945 516	85 801 920	83 320 718	90 797 263	91 105 372	12 218 116	15,5%
Titre 3	Autres produits	136 753 346	149 403 971	189 557 885	187 772 102	200 270 972	212 023 115	75 269 770	55,0%
	TOTAL DES PRODUITS	1 017 095 161	1 033 777 704	1 109 186 497	1 158 072 548	1 200 751 401	1 240 725 600	223 630 439	22,0%

Source : CRC, à partir des comptes financiers

Les produits versés par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie proviennent pour plus de moitié (57 % en 2017) de la tarification des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique.

tableau 60 : Produits versés par l'assurance maladie (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Titre 1 : Produits versés par l'Assurance maladie									
73111	Produits de la tarification des séjours MCO	475 927 730	478 137 700	505 807 754	517 244 950	533 221 294	532 562 835	56 635 105	11,9%
73112	Produits des médicaments facturés en sus des séjours MCO	38 604 100	41 619 026	42 660 590	47 330 645	49 533 789	63 350 195	24 746 095	64,1%
73113	Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours MCO	17 470 872	21 210 233	22 139 592	22 943 578	23 975 258	26 646 215	9 175 343	52,5%
73114	Forfaits annuels MCO	9 318 152	9 649 371	10 468 089	10 569 492	11 935 702	12 308 408	2 990 256	32,1%
73115	Produits de financement des activités de SSR						2 083 354	2 083 354	
73117	Dotations annuelles de financement	41 388 352	42 079 211	42 298 110	41 999 168	42 586 791	41 330 159	-58 193	-0,1%
73118	Dotations MIGAC MCO	175 730 313	166 729 778	164 927 341	178 022 421	178 497 710	187 633 928	11 903 615	6,8%
7312	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique MCO	43 015 040	44 577 102	45 231 680	47 111 690	47 900 168	50 337 494	7 322 455	17,0%
7471	(FIR)				20 965 725	21 068 421	21 078 561	21 078 561	
7722	Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie		1 425 797	293 538	792 059	964 034	265 963	265 963	
	Total titre 1	801 454 560	805 428 217	833 826 693	886 979 727	909 683 166	937 597 113	136 142 553	17,0%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

Les produits de la tarification des séjours

Les produits des séjours s'établissent à 532,6 M€ en 2017, en progression de 11,9 % par rapport à 2012.

Elle est légèrement en retrait par rapport à celle du nombre de séjours (+ 12,9 %). Il convient cependant de relever qu'une partie de la progression en volume et en valeur des séjours du CHU procède de l'évolution, en 2016, de la comptabilisation des séjours multisites dont la segmentation a engendré une hausse faciale du nombre séjours de 3 671 et un surcroît de recettes de 7,7 M€.

Les produits des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des séjours

Les produits des médicaments et des DMI facturés en sus des séjours ont observé une forte progression sur la période (respectivement + 64,1 % et 52,5 %). Ces produits correspondent à la contrepartie des dépenses d'achat réalisées à ce titre.

Il n'y a cependant pas de stricte correspondance entre les dépenses réalisées au titre des DMI et MO remboursables hors groupe homogène de séjour (c'est-à-dire en plus du tarif du séjour) et les recettes effectivement perçues à ce titre. Plusieurs mécanismes expliquent cette différence que l'on retrouve en partie pour les dépenses réalisées au titre des rétrocessions de médicaments.

encadré 2 : Molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables remboursables en sus des séjours (hors groupe homogène de séjour) et rétrocessions

Les dépenses qui sont exposées par l'établissement au titre des DMI et MO inscrits sur « la liste en sus », c'est-à-dire admis par l'agence technique d'information sur l'hospitalisation comme étant remboursables en plus du tarif du séjour (groupe homogène de séjour) - diffèrent légèrement des recettes perçues à ce titre. En premier lieu, un certain nombre de MO ou de DMI qui auraient pu faire l'objet d'un remboursement sont jetés pour des raisons de péremption ou d'inadaptation au besoin. Ceci représente une perte sèche pour l'établissement de 0,33 M€ en 2016 et 0,27 M€ en 2017. Certains DMI et MO ne sont par ailleurs pas facturables à l'agence technique d'information sur l'hospitalisation car ils font l'objet d'un circuit de tarification spécifique (dans le cadre de conventions ou sur des séjours entièrement payants).

Ensuite, parmi les MO et DMI qui sont facturables à l'agence technique d'information sur l'hospitalisation, certains ne peuvent faire l'objet d'un remboursement car ils ne sont pas rattachés à un séjour fermé et facturé sur l'année en cours. Ce défaut d'exhaustivité peut être préjudiciable à l'établissement.

Ainsi, en 2017, ce défaut d'exhaustivité sur les molécules onéreuses représentait un manque à gagner de plus de 1,5 M€ au titre de l'exercice 2017. Ce défaut d'exhaustivité sur l'exercice en cours a cependant été comblé par une facturation en 2018 sur exercice antérieur (via la procédure dite LAMDA) qui a permis de récupérer l'essentiel de ces recettes avec quelques mois de retard.

	2016	2017		2016	2017
Dépenses DMI	24 765 437	27 484 505	Dépenses MO	48 855 030	56 532 999
<i>dont non facturables ATIH (jetés)</i>	291 251	213 001	<i>dont non facturables ATIH (jetés)</i>	41 384	68 635
<i>dont non facturables ATIH (convention, payants, non exportés)</i>	357 132	743 527	<i>dont non facturables ATIH (convention, payants, non exportés)</i>	1 021 512	1 298 749
<i>dont facturables ATIH</i>	24 117 054	26 527 877	<i>dont facturables ATIH</i>	47 792 134	55 165 615
Recettes ATIH DMI (MCO SSR AME)	24 544 189	27 028 817	Recettes MO (MCO SSR AME)	49 711 184	56 725 757
<i>dont bénéfice sur tarif</i>	420 811	293 688	<i>dont bénéfice sur tarif</i>	1 316 130	2 685 967
<i>dont recettes n-1 sur des séjours fermés N</i>	382 948	196 075	<i>dont recettes n-1 sur des séjours fermés N</i>	619 155	389 051
<i>dont recettes n sur séjours fermés</i>	23 740 430	26 539 054	<i>dont recettes n sur séjours fermés</i>	47 775 899	53 650 739
Ecart recettes n sur séjours fermés ATIH - dépenses au titre des DMI facturables ATIH (défaut d'exhaustivité)	-376 624	11 177	Ecart recettes n sur séjours fermés ATIH - dépenses au titre des MO facturables ATIH (défaut d'exhaustivité)	-16 235	-1 514 876

Les pertes de recettes, liées à un défaut d'exhaustivité qui ne seraient pas récupérées au moyen d'une facturation sur exercice antérieur ainsi que celles liées à des DMI et MO jetés, sont compensées par les bénéfices sur tarifs obtenus par le CHU à la faveur de l'achat des MO et DMI.

Cette marge récupérée sur l'achat des MO et DMI en sus a été respectivement de 2,68 M€ et 0,293 M€ en 2017.

tableau 61 : Marge récupérée sur achat des molécules onéreuses (en €)

MO	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017
Dépenses au titre des MO facturables et exportés (a)	38 585 914	37 151 216	42 198 804	46 547 631	48 217 659	53 709 283
Dépenses tarif de responsabilité	39 433 236	n.c.	43 680 858	48 254 305	50 912 293	59 146 181
Dépenses accordées (b = recettes)	38 948 658	37 875 176	42 660 590	47 330 645	49 533 789	56 395 251
Marge (c=b-a)	362 744	723 960	461 785	783 014	1 316 130	2 685 967

Source : CRC d'après données ATIH

La marge réalisée sur les molécules onéreuses a fortement augmenté entre 2014 et 2017 alors que le CHU de Toulouse figurait déjà en 2015 parmi les CHU qui affichaient le plus fort taux de marge. Ce positionnement est confirmé en 2017. Le CHU de Toulouse explique l'importance de ce taux de marge par le taux de mutualisation élevé pour ses achats de médicaments et l'augmentation de cette marge par les stratégies achat déployées et le recours aux bio-similaires.

tableau 62 : Marge récupérée sur achat des dispositifs médicaux implantables (en €)

DMI	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017
Dépenses au titre des DMI facturables et exportés (a)	17 109 288	19 089 896	21 708 154	22 393 087	23 554 447	26 196 101
Dépenses tarif de responsabilité	18 191 692	n.c.	22 731 532	23 570 517	24 442 218	26 837 551
Dépenses accordées (b =recettes)	17 609 365	19 553 858	22 139 592	22 943 578	23 975 258	26 489 789
Marge (c=b-a)	500 077	463 961	431 438	550 491	420 811	293 688

Source : CRC d'après données ATIH

En revanche, la marge sur les achats de DMI s'est contractée, ce que le CHU explique par l'évolution de la politique commerciale des fournisseurs couplée à la baisse régulière des tarifs de remboursement par l'assurance maladie. Les offres fournisseurs s'accompagnent cependant régulièrement de remises globales sur le chiffre d'affaires réalisé (n'entrant pas dans le calcul de la marge et échappant donc au prélèvement pour moitié par l'assurance maladie).

De la même manière, le niveau de marge réalisée sur les rétrocessions de médicaments, s'est élevé à plus de 3,7 M€ en 2015 avant d'être divisé par quatre en 2017. Cette baisse s'explique par l'introduction mi-2015 du mécanisme de prélèvement par l'assurance maladie de la moitié de la marge réalisée et l'évolution du champ des molécules rétrocédées.

tableau 63 : Marge sur les rétrocessions de médicaments (en €)

	2 015	2 016	2 017
Recettes de rétrocession	50 236 674	43 031 868	40 151 010
Dépenses de rétrocession	46 378 257	39 288 428	39 245 497
Marge	3 858 417	3 743 440	905 513

Source : CRC d'après les comptes financiers

Globalement, les recettes perçues au titre des DMI, MO et rétrocessions excèdent les dépenses engagées à ce titre, même si les défauts d'exhaustivité retardent de quelques mois la perception des recettes correspondant aux dépenses engagées.

Les dotations missions d'intérêt général et aides à la contractualisation et fonds d'intervention régional

Les recettes finançant les missions d'intérêt général, les aides à la contractualisation et celles en provenance du FIR s'élèvent à 208,9 M€ en 2017, en hausse de 25,6 M€ par rapport à 2012 (après retraitement des recettes du FIR qui jusqu'en 2014 étaient inscrites en titre 3 de produits).

tableau 64 : Évolution des recettes missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, et fonds d'intervention régional médecine chirurgie obstétrique retraitées (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
MIGAC MCO	175 730 313	166 729 778	164 927 341	176 266 402	178 497 710	187 795 405	12 065 092	6,9%
FIR (titre 1)				20 965 725	21 068 421	21 078 561	13 697 677	186%
FIR (titre 3)	7 380 884	21 244 444	21 928 973					
MIGAC et FIR MCO	183 111 197	187 974 222	186 856 314	197 232 127	199 566 130	208 873 966	25 762 769	14,1%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Les recettes MIGAC et FIR représentent 22 % des produits versés par l'assurance maladie. La moitié (107 M€) proviennent des crédits missions d'enseignement, de recherche, de référence et innovation.

tableau 65 : Évolution des missions d'intérêts général et aides à la contractualisation 2015-2017 (en €)

	2015	2016	2017
MIG	129 296 003	134 440 691	139 658 585
MIG MCO	129 296 003	134 440 691	139 570 074
MERRI dont :	100 541 016	104 953 052	107 611 003
<i>MERRI part fixe (dotation socle)</i>	1 808 720		
<i>MERRI part modulable - Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation</i>	48 808 140	50 542 827	53 043 608
<i>Recours exceptionnel</i>	1 771 000	1 739 753	1 763 172
<i>Le financement des études médicales</i>	23 103 591	19 750 918	33 455 324
<i>Les centres de référence maladies rares labellisés</i>	2 028 780	2 028 785	2 244 658
<i>Les actes de biologie et d'anatomocytopathologie non-inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers</i>	5 757 430	7 125 027	7 290 727
<i>Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU en attente de leur agrément/octobre 2016</i>	3 439 520	10 053 885	0
MIG HORS MERRI dont :	28 754 987	29 487 639	31 959 071
<i>SAMU</i>	4 006 154	3 410 144	3 410 144
<i>SMUR terrestre et hélicopté et transports pédiatriques</i>	7 621 017	9 646 961	11 466 498
<i>UHSI</i>	1 794 468	1 758 716	1 544 260
<i>Financement de la part complémentaire des médicaments dispensés en UMSP</i>	3 217 308	3 152 812	2 768 361
<i>Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières</i>	2 888 090	3 116 296	3 126 137
MIG SSR	0	0	88 511
AC	46 970 399	44 057 014	48 115 930
AC MCO dont :	46 970 399	44 057 014	48 063 852
<i>Aides à l'investissement - plan Hôpital 2007 - restructuration du site (bâtiment central Purpan)</i>	13 200 457	13 200 457	13 200 457
<i>Aides à l'investissement - BOH3 Rangeuil</i>	8 787 877	8 787 877	8 787 877
<i>Aides à l'investissement - CUC</i>	18 793 076	18 792 436	18 792 436
<i>Aides à l'investissement - plan Hôpital 2007 - création d'un institut fédératif de biologie</i>	2 261 100	2 261 937	2 261 937
AC SSR	0	0	52 078
FIR	20 965 724	21 068 421	21 078 561
<i>Permanence des soins en établissements de santé publics (S01 - article D162-6 4° du CSS)</i>	8 575 717	8 594 669	8 354 725
<i>CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de VIH, HV et IST)</i>	1 263 000	1 285 100	1 432 325
<i>amélioration de l'offre - réseaux régionaux</i>	1 637 753	1 637 753	1 637 753
<i>Aide à l'investissement hors plans nationaux - Surcoûts sécurité électrique</i>	1 085 861	977 275	879 547
TOTAL (hors accompagnement GHT budget G en 2017)	197 232 127	199 566 127	208 853 076
AC GHT (BUDGET G)	0	0	20 890
TOTAL (avec accompagnement GHT budget G en 2017)	197 232 127	199 566 127	208 873 966

Source : CRC à partir des tableaux de dotations du CHU

Au total, nonobstant les évolutions de périmètres, les dotations missions d'intérêt général, aides à la contractualisation et FIR ont augmenté sur la période sous revue à un rythme légèrement plus soutenu que les recettes issues de la tarification à l'activité.

La dotation annuelle de financement et compléments de financement des soins de suite et de réadaptation

La DAF, d'environ 42 M€ et relativement stable sur la période, finance pour moitié l'activité de psychiatrie et pour l'autre moitié l'activité de SSR. A la DAF SSR *stricto sensu* vient s'ajouter depuis 2017 une « fraction minoritaire » (10 %) consistant à moduler une part de la dotation en fonction de l'activité réalisée. Cette introduction d'une « fraction de tarifs » a été favorable au CHU en 2017 qui en a retiré un gain de 283 k€ par rapport à 2016.

tableau 66 : Évolution des dotations annuelles de financement (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
73115	Produits de financement des activités de SSR						2 083 354	2 083 354	
73117	Dotation annuelle de financement	41 388 352	42 079 211	42 298 110	41 999 168	42 586 791	41 330 159	-58 193	-0,1%
	Total DAF + financement activité SSR	41 388 352	42 079 211	42 298 110	41 999 168	42 586 791	43 413 513	2 025 161	4,9%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le faible dynamisme de ces dotations pénalise toutefois toute progression potentielle de l'activité.

Les recettes de soins externes

Les prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (consultations, actes externes, ATU, forfait « sécurité environnement ») relèvent de l'activité externe. Elles représentent 5,4 % des recettes de titre 1 en 2017. Elles ont progressé de 17 % sur la période grâce à une hausse de l'activité externe : + 19,2 % en volume, ramenée à + 9,8 % en valorisation financière (titre 1 et titre 2) du fait de la baisse de la recette unitaire. Les recettes versées par l'assurance maladie (titre 1) ont cependant progressé plus fortement du fait de la progression des prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Les autres produits de l'activité hospitalière

Les produits du titre 2 représentent en 2017, 7,3 % des produits du CHU et ont progressé de 15,5 % sur la période.

tableau 67 : Évolution des produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance maladie (en €)

Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
7321	Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie	31 790 187	30 229 133	32 596 907	31 237 627	31 712 884	32 295 977	505 789	1,6%
7322	Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie	5 140 837	5 357 155	5 482 789	5 305 409	5 571 801	5 689 376	548 540	10,7%
7323	Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non pris en charge par l'assurance maladie	11 104	12 090	3 759	8 433	3 962	4 064	-7 040	-63,4%
7324	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie	9 956 594	9 761 797	11 233 135	11 730 713	11 728 625	11 644 454	1 687 860	17,0%
73271	Forfait journalier MCO	10 510 817	10 309 358	10 613 374	10 856 499	11 024 711	10 927 222	416 404	4,0%
73272	Forfait journalier SSR	962 676	972 468	1 022 886	1 002 564	1 009 764	1 048 805	86 129	8,9%
73273	Forfait journalier psychiatrie	378 378	379 742	403 056	420 431	415 517	419 823	41 445	11,0%
733	Poduits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	13 665 976	15 014 416	15 414 557	15 870 616	18 391 705	18 427 703	4 761 727	34,8%
734	Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	6 470 686	6 909 210	9 023 159	6 888 426	10 166 495	9 906 935	3 436 249	53,1%
735	Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics	0	148	8 297	0	771 799	741 014	741 014	
	Total titre 2	78 887 255	78 945 516	85 801 920	83 320 718	90 797 263	91 105 372	12 218 116	15,5%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le ticket modérateur

Les recettes de tickets modérateur ont faiblement augmenté sur la période, particulièrement en hospitalisation complète, du fait de la non revalorisation de tarifs journaliers de prestation qui était déjà élevés au CHU de Toulouse.

Les prestations aux patients étrangers et non assurés sociaux en France

Les produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers ont augmenté de plus d'un tiers sur la période (+ 4,76 M€) du fait de l'augmentation des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'État, les conventions internationales et les patients payants à 100 %.

Prestations effectuées au profit des malades d'autres établissement

Ces produits ont augmenté de 53 % sur la période du fait de l'évolution de l'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation secondaire, de l'évolution des modalités de facturation des prestations délivrées aux détenus et du développement de la biologie de territoire.

Autres produits

Le titre 3 de produits regroupe des recettes hétérogènes regroupant prestations de services, rétrocessions de médicaments, remboursements de frais par les comptes de résultats annexes, production immobilisée, subventions d'exploitation, autres produits de gestion courante, produits

financiers et exceptionnels, reprises sur provisions, variations de stocks, remboursements sur rémunérations et charges sociales.

tableau 68 : Évolution des autres produits (en €)

Titre 3 : Autres produits		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
	Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des	30 302 870	32 937 054	37 623 408	32 411 758	39 550 261	42 681 234	12 378 364	40,8%
70									
7071	Rétrocession de médicaments	29 773 290	27 480 601	61 693 436	50 236 674	43 031 868	40 151 010	10 377 720	34,9%
7087	CRPA	4 779 379	4 631 351	4 617 655	4 468 437	3 327 075	2 842 735	-1 936 644	-40,5%
72	Production immobilisée	408 614	430 708	0	0	0	0	-408 614	-100,0%
	Subventions d'exploitation et participations (sauf 7471)	17 975 322	26 142 176	29 234 804	11 419 940	12 678 919	11 052 525	-6 922 797	-38,5%
74									
	Autres produits de gestion courante	19 064 582	18 229 194	21 744 620	20 950 148	23 933 487	23 806 744	4 742 163	24,9%
75									
76	Produits financiers	288 361	1 202 101	256 993	285 643	274 662	327 887	39 526	13,7%
	Produits exceptionnels (sauf 7722)	11 630 286	6 449 252	8 265 427	14 537 639	15 766 361	34 204 029	22 573 744	194,1%
77									
	Dont								
	Produits des cessions d'éléments d'actif	7 120	29 594	275 671	653 103	4 306 301	11 333 625	11 326 505	n.s.
775									
	Quote part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	0	17 705	1 194 854	1 247 984	1 199 103	1 453 598	1 453 598	
777									
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	10 053 791	19 833 445	3 888 043	28 564 316	35 697 731	34 653 092	24 599 301	244,7%
	Variations des stocks à caractère médical (60311,60321,60322,60371) (crédits)	8 113 379	8 363 686	18 245 142	19 755 153	21 062 627	19 844 671	11 731 292	144,6%
0603									
603	Autres variations de stocks (sauf 60311,60321,60322,60371) (crédits)	783 801	729 007	812 924	773 614	716 778	700 099	-83 702	-10,7%
	Remboursements sur rémunérations ou charges sociales ou taxes (6419, 6429, 64519, 64529, 64719, 64729, 6489, 6319 et 6339)	3 579 673	2 973 703	3 175 433	4 368 780	4 231 203	1 759 090	-1 820 583	-50,9%
	Total titre 3	136 753 346	149 402 279	189 557 885	187 772 102	200 270 972	212 023 115	75 269 770	55,0%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Les produits de titre 3 ont connu une évolution particulièrement dynamique sur la période (+ 75 M€ soit + 55 %), qui s'explique, par ordre d'importance :

- par une hausse des reprises sur amortissement et provisions (+ 24 M€ dont 20 M€ au titre des seules provisions) ;
- par une augmentation des produits exceptionnels de 22,57 M€ dont la moitié issue des cessions d'éléments d'actifs et le reste essentiellement issu des produits sur exercices antérieur. Ces cessions se sont traduites, en 2016 et 2017, par d'importants gains nets pour l'établissement puisque la valeur nette comptable des actifs cédés était faible en comparaison du prix de cession ;

tableau 69 : Plus et moins-values de cessions générées de 2012 à 2017 (budget principal – en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
775	Produits des cessions d'éléments d'actif	7 120	29 594	275 671	653 103	4 306 301	11 333 625	11 326 505	n.s.
675	Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	135 659	138 722	172 236	888 831	1 687 338	752 437	616 779	454,7%
	Plus ou moins value de cession	-128 539	-109 128	103 435	-235 727	2 618 964	10 581 188		

Source : CRC à partir des comptes financiers

- par une hausse des prestations de service (+ 12,38 M€), notamment les recettes issues de la facturation des chambres particulières qui s'établissent à 11,047 M€ en 2017 soit en hausse

5,32 M€ par rapport à 2012. Ceci s'explique selon l'établissement par l'amélioration du suivi des patients éligibles aux chambres particulières ;

- par une hausse des stocks à caractère médical ;
- une progression de 10,38 M€ de rétrocession de médicaments ;
- les mises à disposition de personnel facturées : cette hausse s'explique par la politique de coopération régionale du CHU auprès des centres hospitaliers.

Conclusion sur l'évolution des produits

La hausse des produits du budget principal (+ 223 M€ soit + 22 %) entre 2012 et 2017 s'explique :

- pour plus d'un quart par la hausse des recettes issues de la tarification des séjours dont la progression est cependant inférieure à celle du volume d'activité réalisée ;
- pour plus de 20 % par une progression des recettes issues du remboursement des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables en sus du séjours et des recettes de rétrocessions qui trouve cependant sa contrepartie en charges ;
- pour 11 % par les reprises sur amortissements et provisions ;
- pour plus de 5 % par les produits de cessions d'actifs.

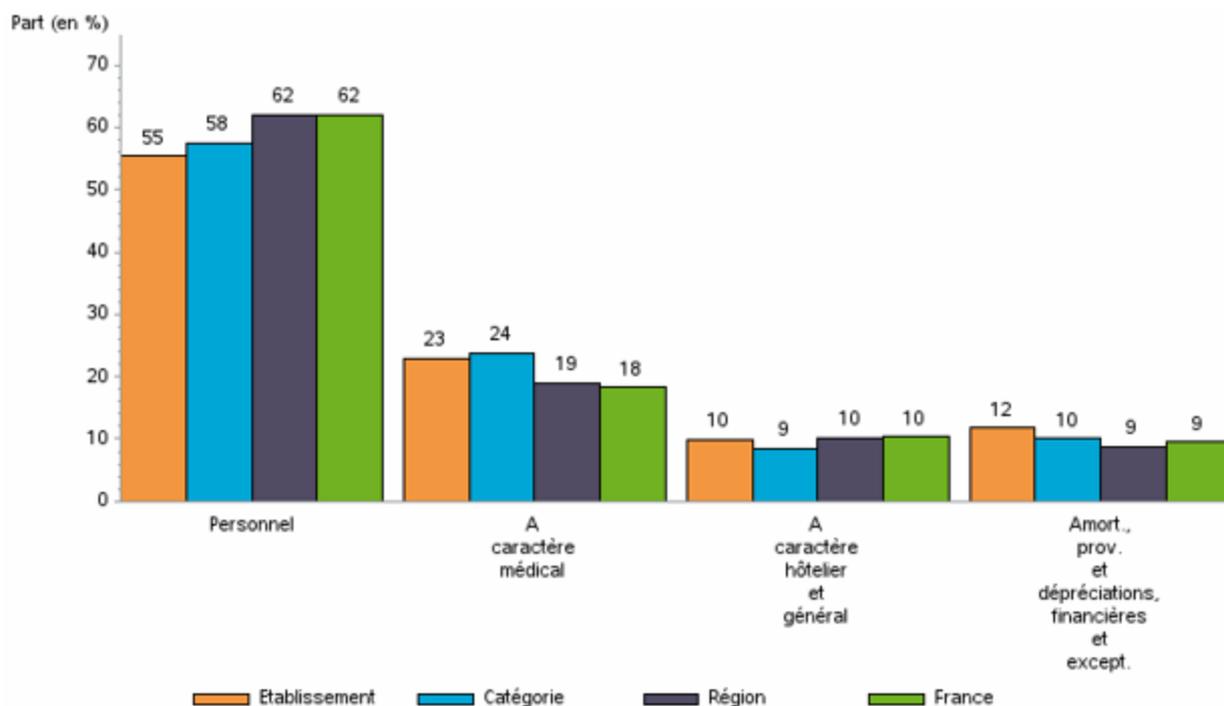
Les charges

Les charges du budget principal s'établissent à 1 240 M€ en 2017, en hausse de 23,1 % (+ 235 M€) par rapport à 2012, soit un point de plus et 11,5 M€ de plus que la progression des produits sur la même période.

Elles sont composées à 55 % par les dépenses de personnel (titre 1), à 23,4 % par les charges à caractère médical (titre 2), à 9,7 % par rapport aux charges à caractère hôtelier et général (titre 3) et à 11,9 % par les charges d'amortissement, dépréciations, provisions et exceptionnelles (titre 4).

Par rapport aux établissements de même catégorie, le CHU de Toulouse présente ainsi des charges de personnel et des charges à caractère médical proportionnellement moins importantes, mais des charges à caractère hôtelier et général et des charges d'amortissement, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles plus importantes. Cela s'explique en grande partie par le poids de la contribution au GCS CUC dans les charges du CHU ainsi que par une politique d'externalisation des prestations hôtelières.

graphique 13 : Répartition des charges du centre hospitalier universitaire



Source : Scansanté

tableau 70 : Évolution des charges (en €)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol en %
Titre 1	Charges de personnel	608 962 275	628 131 383	660 386 749	669 021 563	676 082 264	687 922 319	78 960 043	13,0%
Titre 1	Charges de personnel - chapitres limitatifs	371 885 643	381 725 552	399 388 576	404 174 990	407 740 808	417 363 013	45 477 370	12,2%
Titre 1	Charges de personnel - chapitres évaluatifs	237 076 633	246 405 831	260 998 174	264 846 573	268 341 456	270 559 306	33 482 673	14,1%
Titre 2	Charges à caractère médical	208 523 038	214 827 932	261 321 306	270 485 810	279 644 605	293 312 435	84 789 398	40,7%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	79 948 426	84 098 143	86 844 304	112 499 110	120 346 854	121 447 723	41 499 297	51,9%
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	118 733 182	116 374 558	114 728 505	135 884 325	143 749 156	148 651 793	29 918 611	25,2%
	TOTAL DES CHARGES	1 016 166 921	1 043 432 017	1 123 280 864	1 187 890 808	1 219 822 879	1 251 334 270	235 167 349	23,1%

Les charges de personnel

Le poids relatif des charges de personnel a diminué sur la période passant de 60 % du total des charges en 2012 à 55 % en 2017 car elles ont augmenté de 13 % sur la période soit un rythme inférieur à l'évolution des autres charges dont la forte progression s'explique notamment par des effets de périmètre et par la hausse de charges compensées (molécules et DMI remboursables en sus).

tableau 71 : Évolution des charges de personnel (en €)

Titre 1 : Charges de personnel		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
621	Personnel extérieur à l'établissement	3 392 273	4 689 123	7 078 130	7 661 058	8 396 443	8 369 112	4 976 839	146,7%
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des Impôts) (sauf 6319)	38 477 031	39 965 732	41 308 138	42 530 398	42 672 242	39 702 925	1 225 894	3,2%
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	20 913 121	21 330 127	22 319 686	22 500 749	22 497 686	22 666 785	1 753 664	8,4%
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	3 900 453	4 077 746	4 444 396	4 115 709	3 744 269	3 454 254	-446 199	-11,4%
6411	Personnel titulaire et stagiaire	265 182 095	272 169 751	274 706 882	270 411 703	268 607 979	278 256 948	13 074 852	4,9%
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	17 930 241	16 498 194	23 381 269	29 437 036	32 066 261	29 672 281	11 742 040	65,5%
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	14 888 893	15 168 874	18 519 678	19 085 119	19 197 128	19 737 560	4 848 667	32,6%
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	27 205 051	28 373 413	31 737 225	33 458 204	35 069 789	37 783 068	10 578 017	38,9%
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et hospitalo-universitaires titulaires	46 754 463	48 592 075	49 724 838	50 213 453	51 317 595	52 385 470	5 631 007	12,0%
6422	Praticiens à recrutement contractuel renouvelables de droit	4 139 952	4 250 499	4 159 245	4 532 889	4 258 692	4 054 072	-85 881	-2,1%
6423	Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit	9 511 264	10 136 532	11 056 538	10 787 292	11 192 333	11 773 219	2 261 955	23,8%
6425	Permanences des soins	10 086 461	10 220 502	10 761 998	12 046 441	12 704 377	13 114 351	3 027 890	30,0%
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	110 465 003	115 893 706	121 998 420	121 736 373	122 713 036	126 007 727	15 542 724	14,1%
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	26 450 892	27 728 067	29 990 735	31 777 318	33 427 637	35 002 728	8 551 836	32,3%
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	5 350 005	5 421 668	5 601 607	5 457 309	5 336 381	5 340 786	-9 219	-0,2%
6472	Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729)	16 935	16 935	15 236	14 359	4 016	4 016	-12 918	-76,3%
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	4 298 143	3 598 438	3 582 730	3 256 154	2 876 400	597 018	-3 701 124	-86,1%
Total titre 1		608 962 275	628 131 383	660 386 749	669 021 563	676 082 264	687 922 319	78 960 043	13,0%

Source : CRC à partir des comptes financiers

L'évolution des dépenses de personnel sur la période se caractérise par quatre phénomènes :

- une hausse des dépenses de personnel médical (salaires et charges sociales), près de trois fois plus élevée en proportion (+ 28,8 %) que celle des dépenses de personnel non médical (+ 10,7 %) ;
- l'évolution des dépenses de personnel non médical s'explique essentiellement par un effet prix (augmentation du point d'indice, protocole parcours professionnel, carrières et rémunérations, glissement vieillesse technicité), les effectifs non médicaux étant demeurés relativement stables. Les dépenses de personnel non médical ont ainsi été relativement contenues au regard de l'évolution du nombre de séjours (+ 16,7 %) et est cohérente avec l'évolution des recettes issues de la tarification des séjours (+ 11,9 %) ;
- en revanche, l'évolution des dépenses de personnel médical excède largement l'évolution de l'activité tant en volume qu'en valeur. Cette évolution s'explique en partie par :
 - des mesures exogènes dont une revalorisation du point indiciaire et des grilles de rémunération, la mise en œuvre du plan ministériel « attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public » (+ 1 M€ sur le seul exercice 2017) ;
 - complétées par des mesures institutionnelles différenciées propres à l'établissement en matière d'attractivité médicale pour deux disciplines particulières avec une revalorisation des débuts de carrière (pôles anesthésie-réanimation et médecine d'urgences) ;
 - et l'augmentation du nombre d'internes affectés par l'ARS (+ 2,9 M€ sur le seul exercice 2017) ;

tableau 72 : Évolution respective des dépenses de personnel médical et non médical (en €)

Titre 1 : Charges de personnel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Personnel non médical	417 716 690	429 229 939	448 652 252	450 243 249	451 665 053	462 469 555	44 752 865	10,7%
Personnel médical	124 165 018	129 318 024	137 445 814	142 829 955	147 974 439	154 116 923	35 707 641	28,8%

Source : CRC à partir des comptes financiers

- une évolution des dépenses au titre des personnels non médicaux contractuels (+ 50,6 %) proportionnellement dix fois plus élevée que celle des personnels non médicaux titulaires (+ 4,9 %). Le poids des personnels contractuels non médicaux dans la masse salariale de l'établissement est ainsi passée de 11 % en 2012 à 15,1 % en 2017 ;

tableau 73 : Évolution des dépenses de non médical titulaire et contractuel (en €)

Personnel non médical	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Personnel titulaire et stagiaire	265 182 095	272 169 751	274 706 882	270 411 703	268 607 979	278 256 948	13 074 852	4,9%
Personnel contractuel	32 819 134	31 667 068	41 900 946	48 522 155	51 263 389	49 409 842	16 590 708	50,6%
Poids du personnel contractuel	11,0%	10,4%	13,2%	15,2%	16,0%	15,1%		

Source : CRC à partir des comptes financiers

- une évolution des dépenses réalisées au titre de la permanence des soins en hausse de 30 % sur la période sous revue, notamment du fait de la multiplication des sites et du développement des coopérations territoriales ;
- une forte augmentation des dépenses de personnel extérieur à l'établissement (+ 4,97 M€). Le poids de ces dépenses de personnel extérieur rapporté au total des charges de personnel a ainsi doublé sur la période pour s'établir à 1,2 % en 2017, alors que la médiane des établissements de même catégorie pour cet indicateur se situe à 0,4 %.

Les charges à caractère médical

Les charges à caractère médical ont augmenté de 40,7 % sur la période, soit dans des proportions deux fois et demi plus importantes que l'évolution de l'activité d'hospitalisation en volume.

tableau 74 : Évolution des charges à caractère médical (en €)

Titre 2 : Charges à caractère médical	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
6021 Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	78 667 545	81 916 913	106 011 012	90 227 464	83 454 835	82 640 034	3 972 489	5,0%
6022 Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	11 108 992	11 654 720	11 990 160	12 848 165	13 100 071	13 431 701	2 322 709	20,9%
6066 Fournitures médicales	97 891 071	99 449 541	119 025 959	132 316 064	141 768 660	153 467 246	55 576 175	56,8%
0603 Variation des stocks à caractère médical (60311,60321, 60322, 60371)	7 028 611	8 113 379	8 363 686	18 245 142	18 823 712	21 556 615	14 528 004	206,7%
611 Sous-traitance générale	5 221 920	4 917 112	6 944 424	7 360 236	13 047 134	12 088 599	6 866 678	131,5%
6131 Locations à caractère médical	725 159	882 789	1 286 463	1 645 696	1 575 341	1 569 836	844 678	116,5%
6151 Entretiens et réparations de biens à caractère médical	7 879 740	7 893 478	7 699 602	7 843 043	7 874 851	8 558 405	678 665	8,6%
Total titre 2	208 523 038	214 827 932	261 321 306	270 485 810	279 644 605	293 312 435	84 789 398	40,7%

Source : CRC à partir des comptes financiers

L'augmentation des charges de titre 2 (+ 84 M€) s'explique à 90 % par la progression des dépenses de produits pharmaceutiques et fournitures médicales (dont l'essentiel trouve sa

contrepartie en recettes au titre des remboursements de molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables) et les variations de stock afférentes.

Les dépenses de sous-traitance générale (+ 6,8 M€) ont connu une forte augmentation, notamment du fait des dépenses effectuées dans le cadre de la coopération avec l'ICR au sein de l'Oncopôle.

Les charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général ont augmenté de 51,9 %, soit dans des proportions trois fois plus importantes que le volume des séjours. Cette augmentation résulte, pour près de moitié, d'un changement d'imputation comptable de l'aide reversée au GCS CUC (18,8 M€) comptabilisée, jusqu'en 2014, en charges exceptionnelles (titre 4) et comptabilisée en charge diverses de gestion courante (titre 3) depuis 2015.

tableau 75 : Évolution des charges à caractère hôtelier et général (en €)

Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
602 Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	6 014 453	6 474 111	6 594 979	6 629 767	6 017 659	6 093 071	78 619	1,3%
606 Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	26 722 843	27 360 570	26 307 752	27 002 974	27 501 802	27 237 558	514 715	1,9%
603 Variation des stocks (sauf 60311, 60321, 60322 et 60371)	1 071 573	783 801	729 007	812 924	769 583	716 778	-354 795	-33,1%
61 Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	19 295 206	20 601 694	20 541 647	20 100 756	19 391 438	21 485 740	2 190 534	11,4%
62 Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	25 137 193	25 691 458	29 686 031	34 184 928	40 914 393	40 964 042	15 826 849	63,0%
63 Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339)	163 051	151 927	118 467	135 785	135 379	116 467	-46 584	-28,6%
65 Autres charges de gestion courante (sauf 653)	1 544 107	3 034 582	2 866 422	23 631 976	25 616 600	24 834 067	23 289 960	1508,3%
dont 654 Pertes sur créances irrécouvrables	946 006	2 579 690	1 965 157	2 025 997	3 997 412	2 631 920	1 685 914	178,2%
653 Contributions aux groupements hospitaliers de territoire (GHT)	0	0	0	0	0	0	0	
Total titre 3	79 948 426	84 098 143	86 844 304	112 499 110	120 346 854	121 447 723	41 499 297	51,9%
Titre 3 hors 654	79 002 420	81 518 453	84 879 147	110 473 113	116 349 442	118 815 803	39 813 383	50,4%
Titre 3 hors CUC	79 948 426	84 098 143	86 844 304	93 706 034	101 553 778	102 654 647	22 706 221	28,4%
Titre 3 hors CUC et hors 654	79 002 420	81 518 453	84 879 147	91 680 037	97 556 366	100 022 727	21 020 307	26,6%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le reste s'explique par :

- la mise en place du GCS blanchisserie au 1^{er} janvier 2016 (+ 4,8 M€ de prestations) ;
- le remboursement des dépenses de bio-nettoyage à l'ICR pour les services du CHU présents sur l'Oncopôle ;
- une augmentation des dépenses de service mobile d'urgence et de réanimation assurées par les tiers (ambulances privées et service départemental d'incendie et de secours) avec la mise en place en 2016 de la convention expérimentale sur l'organisation des transports sanitaires ;
- la progression des créances irrécouvrables admises en non-valeur (+ 1,68 M€) ;
- une progression des dépenses d'honoraires (audits DRH, qualité, commissaires aux comptes, etc.) ;
- une augmentation des dépenses d'entretien et réparation ;
- une augmentation des prestations informatiques externalisées.

Au total, le rythme de progression de ces dépenses a largement excédé la progression d'activité tant en valeur qu'en volume.

Les charges d'amortissement, provisions, de dépréciation, financières et exceptionnelles (titre 4)

Les charges de titre 4 ont augmenté de 25,2 % (+ 29,9 M€) sur la période sous revue. Retraitée du changement d'imputation de l'aide reversée au GCS CUC, les charges de titre 4 progressent dans des proportions deux fois plus importantes (+ 48,7 %, soit + 48,7 M€).

Cette augmentation s'explique essentiellement par la progression des dotations aux provisions et, dans une moindre mesure, par celle des dotations aux amortissements.

tableau 76 : Évolution des charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (en €)

Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
66 Charges financières	11 349 111	14 150 422	15 691 034	15 883 796	14 691 435	13 832 807	2 483 696	21,9%
67 Charges exceptionnelles	34 001 607	31 355 743	29 802 976	17 393 413	17 405 942	25 052 536	-8 949 070	-26,3%
675 dont valeur comptable des éléments d'actifs cédés	135 659	138 722	172 236	888 831	1 687 338	752 437	616 779	454,7%
673 dont titres annulés	5 779 290	5 989 063	6 019 468	9 657 005	7 689 094	18 710 386	12 931 096	223,7%
678 Dont autres charges exc. (contribution GCS CUC)	22 667 946	21 958 818	21 271 169	3 016 707	5 158 448	3 026 468	-19 641 478	-86,6%
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	73 382 465	70 868 393	69 234 495	102 607 115	111 651 779	109 766 450	36 383 985	49,6%
dont dotations aux amortissements	54 375 440	59 278 813	49 829 456	68 656 195	66 730 280	64 671 616	10 296 176	18,9%
dont dotations aux provisions	19 007 025	11 589 580	19 405 038	33 950 920	44 921 501	45 094 835	26 087 810	137,3%
Total titre 4	118 733 182	116 374 558	114 728 505	135 884 325	143 749 156	148 651 793	29 918 611	25,2%
Total titre 4 hors CUC	99 940 106	97 581 482	95 935 429	135 884 325	143 749 156	148 651 793	48 711 687	48,7%

Source : CRC à partir des comptes financiers

La progression des dotations aux amortissements (+ 10,29 M€) résulte de l'effort d'investissement du CHU sur la période et de la révision des modalités de comptabilisation des amortissements.

Celle des dotations aux provisions (+ 26,08 M€), a eu pour contrepartie, en produits, une évolution semblable des reprises (+ 24,59 M€). L'incidence sur le résultat n'a donc pas été tendanciellement modifiée et les dotations nettes aux provisions se sont élevées sur la période en moyenne à 6,87 M€ par an.

tableau 77 : Évolution des dotations et reprises sur provisions (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol° en VA	Evol° en %
Dotations aux provisions	19 007 025	11 589 580	19 405 038	33 950 920	44 921 501	45 094 835	26 087 810	137,3%
dont dot. aux prov. pour renouvellement des immo.	7 451 806	6 575 786	11 558 610	25 398 439	25 902 706	25 398 439	17 946 633	240,8%
dont dot. aux provisions sur CET	0	2 008 468	2 813 382	4 810 323	3 512 874	3 039 276	3 039 276	
dont autres dot. aux prov. pour R&C d'exploitation	5 931 219	289 636	4 293 046	2 159 158	7 275 930	6 093 426	162 207	2,7%
dont dot. aux prov. pour dépréciations de créances	5 624 000	2 715 690	740 000	1 583 000	8 229 991	10 563 694	4 939 694	87,8%
Reprises sur provisions	10 053 791	19 833 445	3 888 043	28 564 316	35 697 731	34 653 091	24 599 300	244,7%
dont reprise sur provisions pour renouvellement des immo	162 384	0	807 916	21 213 183	20 558 637	20 770 722	20 608 338	12691,1%
dont reprise sur provisions sur CET	2 142 012	1 097 345	1 726 745	3 238 095	4 265 139	3 947 331	1 805 319	84,3%
dont reprises sur autres provisions (R&C et dépréciations)	7 749 395	18 736 100	1 353 382	4 113 038	10 873 955	9 935 038	2 185 643	28,2%
Dotations nettes aux provisions	8 953 234	-8 243 865	15 516 995	5 386 604	9 223 770	10 441 744	1 488 510	16,6%

Source : CRC à partir des comptes financiers

La décroissance des charges exceptionnelles (- 8,9 M€) résulte de l'effet conjugué :

- du changement d'imputation comptable de l'aide reversée au GCS CUC (18,8 M€) comptabilisée, jusqu'en 2014, en charges exceptionnelles (titre 4) et comptabilisée en charge diverses de gestion courante (titre 3) depuis 2015 ;
- de la forte hausse des titres annulés en 2017 (+ 9,65 M€) : il s'agit principalement de titres émis au titre de la recherche sur la période 2014-2016, annulés en 2017 et réémis avec TVA sur ce

même exercice. Ces charges exceptionnelles ont donc leur contrepartie en recettes exceptionnelles sur ce même exercice.

Conclusion sur les charges

Les charges ont cru de 235 M€ entre 2012 et 2017, soit 13 M€ de plus que les produits sur la même période. Leur progression s'explique :

- pour plus d'un tiers par la progression des charges de personnel (+ 79 M€) ;
- pour 40 % par la hausse des charges à caractère médicale (+ 84,7 M€ dont plus de la moitié trouve sa contrepartie en recettes)¹²¹ ;
- pour 4 % par la progression des dotations aux amortissements.

Ce sont donc les charges de personnel qui expliquent l'essentiel de l'alourdissement structurel des charges sur la période sous revue.

¹²¹ Dépenses de molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables et rétrocessions.

annexe 6 : Marges sur achats des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables remboursables en sus

tableau 78 : Résultats de l'écart médicament indemnisable des centres hospitaliers universitaires en 2015 (en €)

CHU	Nb valorisé 2015	Dépense réalisée	Dépenses au tarif de responsabilité	Marge par rapport au TR
Guadeloupe ¹²²	9 132	6 331 824	7 604 680	16,7 %
Nantes	54 582	37 719 740	39 743 403	5,1 %
Caen	37 611	25 180 739	26 498 432	5,0 %
AP-HM	77 404	48 384 746	50 661 325	4,5 %
Tours	44 948	27 735 341	29 009 376	4,4 %
Bordeaux	92 304	52 985 652	55 344 210	4,3 %
Strasbourg	73 420	48 452 069	50 581 308	4,2 %
Brest	26 178	17 047 234	17 784 946	4,1 %
Nice	37 134	24 633 569	25 679 034	4,1 %
Saint Etienne	29 105	16 399 165	17 057 043	3,9 %
AP-HP	450 089	299 889 575	311 164 083	3,6 %
Besançon	34 978	25 331 543	26 279 765	3,6 %
Toulouse	74 935	46 547 631	48 254 305	3,5 %
Rennes	41 888	26 995 932	27 985 385	3,5 %
Reims	29 117	19 015 853	19 677 015	3,4 %
Nîmes	27 323	17 437 638	18 028 447	3,3 %
Poitiers	41 845	25 118 945	25 901 125	3,0 %
Limoges	28 345	18 950 155	19 537 106	3,0 %
Rouen	40 753	26 984 187	27 781 991	2,9 %
Metz	29 895	16 730 465	17 197 097	2,7 %
Clermont Ferrand	35 420	20 883 697	21 437 639	2,6 %
Amiens	42 272	26 316 243	27 005 779	2,6 %
Nancy	51 953	28 235 472	28 918 193	2,4 %
Montpellier	61 996	34 814 678	35 631 026	2,3 %
Dijon	32 312	19 123 755	19 484 330	1,9 %
Lille	87 693	50 846 747	51 799 402	1,8 %
Grenoble	56 757	30 719 901	31 203 065	1,5 %
Angers	29 847	17 883 910	18 065 477	1,0 %
Orléans	28 803	19 474 558	19 650 235	0,9 %
La Réunion ¹⁶⁸	22 890	17 627 487	17 755 534	0,7 %
Martinique ¹⁶⁸	15 284	12 660 154	12 747 177	0,7 %
HCL	116 650	75 143 315	75 489 205	0,5 %
moyenne	1 862 862	1 181 601 921	1 220 957 139	3,2 %

Source : CRC, d'après données ATIH

¹²² Les tarifs des médicaments facturables en sus sont majorés de 16 % dans les départements et régions d'outre-mer (Art. L. 753-4 du CSS).

annexe 7 : Permanence des soins

tableau 79 : Lignes d'astreintes n'ayant fait l'objet que d'un nombre minime de déplacements

En €	Financement ARS	<i>Somme de Coût déplacements</i>	<i>Somme de Coût forfait hors charges</i>
AS_CliniqueVoiesRespiratoires	FIR AO	640	14 002
AS_Parasitologie	Pas de financement	262	14 002
AS_Toxicologie	Pas de financement	480	14 002
AS_Hémostase	Pas de financement	955	14 002
AS_Endocrinologie	Pas de financement	0	14 002
AO_CCMM	Pas de financement	0	19 316
AS_MédecineNucléaire	Pas de financement	0	14 002
AO_Stérilisation	Pas de financement	2 637	19 316
AS_Psychiatrie	Pas de financement	3 234	14 002
AS_RFHalteSanté	Pas de financement	0	14 002
AS_RF	Pas de financement	3 595	14 002
TOTAL	-	11 802	164 652

Source : CRC, à partir des données communiquées par l'établissement

tableau 80 : Lignes de garde non financées par l'agence régionale de santé, dont la pertinence est incertaine

En €	Financement ARS	Somme de Coût déplacements	Somme de Coût forfait hors charges
AO_Diabéto	Pas de financement	44 587	19 316
AO_Pneumo	Pas de financement	36 678	19 316
AO_Cardiologie	Pas de financement	17 540	19 316
AS_PédiatrieGastro	Pas de financement	26 277	14 002
AS_PédiatrieHématologie	Pas de financement	30 200	14 002
AS_PédiatrieNéphrologie	Pas de financement	29 248	14 002
AS_PédiatrieNeurologie	Pas de financement	50 766	14 002
AS_PédiatriePneumologie	Pas de financement	48 992	14 002
AS_Gériatrie	Pas de financement	30 680	14 002
AS_Gérontologie_Urgences	Pas de financement	49 621	14 002
AS_FIV	Pas de financement	6 711	14 002
AS_PédiatrieMédicale	Pas de financement	8 147	14 002
AS_TraumatoOrthopédie	Pas de financement	167 558	14 002
AS_MédecineInterne	Pas de financement	66 643	14 002
AS_Rhumatologie	Pas de financement	41 713	14 002
AS_UHCD RG WE	Pas de financement	21 534	14 002
AS_UHCD URGENCES PU	Pas de financement	35 711	14 002
AS_Neurochirurgie	FIR AO	16 665	14 002
Garde_Neurochirurgie	FIR GARDE	2 482	151 935
GardeWEJOUR_Neurochirurgie	Pas de financement	0	23 568
AO_Neurochirurgie	AO transformée en AS et financée	13 060	19 316
AS_MedInterne	Pas de financement	61 843	14 002
AO_UPCO	Pas de financement	15 817	19 316
AS_N REEDUC FONCT RANG	Pas de financement	38 119	14 002
Garde_Dialyse	Pas de financement	0	75 968
Garde_NéphroTransp	FIR GARDE	0	151 935
AO_WKNéphro transplantation	FIR AO	21 024	9 658
AO_WKDialyse aiguë	Pas de financement	7 410	9 658

Source : CRC, à partir des données communiquées par l'établissement

GLOSSAIRE

AHU	assistant hospitalier universitaire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	agence régionale de santé
ATU	autorisation temporaire d'utilisation
c/	compte
CAF	capacité d'autofinancement
CAMSP	centre d'action médico-sociale précoce
CCU-AH	chef de clinique des universités-assistant hospitalier
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CH	centre hospitalier
CHGM	centre hospitalier Gérard Marchand
CHU	centre hospitalier universitaire
CLCC	centre de lutte contre le cancer
Copermo	comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	communauté psychiatrique de territoire
CSAPA	centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSIRMT	commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques
CSP	code de la santé publique
DAF	dotation annuelle de financement
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DMI	dispositif médical implantable
DMS	durée moyenne de séjour
DRH	direction des ressources humaines
EPRD	état des prévisions de recettes et de dépenses
ESPIC	établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	équivalent temps-plein
ETPR	équivalent temps-plein rémunéré
FIR	fonds d'intervention régional
FMIH	fédération médicale inter-hospitalière
GCS	groupement de coopération sanitaire
GCS CUC	groupement de coopération sanitaire-clinique universitaire du cancer
GHM	groupe homogène de malades
GHRE	grand hôpital régional des enfants
GHT	groupement hospitalier de territoire
ICR	institut Claudius Regaud
IGAS	inspection générale des affaires sociales
IME	institut médico-éducatif
IP-DMS	indice de performance de la durée moyenne de séjour
IUCT	institut universitaire de cancérologie de Toulouse
k€	kilo d'euros = milliers d'euros
M€	million d'euros
MCO	médecine, chirurgie et obstétrique
MCU-PH	maître de conférence des universités-praticien hospitalier
Md€	milliard d'euros
MIGAC	mission d'intérêt général et aide à la contractualisation

MO	molécules onéreuses
ORL	oto-rhino-laryngologie
PDSES	permanence des soins des établissements de santé
PH	praticien hospitalier
PIE	pôle inter-établissement
PMCT	poids moyen du cas traité
PMP	projet médical partagé
PPR	Pierre-Paul Riquet
PU-PH	professeur des universités-praticien hospitalier
RTT	récupération de temps de travail
SDSI	schéma directeur du système d'information
SSR	soins de suite et de réadaptation
TCAM	taux de croissance annuel moyen
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
URM	urgence-réanimation-médecine
USLD	unité de soins de longue durée
ZIH	zone d'influence hospitalière

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières : aucune réponse écrite destinée à être jointe au présent rapport n'a été adressée à la chambre régionale des comptes.



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

 **@crococcitanie**