

N° 195

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 12 décembre 2018

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur l'enquête de la Cour des comptes sur le rôle des centres hospitaliers universitaires dans la politique de soins,

Par M. Alain MILON,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Elisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, vice-présidents ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, MM. Jean Sol, Dominique Théophile, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| AVANT-PROPOS | 5 |
| EXAMEN EN COMMISSION..... | 11 |
| • Audition de MM. Denis Morin, président, Christophe Strassel, conseiller maître, et Noël Diricq, conseiller maître, président de section, à la sixième chambre de la Cour des comptes | 11 |
| • Audition de Mme Catherine Geindre, présidente de la Conférence des directeurs généraux de CHU sur le rapport « Le CHU de demain » | 27 |
| RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES..... | 45 |

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Conformément à l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes, le 3 novembre 2016, de réaliser une enquête sur le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé.

Celle-ci se décompose en deux volets.

Le premier, consacré aux missions des CHU en matière d'**enseignement supérieur et de recherche**, a été présenté à la commission le 17 janvier 2018 et a donné lieu à une publication par le Sénat¹.

Le second, portant sur les missions dévolues aux CHU en matière d'**offre de soins**, a fait l'objet d'une communication par les rapporteurs de la Cour des comptes le 12 décembre 2018, préalable à sa présente publication.

Cette enquête, abordant dans son ensemble la triple mission - soin, formation, recherche - de ces établissements, intervient juste soixante ans après la parution de l'ordonnance « Debré » de 1958 portant création des centres hospitaliers universitaires² et à la veille d'une réforme du système de soins annoncée par le Gouvernement dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », qui doit trouver une déclinaison législative au premier semestre 2019.

Alors qu'une prochaine loi devrait ainsi se pencher sur les études médicales et l'organisation territoriale de la santé, ainsi que sur le financement et le fonctionnement de l'hôpital, cette contribution sera précieuse à la réflexion commune et à l'action parlementaire.

Parallèlement, la mission sur « Le CHU de demain » que la ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont confiée, en novembre 2017, aux présidents de conférence³ a présenté ses conclusions le 14 décembre 2018 à l'occasion des 16^{ème} Assises nationales hospitalo-universitaires organisées à Poitiers.

¹ « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale », rapport d'information n° 228 (2017-2018), Sénat, 17 janvier 2018.

² Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

³ Les présidents de la conférence des présidents de CME de CHU, de la conférence des directeurs généraux de CHU, de la conférence des doyens de faculté de médecine, de la conférence des doyens de pharmacie, de la conférence des présidents d'université et de la conférence des doyens d'odontologie.

*

Les CHU constituent, comme l'ont rappelé les ministres concernées dans la lettre de mission sur « Le CHU de demain », « *un outil d'excellence et d'innovation, reconnu comme tel en France et à l'étranger* ».

Cependant, **les deux volets de l'enquête mettent en avant des constats communs**, corroborant des observations de terrain qui avaient justifié la demande formulée par votre commission auprès de la Cour :

- d'une part, celui d'une grande **hétérogénéité** entre les établissements partageant le même statut : celle qui se retrouve dans l'exercice inégal de l'activité de recherche se traduit également dans la dimension aléatoire de recours ou de référence de l'offre de soins, concentrée dans les faits sur une dizaine de CHU ;

- d'autre part, celui d'un **essoufflement** ou d'une fragilité croissante du modèle, quand bien même celui-ci resterait sur le principe pertinent puisque l'enquête n'aboutit nullement à suggérer une remise en question de la triple mission consubstantielle aux CHU.

Comme le premier volet de l'enquête l'avait relevé, **la mission d'offre de soins concentre l'essentiel des moyens des CHU, devant celle de formation et de recherche** : les 30 CHU (qui recouvrent 41 entités juridiques) représentent ainsi près de 38 % des séjours de l'hospitalisation publique et environ un cinquième de l'activité hospitalière totale.

S'ils concentrent une large part des soins les plus pointus (activités de recours ou d'expertise), en particulier la prise en charge des maladies rares, près d'un quart de leur activité recouvre des soins de proximité qui correspondent aux soins les plus courants.

Si ces deux dimensions ne sont pas antinomiques, une telle situation induit une **faible différenciation** entre des CHU de petite taille et des centres hospitaliers ou cliniques privées en termes de nature d'activité de soins. Cela pose la question de la spécificité des CHU au sein de notre paysage sanitaire et les place, en outre, en situation de concurrence avec les autres établissements de santé présents au niveau d'un même territoire.

Dans ce contexte, deux principaux constats ont retenu plus particulièrement l'attention de la commission.

- En premier lieu, **certaines fragilités relevées par l'enquête renvoient à des dysfonctionnements qui affectent, au-delà des seuls CHU, l'hôpital dans son ensemble.**

C'est le cas du **déséquilibre financier** qui concerne une majorité de ces centres depuis plusieurs années et tend à se dégrader sur la période 2011-2017 étudiée.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, votre commission a mis en exergue la situation budgétaire préoccupante des établissements de santé.

L'exercice 2017 a vu, en effet, le déficit de l'ensemble des établissements de santé publics se creuser : dans un contexte de baisse des tarifs des séjours hospitaliers et de ralentissement de l'activité, et sans adaptation à due concurrence de leurs charges d'exploitation, celui-ci a quasiment doublé, passant de 439 millions d'euros en 2016 à 835 millions d'euros en 2017 pour le budget principal et 701 millions d'euros tous budgets confondus. Pour les CHU, le déficit, évalué par la Cour des comptes à 405 millions d'euros, est porté pour moitié par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui accuse un solde négatif à hauteur de 199 millions d'euros en 2017.

La position de nombreux CHU s'en trouve fragilisée : le déséquilibre financier que connaissent un grand nombre d'établissements **érode leur autofinancement et donc leur capacité à investir dans la modernisation de leurs locaux et équipements**. Leurs investissements ont diminué de 14 % entre 2011 et 2016, de manière moins marquée toutefois que les autres établissements publics de soins (dont les investissements sont en baisse de près de - 40% sur la même période) ; le nombre de CHU présentant un taux de vétusté des bâtiments est passé de 13 à 16 entre 2012 et 2016.

A cet égard, il faut rappeler que votre commission a depuis longtemps préconisé une évolution du modèle de financement des investissements immobiliers des établissements de santé, afin de mieux prendre en compte leur cycle de vie nettement plus long que celui de la seule activité hospitalière rémunérée par l'assurance maladie¹.

Pour les rapporteurs de l'enquête, ce déséquilibre financier n'est pas à mettre principalement sur le compte de la tarification à l'activité, qui ne représente que 55 % des recettes des CHU, mais tient pour partie au **recul et à l'émiettement des dotations forfaitaires, en particulier des Migac**² dont l'enveloppe allouée aux CHU a baissé de près de 6 % entre 2011 et 2016. Cette situation impose notamment selon la Cour une plus grande maîtrise des charges non contraintes (dépenses générales et hôtelières, de sous-traitance, de personnel non médical, etc.), dont la progression demeure plus dynamique que dans d'autres catégories d'établissements.

¹ Cf. rapport d'information n° 703 (2011-2012), « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », établi par Alain Milon et Jacky Le Menn au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et la commission des affaires sociales, Sénat, 25 juillet 2012.

² Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) : cette dotation permet de financer les activités des établissements qui ne sont pas tarifées à l'activité (activités d'enseignement et de recherche, financement des Samu et Smur, de centres de références...).

Il n'en demeure pas moins que la proposition de réexaminer le financement de la prise en charge des maladies rares, qui relève à l'heure actuelle de la T2A sans majoration ou adaptation spécifique, va dans le sens d'une meilleure **objectivation des tarifs hospitaliers** et d'un rapprochement avec le coût réel des soins. Cet enjeu présente un intérêt majeur dans les CHU qui assurent une part importante de ces prises en charge complexes.

Il semble en outre utile de mieux évaluer les contraintes spécifiques qui pèsent sur les CHU de par leurs missions et leur positionnement dans l'offre de soins, et d'adapter en conséquence les modes de financement.

Ces constats révèlent les limites du mode actuel de régulation des dépenses de santé qui conduit au désarroi des professionnels de santé et à la déshumanisation ressentie par les patients dans leur relation avec les soignants. Il faut souhaiter que ces considérations soient prises en compte dans le cadre de la réforme des modes de financement du système de santé, dont la réflexion est confiée à une *task force* pilotée par Jean-Marc Aubert, directeur de la Drees.

La fragilisation financière des CHU contribue en effet à affecter les **conditions d'accueil** des patients.

L'enquête dresse à cet égard un tableau plutôt sombre en constatant que plusieurs CHU obtiennent des résultats insuffisants en termes de **gestion de la qualité** : alors que cette dimension, notamment à travers la mesure de l'expérience patient, doit prendre à l'avenir une part de plus en plus importante dans le financement des établissements de santé, comme engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est essentiel d'accompagner les établissements présentant des lacunes sur ce point et d'adapter les modes d'évaluation des CHU à leurs spécificités.

• En second lieu, une question cruciale posée par l'enquête est celle de la **place des CHU dans l'offre territoriale de soins**.

La loi de modernisation de notre système de santé¹, en imposant la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT), a conféré aux CHU un rôle de coordination : ils en sont l'établissement support ou sont liés à ces groupements par une convention d'association, au titre des activités hospitalo-universitaires (missions de formation, de recherche, de gestion de la démographie médicale, de référence et de recours) et dans le cadre d'un projet médical partagé.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 107).

L'enquête note que si les GHT favorisent la territorialisation des équipes hospitalières, porteuse de mobilité, de coopération et de mutualisation des expertises, l'instrument demeure encore « inabouti » : dans la plupart des cas, la mise en place récente de ces groupements n'a pas permis d'asseoir le rayonnement territorial des CHU ou de clarifier leur place dans l'offre territoriale de soins, en raison notamment d'un retard dans la signature de conventions d'association entre CHU et GHT.

Dans ce contexte par ailleurs marqué par la réorganisation territoriale et la mise en place des nouvelles régions - qui comptent pour certaines plusieurs CHU - ainsi que la restructuration en cours de la carte universitaire, l'enquête préconise la mise en place de réseaux de CHU, dans le but de faire émerger de huit à dix pôles à visibilité internationale, en vue de renforcer les coopérations jugées aujourd'hui insuffisantes entre CHU et de consolider la **logique de gradation des soins** moins développée en France que dans d'autres modèles étrangers.

Cette piste, également retenue par la mission sur « Le CHU de demain » dans ses préconisations, ouvre la voie à une réflexion indispensable pour concilier le rôle de proximité et d'excellence des CHU et, plus largement, **assurer l'égal accès aux soins tout en s'adaptant aux spécificités de chaque territoire** pour y valoriser les complémentarités entre les acteurs de l'offre de soins.

A cet égard, les enjeux de **l'ouverture des CHU sur les autres acteurs du système de santé** et de **l'attractivité des carrières** sont majeurs. Comme votre commission l'a relevé à l'occasion de nombreux travaux, les besoins croissants liés à la prise en charge des pathologies chroniques imposent de décloisonner et de coordonner les acteurs du système de santé, notamment en vue de développer la bonne articulation entre ville et hôpital au service de la qualité et de la pertinence du parcours de soins des patients. Cette ouverture peut également contribuer à revaloriser les carrières hospitalo-universitaires, en apportant une plus grande souplesse pour les professionnels de santé, là où le cadre statutaire crée des rigidités.

*

Cette enquête invite ainsi à consolider, en le renouvelant, un modèle qui a fait la preuve de son intérêt, en donnant aux CHU les moyens de concilier leur rôle de proximité, en articulation avec les autres acteurs du territoire, avec la promotion de l'innovation qui constitue leur raison d'être.

Elle apporte une analyse approfondie essentielle pour nourrir la réforme de notre système de santé et de l'organisation territoriale des soins, enjeux qui seront au cœur du prochain projet de loi « santé ».

EXAMEN EN COMMISSION

**Audition de MM. Denis Morin, président,
Christophe Strassel, conseiller maître,
et Noël Diricq, conseiller maître, président de section,
à la sixième chambre de la Cour des comptes**

Réunie le mercredi 12 décembre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de représentants de la sixième chambre de la Cour des comptes pour suite à donner à l'enquête de la Cour des comptes sur le rôle des centres hospitaliers universitaires dans la politique de soins.

M. Alain Milon, président. – Mes chers collègues, je suis heureux d'accueillir ce matin la sixième chambre de la Cour des comptes en la personne de son président, M. Denis Morin, de M. Christophe Strassel, conseiller maître, et de M. Noël Diricq, conseiller maître, président de section, pour la présentation du second volet de l'enquête demandée à la Cour, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans l'offre de soins.

Le premier volet, consacré à l'activité de recherche et de formation des CHU, a été présenté à la commission en janvier dernier. Ce second volet est consacré à l'activité de soins.

À l'approche du soixantième anniversaire de la création des CHU par les ordonnances Debré, cette demande d'enquête est née d'observations de terrain et d'une intuition : si la création des CHU a permis une réelle mutation de l'hôpital en France, le faisant passer, pour le dire un peu rapidement, de l'hospice à un véritable lieu de soins à la pointe des techniques, il me semblait que ces établissements glissaient de plus en plus sur le segment des centres hospitaliers, c'est-à-dire sur celui des activités de proximité.

De fait, les situations et les modèles sont très divers.

Quoi de commun, en effet, quant à la taille et à l'organisation, entre l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont nous avons entendu le directeur général la semaine dernière, et le CHU de Pointe-à-Pitre, même relevé de l'incendie qui l'a dévasté, que nous avons visité lors de notre dernière mission ?

Les CHU, cependant, partagent au moins une exigence : celle de rechercher la qualité et l'excellence que nous devons à nos concitoyens.

Alors qu'une loi devrait prochainement se pencher sur les études universitaires et sur l'organisation territoriale de la santé, je ne doute pas que l'enquête demandée à la Cour constituera une contribution précieuse à la réflexion et à l'action des membres de notre commission. J'ai lu ce rapport avec attention ; il m'a un peu bousculé.

M. Denis Morin, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. – Je suis accompagné de M. Noël Diricq, président de la troisième section de la sixième chambre, qui traite notamment des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, et de Christophe Strassel, conseiller maître, qui a piloté ce deuxième volet de l'enquête.

Il était particulièrement opportun de nous demander de réfléchir au rôle des CHU, sujet essentiel dans l'organisation du système de santé ; le Gouvernement, parallèlement, a demandé à l'ensemble des conférences compétentes de fournir un rapport sur ce thème à l'occasion du soixantième anniversaire des ordonnances Debré. Je vais donner quelques éléments de synthèse sur nos réflexions relatives à l'offre de soins, puis, monsieur le président, je répondrai aux questions que vous m'avez adressées.

J'irai d'emblée à l'essentiel : que proposons-nous ?

Nous ne proposons pas de supprimer des CHU. L'esprit de géométrie aurait pu nous dicter le raisonnement suivant : les CHU devraient coïncider avec les nouvelles grandes régions de la réforme territoriale. Mais cette voie nous a semblé totalement sans issue : quel établissement pilote choisir, par exemple, dans le Grand Est ? Dans certaines régions, Auvergne-Rhône-Alpes par exemple, chaque CHU a sa spécificité – et je ne suis pas certain que la suppression du plus petit des établissements de cette région, celui de Saint-Etienne, rendrait beaucoup service à l'organisation du système de santé dans le département de la Loire, qui présente un certain nombre de faiblesses que le CHU contribue à compenser. Il n'est pas utile, donc, de se lancer dans des débats de ce type.

En revanche, nous proposons de structurer l'ensemble des 41 structures juridiques concernées, hors AP-HP, en 8 à 10 grands réseaux, un peu à l'image des coopérations qui existent déjà aujourd'hui dans le cadre de GCS (groupements de coopération sanitaire) – je pense notamment au réseau Hugo, qui regroupe un certain nombre de CHU de la partie occidentale du pays. Cette proposition est le point de convergence permettant de traiter les difficultés discernées dans le fonctionnement des CHU en matière tant de formation et de recherche que d'accès aux soins. Il s'agit donc du moyen de réunir les deux volets distincts qui ont été étudiés par la Cour.

Quels sont les principaux constats qui nous conduisent à formuler cette proposition ? Le premier constat est celui de l'hétérogénéité des CHU en matière d'offre de soins. Vous l'avez dit, monsieur le président : quoi de commun entre l'AP-HP, dont les ressources totales s'élèvent à un peu plus de 7 milliards d'euros, les CHU intermédiaires, à commencer par les HCL (Hospices civils de Lyon) et l'AP-HM (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille), et de très petits CHU, dont les budgets sont beaucoup plus faibles – Pointe-à-Pitre, 300 millions d'euros, ou Nîmes, 450 millions d'euros ? En même temps, hétérogénéité ne veut pas forcément dire difficulté.

Si l'on entre dans le détail de ce que font ces organismes, des prises en charge qu'ils assurent, l'hétérogénéité est encore plus frappante, entre des établissements qui couvrent tout le spectre des GHM (groupes homogènes de malades) et d'autres qui n'en couvrent qu'une partie, entre des établissements qui sont impliqués dans les activités d'expertise et de recours – c'est ce qu'on attend d'un CHU : l'excellence et la prise en charge de pathologies rares et d'actes difficiles – et d'autres, une très grande majorité, dont le « case-mix » les rapproche des gros CH (centres hospitaliers). Quand on compare par exemple le CHU de Grenoble et les CH de Chambéry et d'Annecy, il n'y a pas photo : en termes de rôle dans l'organisation du système de santé et même de qualité de la prise en charge, les deux CH sont nettement supérieurs au CHU.

Dans cet ensemble de CHU, on trouve donc des choses extrêmement disparates. Ce constat de l'hétérogénéité du système CHU avait déjà été mis en évidence, dans le premier volet qui vous a été remis l'an dernier, en matière de recherche : hétérogénéité, donc dispersion des moyens, donc, s'agissant de la recherche, absence de visibilité internationale, ce handicap étant le résultat direct de l'hétérogénéité.

Le premier chapitre de notre rapport contient un ensemble d'éléments extrêmement précis et documentés, qu'on retrouve dans peu de productions. On entend souvent, par exemple, que les CHU prendraient en charge des pathologies beaucoup plus sévères, ce qui serait facteur de surcoûts. C'est inexact : quand on compare les malades pris en charge, on constate que les taux de sévérité sont tout à fait comparables dans les CHU et dans les CH. Ce n'est donc pas un élément discriminant.

S'agissant de ce qui constitue aujourd'hui l'une des difficultés majeures de notre système de soins, la prise en charge des personnes âgées polypathologiques – elle ne se fait ni dans les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), qui sont insuffisamment médicalisés, ni en ville, naturellement –, nous avons établi que les CHU avaient un comportement d'éviction des personnes âgées : peu de personnes âgées de plus de 85 ans y sont prises en charge ; ce sont les CH qui assument cette fonction de façon massive. À l'inverse, compte tenu du régime des autorisations, on observe une surprésence des jeunes enfants dans les CHU, ce qui tient notamment au fait que les services de pointe en néonatalogie se trouvent avant tout dans ces établissements.

Nous avons visité sept CHU, hors AP-HP ; nous avons procédé à des auditions systématiques avec des responsables de CHU et de CH ; nous avons travaillé sur l'ensemble des bases de données de santé pour offrir une information précise et documentée. Le premier de nos constats, donc, est celui de l'hétérogénéité des CHU, dont beaucoup se rapprochent en réalité des CH. Ce constat, parmi d'autres, nous permet de dire que le modèle CHU s'essouffle – c'est le mot que nous avons retenu après de longues discussions : « crise » eût pu faire l'affaire, mais ce terme est un peu galvaudé ; « difficulté » eût été un peu faible ; nous avons donc parlé d'« essoufflement », sachant que nous ne proposons absolument pas de remettre en cause la trilogie des missions exercées par les CHU : soin, formation, recherche. Le lien fait entre ces trois missions nous semble extrêmement puissant ; c'est une marque de fabrique de notre système de santé, et un point fort, et non faible. Nos propositions visent donc à le conforter.

Deuxième chapitre du rapport, et deuxième élément d'essoufflement : la situation financière de ces établissements. Cette situation est caractérisée par des déficits récurrents, permanents depuis 2011, et qui se sont très fortement aggravés en 2017, comme d'ailleurs s'est aggravée la situation financière de l'ensemble des CH. Nous n'avons pas d'explication – et je crains que le ministère n'en ait pas non plus – à ce trou d'air dans l'évolution de l'activité du secteur public hospitalier, après des années de dynamisme où ledit secteur reprenait des parts de marché dans le domaine de l'hospitalisation. En particulier, le déficit de l'AP-HP, presque 200 millions d'euros en 2017, s'explique par l'attrition de l'activité, alors que, par exemple, et pour une raison que nous n'expliquons pas bien, les Espic (établissements de santé privés d'intérêt public), en région parisienne, sont extrêmement dynamiques – Saint-Joseph a vu son activité progresser de 6 %.

Je rappelle le déficit considérable observé en 2017 sur le segment des CHU : plus de 400 millions d'euros. Qui dit déficit durable dit lourd endettement, et incapacité à faire face aux investissements. Autant beaucoup a été fait, à l'occasion des plans de 2007 et de 2012, pour moderniser le parc des CH, autant les CHU n'ont pas beaucoup émergé à cette manne. Aujourd'hui, quand les malades se déplacent dans les CHU, ils disent tous que le compte n'y est pas.

Quelle est selon nous l'explication de ce déficit récurrent des CHU ? De notre point de vue, l'explication n'est pas à rechercher du côté de la T2A, la tarification à l'activité. En dépit de données fragiles, nous avons tenté de comparer les tarifs et les coûts moyens, pathologie par pathologie, sur un groupe de pathologies représentatif du case-mix des CHU. Nous avons observé que les CHU n'étaient pas pénalisés par la T2A, en tout cas pas plus que les CH : l'explication du déficit récurrent des premiers n'est donc pas à rechercher dans le fonctionnement de la T2A, dont le poids dans la tarification des CHU est de 55 %.

Je rappelle d'ailleurs que le Gouvernement, au titre des mesures « Ma Santé 2022 », a annoncé son intention de faire converger le financement de l'ensemble des segments de notre système de santé, y compris la médecine libérale, vers une structure dans laquelle l'acte représenterait 50 % des ressources, le reste étant constitué de contributions forfaitaires. Dans le secteur hospitalier, on a l'habitude de ce mix : à la tarification à l'activité répondent des dotations d'intérêt général, notamment les dotations de financement des Migac (missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation), et en particulier des Merri (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation).

Pour ce qui est du fonctionnement des dotations forfaitaires, la masse des concours publics a globalement augmenté sur la période 2011-2017, étant entendu qu'une partie de ces dotations a été orientée, en 2014, vers le FIR (fonds d'intervention régional), cet instrument original – notre système administratif est plutôt connu pour ses cloisonnements – à disposition des ARS (agences régionales de santé) qui couvre l'ensemble de leurs compétences et permet une fongibilité, dans des limites posées par le législateur, entre les différents segments de notre système de santé. Cette masse, donc, n'a cessé de croître.

Nous nous interrogeons en revanche sur le fonctionnement des dotations Merri, qui financent la recherche dans les CHU, mais aussi, désormais, dans les CH et dans certains établissements privés. L'extension du champ des établissements éligibles aux Merri, à enveloppe constante, réduit mécaniquement le droit de tirage de chacun : dans ce nouveau schéma, les CHU se sont vus privés d'un certain nombre de ressources.

Deux approches sont possibles : on peut arguer de l'existence de critères d'attribution des Merri pour dire qu'il ne tient qu'aux CHU de s'améliorer, l'extension de ces dotations hors du champ des CHU révélant que la recherche n'y est pas nécessairement plus efficace que dans d'autres structures. À l'inverse, on peut plaider pour le retour à une vision moins dispersée, plus centrée sur les CHU, car c'est là qu'est l'excellence de la recherche. Nous ne tranchons pas nettement entre ces deux approches, mais nous appelons à une révision des critères d'attribution des Merri – à vrai dire, ce message n'est pas particulièrement original.

Ce n'est donc pas dans la façon dont le ministère a géré les dotations d'intérêt général qu'il faut rechercher la cause principale des difficultés financières des CHU, mais plutôt dans l'évolution de leurs charges : de 2011 à 2017, les charges ont augmenté plus rapidement que les produits, sans que la sévérité des affections des patients pris en charge ne le justifie – or, les lois de l'arithmétique résistant encore et toujours à la mise en doute généralisée de tout, on peut affirmer, de manière à la fois consensuelle et solennelle, que des déficits s'ensuivent nécessairement d'une telle asymétrie. Nous avons y compris observé que, s'agissant des dépenses hors soins, la dynamique d'augmentation des charges a été beaucoup plus forte dans les CHU que dans les CH, sans raison particulière.

Nous avons également noté que la productivité était globalement plus faible dans les CHU que dans les CH. Les CHU sont loin d'être les plus performants, et, encore une fois, nous n'avons pu trouver de raisons pour le justifier. En particulier, la productivité n'est pas bonne aux deux extrémités du segment, dans les plus petits et dans les plus grands CHU. Elle est notamment très médiocre à l'AP-HP.

Bien entendu, certaines choses échappent à la maîtrise des gestionnaires : les grands plans catégoriels décidés par l'État – je pense notamment au plan PPCR (« Parcours professionnels, carrières et rémunérations ») –, auxquels s'ajoutent des plans catégoriels spécifiques au monde de la santé, impactent la dynamique des charges, y compris médicales. Ces charges sont automatiques, contraintes ; dans une certaine mesure, elles traduisent soit l'amélioration de la situation catégorielle des personnels, qui peut être considérée comme souhaitable, soit la mise à disposition des patients de traitements innovants, particulièrement coûteux – je pense notamment au traitement de l'hépatite C.

Une partie des charges sont donc automatiques, à l'image de ce qui se passe pour les budgets locaux : quand l'État prend des décisions qui impactent l'ensemble des fonctions publiques, y compris la fonction territoriale, ces décisions s'imposent à l'ensemble des exécutifs locaux.

Voici pour le deuxième chapitre : un déficit préoccupant, élément de fragilité et facteur d'essoufflement. Conclusion : il faut renforcer la capacité à maîtriser les charges. Martin Hirsch nous a par exemple annoncé que, vu la situation financière où se trouve l'AP-HP, le taux d'évolution de la masse salariale serait nul au cours des quatre prochaines années. Un magistrat verra sans doute dans un tel engagement la promesse d'une amélioration de la productivité ; mais cette annonce veut dire aussi qu'on supprime de l'emploi, ce qui pose d'autres questions.

Ceci dit, certains établissements, les HCL par exemple, ont vu pendant plusieurs années leur masse salariale gelée, et ont fini par sortir d'une situation financière qui était, en 2010, extrêmement fragile. Ils ont ainsi pu recouvrer leur capacité à investir, donc à se développer et à embaucher. Des mesures d'urgence sont donc parfois nécessaires, mais en même temps porteuses d'un développement ultérieur.

Je passerai rapidement sur le troisième chapitre, qui a trait à la qualité. Nous avons été frappés des faibles performances des CHU en matière de certification. La certification ne porte pas sur la qualité médicale des établissements, mais sur la qualité et la sécurité de la prise en charge au sens large, la traçabilité des informations par exemple, le lien entre hôpital et ville, qui est très perfectible. Il y a quelques années, quand la Haute Autorité de santé (HAS) portait ses pas dans les CHU et menaçait d'une mauvaise note, c'était considéré comme attentatoire ; aujourd'hui, beaucoup de CHU qui étaient mal classés en termes de certification ont engagé des efforts pour améliorer leur notation. Globalement, donc, les choses ont tendance à s'améliorer, mais on part d'assez loin. Je note d'ailleurs que, dans de nombreux territoires, le CHU est loin d'être le mieux classé – les CH, eux, sont souvent certifiés sans réserve.

Dernier point : le rôle territorial des CHU. Je rappelle notre proposition : constituer des réseaux de CHU. Les CHU, dans beaucoup de régions, vivent dans une sorte de splendide isolement ; ils se conçoivent comme le lieu de l'excellence, jugement qui doit être nuancé, et ils ont beaucoup de difficultés à nouer des partenariats avec les autres acteurs du système de santé. Or de tels partenariats nous semblent absolument indispensables. Notre idée n'est donc pas de faire une croix sur les établissements les plus petits et les plus fragiles, mais d'amener ceux-ci à travailler en coopération les uns avec les autres, dans le cadre de huit réseaux. Tel est le moyen, selon nous, de trouver des complémentarités, sources d'efficacité, en matière de formation et de recherche, et d'entrer dans une vraie logique de gradation des soins – l'adressage des patients, aujourd'hui, se fait indépendamment de cette logique de gradation, à laquelle réfléchissent pourtant les régulateurs des systèmes de santé de la plupart de nos voisins.

Il s'agit également de regrouper un certain nombre de moyens de recherche pour leur donner une plus grande visibilité internationale. Dans les classements internationaux, année après année, nous perdons des places. Que la Chine nous passe devant, c'est dans l'ordre des choses ; que l'un de nos voisins européens nous devance, c'est moins acceptable.

Je précise qu'il nous a semblé que cette idée de réseaux de CHU n'était pas révolutionnaire, et qu'elle était au contraire susceptible de faire converger un certain nombre d'acteurs.

Il faut aussi revoir la façon dont les CHU tissent des liens avec d'autres établissements de santé, publics ou privés – le secteur privé n'est nulle part dans le viseur du régulateur, ce qui est dommage. À l'occasion notamment des réflexions sur les projets de santé en région, le rôle des CHU doit être davantage affirmé. Les ARS doivent davantage s'appuyer sur eux ; et, là encore, selon la logique d'une gradation des soins, des coopérations entre CHU et CH, et en particulier entre CHU et GHT (groupements hospitaliers de territoire), doivent être tissées. Il y a des conventions à signer, des partenariats à organiser ; ce travail est pour l'instant assez balbutiant.

Mme Catherine Deroche. – *Je partage l'avis d'Alain Milon : ce rapport nous donne des indications tout à fait intéressantes.*

Pour ce qui concerne les difficultés financières et la baisse de l'activité en 2017, nous avons vu, en travaillant sur le PLFSS, que le distinguo entre l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de ville et l'Ondam hospitalier posait des difficultés, et que les sommes dues par l'assurance maladie n'étaient parfois jamais récupérées par les hôpitaux.

S'agissant de la productivité, la Cour des comptes a-t-elle étudié l'impact de la réduction du temps de travail dans les services hospitaliers, en termes d'organisation des ressources humaines notamment ? Par ailleurs, lors du débat sur le PLFSS, les fédérations hospitalières se sont plaintes de la désorganisation des transports inter-établissements.

Concernant les GHT, je n'ai pas senti les acteurs privés favorables à l'idée d'intégrer un réseau piloté par un établissement public : le privé a, sur le territoire, sa propre organisation.

Quant à la disparité d'un CHU à l'autre, elle est en effet étonnante. J'ai été surprise de constater que la productivité et même la qualité de recherche étaient moindres dans certains CHU que dans des CH.

En travaillant, avec Yves Daudigny et Véronique Guillotin, sur l'accès précoce à l'innovation en matière de médicament, nous avons vu les difficultés des CHU pour répondre au développement de l'innovation dans le traitement de certaines pathologies, en cancérologie notamment, par les systèmes de la « liste en sus », des tests « compagnons » ou du RIHN (référentiel des actes innovants hors nomenclature). Avez-vous travaillé sur ces spécificités de tarification et de financement dans le domaine de l'innovation ?

M. Denis Morin. – *S'agissant de la régulation de l'Ondam, nous avons très clairement dit que la régulation par le gel des dotations forfaitaires destinées aux établissements hospitaliers n'était pas durable : elle crée trop de contraintes, alors que l'enveloppe des soins de ville, elle, dérape. Si un tel déplacement des financements était la traduction du virage ambulatoire, il serait acceptable, mais tel n'est pas du tout le cas.*

Le respect de l'Ondam est une préoccupation majeure, absolue, de la Cour des comptes. Si l'on ne régule pas l'Ondam par le gel des dotations hospitalières, il faut donc trouver un autre moyen de le faire, c'est-à-dire ouvrir le dossier de la régulation de l'enveloppe des soins de ville, ce qui n'est pas un chantier facile. Sur les 80 milliards d'euros de dépenses de soins de ville, une vingtaine de milliards sont couverts par d'efficaces accords prix-volumes ; pour le reste, tout est à construire.

La réponse trouvée en matière de transports sanitaires, via leur internalisation dans les budgets hospitaliers, va dans le sens de la régulation. Mais ce n'est pas simple ! Il faut faire des économies, certes, mais les dépenses augmentent continuellement. Et, si régulation il y a, il faut la faire remonter jusqu'à l'activité du médecin généraliste de premier recours ; or, on le sait, la réforme de 1996 a buté sur la sanction constitutionnelle de tels dispositifs de régulation.

Je récapitule le point de vue de la Cour : premièrement, respect absolu de l'Ondam ; deuxièmement, attention à la pression excessive et indifférenciée sur tous les établissements hospitaliers qu'exerce le gel des dotations forfaitaires ; troisièmement, il faut donc construire des dispositifs de régulation propres à la médecine de ville.

Quant à la RTT, ce sujet est derrière nous, même si le problème de l'organisation du travail dans les établissements hospitaliers se pose bel et bien dans le cadre du dialogue social.

Pour ce qui concerne les GHT, je précise que nous contrôlons les cliniques privées, le législateur nous ayant accordé, dans la loi de modernisation de notre système de santé, cette compétence intéressante et nouvelle pour nous.

Nous avons contrôlé, l'année dernière, seize cliniques privées. Nous avons été frappés par le fait qu'elles se vivent en situation de concurrence radicale par rapport au système public, et ne recherchent pas les complémentarités. L'idée de partenariats public-privé – on parle de « bloc partagé » –, quoique devenue tarte à la crème, est évidemment très bonne, mais elle n'a connu aucune espèce de commencement de réalisation. Je comprends que l'on pousse à l'intégration de cliniques privées dans des GHT ; nous avons pourtant constaté, en contrôlant par exemple la polyclinique de Limoges – bien que privée, elle remplit un rôle fondamental sur son territoire –, qu'y dominait une ambiance de concurrence dommageable, et contre-intuitive du point de vue du patient. Mais il y a, de toute façon, des coopérations possibles.

Je vais maintenant répondre aux questions qui m'ont été adressées par M. Milon. Les deux volets de l'enquête se recourent-ils ? De notre point de vue, ils convergent vers l'idée de la mise en place progressive de réseaux de CHU. Nous avons laissé ouverte la question de savoir s'il était préférable de promouvoir des réseaux organisés autour d'un établissement pilote ou des réseaux où se noueraient des partenariats entre égaux. Si un réseau se constitue entre Lyon, Clermont, Saint-Étienne et Grenoble, un établissement pilote se dégagera naturellement – il s'agira évidemment des HCL, sans préjuger de la capacité de ce centre à jouer un rôle d'entraînement tout en étant capable de discuter d'égal à égal avec d'autres établissements plus petits. À l'inverse, Hugo fonctionne aujourd'hui sur une base beaucoup plus partenariale, entre des CHU comparables : un leader ne se dégage pas forcément. Nous avons donc voulu laisser ces options ouvertes, en fonction des nécessités des territoires.

Deuxième question : quels seraient les leviers d'une coopération efficace entre la ville et l'hôpital ? Le premier levier, c'est l'adressage des patients : si l'on est capable d'expliquer à une parturiente qu'il est inutile qu'elle accouche dans un CHU, parce qu'on a au préalable identifié, au fil de son suivi, qu'il n'y avait pas lieu d'attendre quoi que ce soit d'indésirable, alors cette logique d'adressage doit pouvoir être généralisée à d'autres types de prise en charge – dans certaines régions, les réseaux fonctionnent déjà de cette façon.

Quant aux liens entre ville et CHU, ils existent notamment à travers la formation initiale – les internes doivent accomplir en ville une partie de leur parcours. On peut aussi se poser la question de savoir quel rôle le CHU pourrait jouer en matière de formation médicale continue. C'est un sujet sensible, sur lequel les institutions dédiées ne remplissent pas vraiment leur office. Il existe, en la matière, une réticence des médecins eux-mêmes, mais on pourrait imaginer que les CHU s'impliquent dans ce dossier.

Quant au sujet des GHT, je ne pense pas que le CHU puisse être un élément de la structuration du « premier recours ». Si l'hôpital s'éloigne un peu – raisonnablement – des patients, il faut être capable d'ouvrir de nouvelles portes de proximité dans les territoires, correspondant à une prise en charge de qualité. Les instruments que sont les GHT et les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), notamment, répondent bien à cette vision, y compris via la labellisation d'un certain nombre d'hôpitaux locaux ou de maisons de santé pluriprofessionnelles.

À travers le jeu de partenariats et de conventions, le CHU, lui, peut parfaitement innover d'autres structures de soins dans les territoires. Nous défendons ainsi l'idée, qui n'est pas consensuelle, d'attribuer des valences universitaires à certains services qui, au sein de CH, sont particulièrement reconnus en matière de recherche. Ainsi, Annecy est pointu en neurochirurgie ; une valence universitaire pourrait très bien lui être accordée en partenariat avec le CHU de Grenoble.

Troisième point : le mode de financement. Je ne sais pas ce que le ministère proposera pour renforcer, dans le financement des établissements, la part des dotations forfaitaires répondant à des contraintes de qualité et de pertinence des soins ; quoi qu'il en soit, l'inflation d'un certain nombre d'actes dans un système où la T2A est majoritaire est un sujet de préoccupation légitime. De ce point de vue, les annonces de « Ma Santé 2022 » me paraissent aller dans le bon sens. Comment les CHU y sont-ils préparés ? Il faut promouvoir tout ce qui peut les inciter à améliorer la qualité – on a vu que des marges de progrès existaient.

Par ailleurs, on ne peut pas éluder la question de l'insuffisante attractivité du statut des personnels hospitalo-universitaires. Il y a une réflexion à mener là-dessus, cette compétence étant partagée entre la sixième chambre et la troisième chambre. Dans l'organisation actuelle de notre système de santé, l'idée qu'un professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) peut indistinctement remplir des missions de formation, de recherche, de soins, fonctionne difficilement. Les PU-PH que nous avons auditionnés nous disent d'ailleurs qu'eux-mêmes ne se vivent pas selon cette logique ternaire, sinon dans le temps. Ils s'investissent dans ces trois champs, mais de façon séquentielle, et non simultanée.

Cette perte d'attractivité du statut se mesure par un indicateur, celui des démissions de PU-PH : elles augmentent. Certains PU-PH commencent leur carrière en CHU, y acquièrent une notoriété parfois étonnante, et, dans un second temps, vont exercer dans des cliniques privées, où la pratique du dépassement d'honoraires est un peu plus marquée – c'est le moins qu'on puisse dire. De tels parcours existent ; nous l'avons constaté au cours de nos contrôles.

Sans pour autant considérer le système privé comme un modèle, nous avons aussi noté la souplesse des règles de gestion du personnel dans les cliniques privées en regard des rigidités du statut, lesquelles sont aussi le reflet de garanties apportées aux personnels. Le modèle qui consiste à fonctionner avec des contrats de travail d'un jour est-il pertinent ? De tels contrats, évidemment, permettent de gérer les pointes d'activité et d'augmenter la profitabilité ; mais ils ne correspondent pas à ma vision de ce que doit être la gestion du social dans notre pays.

Cinquième question : quid de l'évolution des charges ? Il faut faire le départ entre les charges contraintes et celles qui ne le sont pas. Où est le décideur, en matière de charges ? Pour ce qui est des charges maîtrisables par les gestionnaires de ces établissements, le dialogue avec le régulateur régional me paraît le bon niveau. En la matière, des progrès peuvent être faits, et la mise en place des GHT, à travers les mutualisations qu'elle peut stimuler, est de nature à aider à mieux maîtriser les charges.

Enfin, les échanges que nous avons eus avec la mission sur le « CHU de demain » sont multiples. Loin de nous cantonner à notre tour d'ivoire, nous avons testé plusieurs de nos pistes et procédé à diverses auditions d'acteurs, y compris de terrain.

Mme Victoire Jasmin. – Certains surcoûts sont liés à la certification et à l'accréditation des hôpitaux : il faut répondre à des référentiels, respecter des normes ; beaucoup d'établissements n'obtiennent pas de certification parce que changer d'équipements est coûteux.

Votre comparaison entre les CHU et les autres établissements ne me paraît pas tenir compte du fait que la plupart des CHU doivent composer avec des surcoûts nécessaires à leur fonctionnement – je pense aux services d'imagerie ou aux laboratoires de biologie. Je mentionnerai également l'activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et tout ce qui a trait aux examens systématiquement menés dans les CHU en matière de surveillance de l'environnement des patients.

Vous avez évoqué la sous-représentation des personnes âgées dans les CHU ; mais celle-ci relève parfois de choix pertinents destinés à protéger les patients contre les infections nosocomiales : il ne s'agit pas forcément d'évincer ce genre de malades.

Je fais observer, par ailleurs, que les contrats en matière d'équipements sont de plus en plus des contrats d'exclusivité ; cela génère également des surcoûts. Les CHU, qui doivent respecter certaines normes, n'ont pas forcément le choix.

Concernant l'accès à l'innovation thérapeutique, enfin, des efforts restent à faire, en matière par exemple de traitement du diabète.

M. Michel Amiel. – Votre constat est largement partagé : le déficit s'aggrave.

Je parlerai de ce que je connais le mieux, à savoir l'AP-HM, dont la situation est aujourd'hui assez catastrophique. En attendant la restructuration des réseaux, comment concevez-vous la période de transition ? Aujourd'hui, l'AP-HM ne peut plus investir ; il faut vraiment avoir envie d'accoucher à la maternité de la Conception ! Elle est insalubre – n'ayons pas peur du mot. Faute de moyens, il est impossible de la reconstruire. Et, de toute façon, on ne peut pas faire tabula rasa : pendant les travaux, le bal continue !

Le blocage semble donc complet. J'ai assisté, depuis quarante ans, à la dégradation considérable de l'hôpital public ; pendant mes dernières années d'exercice, j'envoyais mes patients vers le privé, faute d'un accueil convenable dans le public. Vous avez parlé d'une productivité médiocre en disant qu'elle n'était pas imputable à la T2A ; en même temps et par ailleurs, vous semblez plaider pour une tarification au parcours de soins. Que fait-on, dans les années qui viennent, en attendant le grand soir de la restructuration des CHU ?

M. Dominique Théophile. – Les CHU sont hétérogènes, en effet. Ne serait-il pas souhaitable de distinguer les deux CHU des Antilles ? En Martinique comme en Guadeloupe, le coefficient géographique, qui atteint 27 % - et 30 % à La Réunion – pose problème. Lorsque je présidais la fédération des hôpitaux de Guadeloupe, j'ai signalé les problèmes de financement. Depuis les années 1980, les CHU de Guadeloupe et de Martinique ont été des amortisseurs sociaux, ce qui a pu gonfler leurs effectifs et creuser leurs déficits. Pour construire un nouveau CHU, on a demandé au CHU de Pointe-à-Pitre de revenir à l'équilibre, ce qui imposerait au moins de ramener le déficit à zéro : impossible ! Votre rapport devrait expliquer que ces CHU ont un déficit structurel, que leur capacité d'autofinancement est négative, et détacher les dépenses structurelles de celles qui peuvent diminuer dans le cadre d'un plan de performance. Leur taux d'activité, aussi, est encore trop faible, et ne pas les traiter à part fausse la moyenne nationale. Le CHU de Pointe-à-Pitre est comparable à celui de Limoges. Pourtant, le décalage en termes de PUPH est immense. Même remarque pour les missions d'intérêt général. Les urgences non plus ne sont pas au même niveau – et nos CHU font parfois de la recherche sur des pathologies spécifiques, comme la drépanocytose. Votre rapport devrait énoncer pour eux des préconisations spécifiques.

Mme Laurence Cohen. – Je n'ai pas bien compris votre remarque sur les maternités. C'est la fermeture des maternités de proximité, dont la mission est d'accueillir les accouchements physiologiques, qui oblige à avoir recours aux maternités de niveau 3. À propos du levier entre CHU et médecine de ville évoqué par M. Milon, le plan santé 2022 prévoit de redessiner la carte hospitalière, avec des réseaux d'établissements hospitaliers de proximité, des CPTS et des centres ou des maisons de santé. Comment les CHU, qui attirent des professionnels de santé, pourront-ils tisser des liens de proximité, notamment avec ces dernières ? Enfin, la ministre supprime le *numerus clausus*. Quel sera l'impact de cette décision sur l'encadrement des étudiants, qui seront plus nombreux, dans les CHU ?

Mme Corinne Féret. – Avez-vous étudié cet impact ? L'accueil, la prise en charge et la formation – y compris les stages – devront être adaptés. Vous écrivez que la réforme ne va pas nécessairement conduire à la réduction du nombre de CHU. Qu'est-ce à dire ? Faudra-t-il fermer certains sites ? Quand vous écrivez que certains établissements n'ont pas tiré les conséquences de la nouvelle carte des régions ni de l'évolution de la carte universitaire, avez-vous pris en compte ce qui se passe en Normandie ? A la place d'une tour amiantée, on reconstruit un CHU et les collectivités territoriales se sont engagées dans la reconstruction d'une faculté de médecine, qui est un véritable pôle de santé, recherche et innovation, ce qui est un atout essentiel pour notre territoire, même si celui-ci comporte déjà deux CHU, à Rouen et à Caen.

M. René-Paul Savary. – Merci pour ce rapport de grande qualité, qui rend compte d'une réflexion pertinente, dont je ne partage pas les conclusions : la réorganisation des CHU en réseaux, que vous préconisez, va à l'encontre de la recherche de proximité. Les patients vont là où ils ont confiance, puisqu'ils sont de toute façon remboursés. Pour les soins, la proximité est indispensable. Pourquoi ne pas plutôt fédérer les GHT ? La formation, elle, s'organise autour des universités, et l'on ne peut pas imaginer que celles-ci se distinguent entre universités de premier rang et de second rang. S'il y a des réseaux de CHU, il y aura des têtes de réseaux, au détriment de la proximité. Quant à la recherche, des complémentarités peuvent être intéressantes mais, si les thématiques diffèrent, le rapprochement n'a aucun intérêt. Pour le coup, ce n'est pas la proximité mais les sujets de recherche qui doivent gouverner les associations. Il aurait été intéressant qu'en regard de vos propositions, vous présentiez des contre-propositions.

Mme Véronique Guillotin. – Le budget global des CHU est déficitaire, mais il faudrait une analyse plus fine des différents CHU, au cas par cas. Celui de Nancy, par exemple, est dans une situation difficile pour des raisons liées à son parc immobilier. À mesure que les travaux se spécialisaient, ses sites se sont dispersés, ce qui pose désormais des problèmes de transport et d'entretien. Pour arrêter de creuser le déficit, il faut investir, ce qui n'est pas toujours évident.

Vous insistez sur la nécessaire coopération entre CHU au sein des GHT, et entre ville et hôpital, mais l'instauration de réseaux dégagera des têtes de réseau. Mieux vaudrait s'en remettre aux régions pour faire coopérer les CHU : c'est ce que nous faisons dans le Grand Est, où nous incitons nos trois CHU à trouver des complémentarités, notamment dans la recherche, plutôt que de se concurrencer. Le fait que les financements soient en tuyau d'orgue complique parfois beaucoup la recherche d'efficacité, surtout avec le virage ambulatoire. Ainsi, un patient traité à domicile pour un cancer fera parfois un long trajet pour une chimiothérapie, puis un trajet à nouveau le surlendemain pour une radiothérapie dans un autre établissement, ce qui est fatiguant pour lui et coûteux en transports. De ce point de vue, il y a des marges de manœuvre pour accroître la qualité des soins et l'optimisation de leur coût, pourvu qu'on sorte de cette logique de tuyaux d'orgue. Enfin, vous n'avez pas évoqué la question des médecins remplaçants.

Mme Martine Berthet. – Quel est l'impact sur le budget des hôpitaux du recours à des praticiens ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne ? Que pensez-vous de la distorsion de concurrence induite par le fait que les cliniques privées peuvent communiquer sur les soins qu'elles proposent – et le font parfois de manière outrancière –, ce qui est interdit au secteur public ? Son impact sur l'activité des hôpitaux n'est pas négligeable.

M. Daniel Chasseing. – Il est souvent difficile, à partir d'un certain âge, d'aller aux urgences pour être hospitalisé. Ceux qui n'ont pas confiance en les CH sont accueillis en clinique, où l'on obtient rendez-vous beaucoup plus facilement qu'au CHU. J'espère que le nombre de médecins en formation va croître. Il faudra mieux considérer les maîtres de stages. Pourquoi les cliniques ne feraient-elles pas partie des GHT pour accueillir des internes ? Elles pourraient avoir des médecins salariés détachés, comme les hôpitaux.

M. Jean Sol. – Vous constatez une baisse d'activité en 2017. Quelle part de cette baisse est due au virage ambulatoire ? Quelle part représente la prise en charge des personnes âgées ? Pourquoi n'évoquez-vous pas le coût de l'intérim, médical comme paramédical, ni les pistes relatives à la pertinence des actes.

M. Denis Morin. – Contrairement à vous, qui tenez – fort légitimement – à faire ressortir la situation spécifique de vos territoires, nous cherchons, à partir des données collectées, à fournir une information synthétique, une description moyenne – mais pas médiocre, espérons-le ! Nous savons bien, pour autant, que chaque territoire a sa logique propre, et qu'il faut se garder de plaquer, depuis Paris, des modèles préfabriqués. Nous recommandons de laisser, autant que possible, les acteurs de terrain s'organiser, en leur offrant de vrais degrés de liberté. Vos remarques et questions reflètent l'hétérogénéité des CHU et de notre système de santé. La Cour n'a pas encore procédé à l'analyse du plan santé 2022. Comme l'a dit devant vous notre Premier président, la Cour ne commente pas les annonces. Mais nous travaillerons sur leur mise en œuvre. Nous évaluerons les GHT, les CPTS et les hôpitaux de proximité le moment venu.

Beaucoup des sujets évoqués par Mme Jasmin se retrouvent dans d'autres CHU et CH, voire dans des cliniques privées. Ainsi, du fait que les surcoûts occasionnés par un service déséquilibrent le budget de tout un CHU, qu'on observe aussi dans nombre de gros CH. Dans la qualité de la prise en charge du patient, le suivi de son dossier médical ou la lutte contre les maladies nosocomiales, il n'y a pas de spécificité des CHU, qui ne doivent pas être traités différemment des autres structures hospitalières : ils doivent se soumettre aux contraintes de la simplification, qui ont des coûts mais permettent aussi de dégager des économies.

Plus qu'aux grandes réformes, je crois aux vertus de la bonne gestion quotidienne, qui permet de dégager des ressources pour investir. Sinon, il faut avoir recours à l'argent du contribuable. Déjà, les deux plans de 2007 et 2012 ont représenté un investissement de 65 milliards d'euros d'argent public dans le secteur hospitalier. Résultat : nombre d'établissements de taille moyenne ont été modernisés et sont devenus exemplaires. Un tel investissement, que d'aucuns ont jugé excessif, était certainement nécessaire.

M. Christophe Strassel, conseiller maître. – Nous sommes allés à Marseille pendant plusieurs jours, et nous avons constaté une grande hétérogénéité entre l'hôpital Nord d'un côté et les pépites dans le monde de la recherche qu'on trouve au CHU. On ne peut pas réduire la situation de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) à la paupérisation – réelle – de certains services, dont les locaux ne sont plus au niveau. Les marges de manœuvre existent : l'AP-HM n'est pas la mieux placée dans les indicateurs de productivité, ni dans ceux relatifs à la pertinence de la politique de sous-traitance et d'achats externes. La régulation des charges est possible même dans un environnement dégradé. Il faut utiliser les marges de manœuvre pour retrouver la possibilité d'investir dans la rénovation des locaux.

M. Denis Morin. – Nous ne nous sommes pas rendus en outre-mer, mais vos propos reflètent aussi l'hétérogénéité que nous évoquions, et la spécificité des CHU ultramarins. Entre 2013 et 2017, le comité interministériel de la performance et de la modernisation des établissements hospitaliers (Copermo) a distribué 1,2 milliard d'euros d'aide publique, dont 869 millions d'euros pour les CHU. Sur cette dernière somme, 85 % sont allés dans les Antilles. Ce centrage spectaculaire montre bien que le ministère a conscience des difficultés spécifiques. Vous avez parlé des CHU comme d'amortisseurs sociaux – on pourrait en dire autant de nombreux services publics outre-mer...

Les questions de Mme Cohen étaient très pertinentes...

M. Alain Milon, président. – Comme toujours !

M. Denis Morin. – Je n'ai mentionné les maternités de niveau 3 que pour citer un exemple, à propos des réseaux de prise en charge de la périnatalité. La diversité des prises en charge de l'accouchement est une bonne chose, de la survie d'un bébé prématuré aux maisons de naissance prévues pour l'accouchement physiologique, mais en-deçà de 300 actes par an, un établissement devient dangereux et doit être fermé.

Nous nous sommes aussi interrogés sur les conséquences de la suppression du numerus clausus. Plusieurs doyens nous ont dit que des problèmes de capacité se posaient déjà, depuis les derniers relèvements de ce quota. Le rapport montre que le numerus clausus générerait de fortes inégalités dans l'accès aux études médicales. Nous verrons si et comment sa suppression rétablira l'égalité d'accès.

M. Christophe Strassel. – Cette suppression ne règlera pas le problème d'un coup de baguette magique. Pour cela, il faudra des investissements. Actuellement, il y a 31 places pour 100 000 habitants en Limousin, contre 15,6 en Bretagne. Et il faudra aussi prendre en compte la capacité d'accueil des universités et des CHU, pour les internes. Quant à l'encadrement, il y a 5,29 étudiants par enseignant à Paris 5 contre 15 à Lille 2. La suppression du numerus clausus n'y changera rien.

M. Denis Morin. – Notre idée de départ était que l'instauration de réseaux de CHU dégagerait des têtes de réseaux et aboutirait à la suppression, par attrition progressive, de certains sites. Nous avons évolué et estimons désormais qu'il faudra laisser aux territoires la capacité de s'organiser. D'ailleurs, contrairement à ce que nous pensions, la coopération entre CHU devrait maintenir en activité les sites les plus fragilisés – comme ce fut le cas pour les CH au sein des GHT.

Je suis heureux que la tour de Caen soit enfin remplacée, et que vous construisiez aussi une nouvelle faculté – sans préjudice des coopérations entre Caen et Rouen.

Sans GHT, nous assisterons à la fermeture progressive des plateaux techniques de taille insuffisante. La coopération permet de maintenir une présence en faisant des GHT le lieu de la mutualisation et de l'organisation de consultations avancées dans les territoires. Même remarque sur les CHU : l'alternative à la mise en place de réseaux est l'attrition progressive de certains sites – telle qu'on la connaît déjà depuis vingt ans – et leur suppression.

L'approche fine de la gestion des établissements hospitaliers relève du Copermo, qu'il s'agisse de leur performance, de leur équilibre budgétaire ou des grands projets d'investissement, qui font l'objet, au-delà de 100 millions d'euros, d'une expertise et d'une contre-expertise.

Oui, les financements sont en tuyau d'orgue, ce qui freine les coopérations. La réforme annoncée dans le plan santé 2022 semble prometteuse, notamment le financement au parcours. Pour décloisonner, la signature de conventions précisant les relations financières entre les acteurs est aussi un outil utile. La réforme de la tarification devrait lever certains obstacles.

Le secteur privé représente près de 40 % de la prise en charge médicale, mais il est globalement méconnu par les ministères et les ARS. Le régulateur ne l'appréhende qu'à travers la discussion annuelle sur les tarifs, toujours conflictuelle, avec la fédération des cliniques et hôpitaux privés de France. Grâce à l'extension de compétences que le législateur nous a donnée, nous pourrions apporter des éléments d'information précis sur le fonctionnement de ce secteur. Nous avons prévu un référentiel pour donner à la ministre les premières conclusions des seize contrôles auxquels nous avons procédé. En tous cas, passer d'une situation concurrentielle à une situation de coopération n'est pas facile.

La prise en charge des personnes âgées dans les CHU souffre d'un effet d'éviction, qui ne résulte pas, toutefois, d'une politique d'adressage systématique. Les CHU évitent ces prises en charge pour ne pas alourdir leurs coûts, et laissent ces personnes aux CH, ce qui pose quelques problèmes. La médicalisation des Ehpad est encore devant nous...

Faire entrer les cliniques dans les GHT est possible. Déjà, certains blocs opératoires fonctionnent en partenariat public-privé, mais c'est encore rare.

Nous n'avons pas établi que l'évolution comparée des soins de villes et de ceux dispensés à l'hôpital traduit la mise en œuvre du virage ambulatoire. La prise en charge ambulatoire à l'hôpital est plutôt une source de réduction des dépenses pour l'ensemble du système. Le virage ambulatoire a été bien pris en chirurgie, même dans les CHU. Carton rouge, en revanche, pour la médecine ambulatoire. Quant à la bascule de l'ensemble du système de l'hôpital vers la ville, elle tarde à se faire sentir, malgré quelques annonces. Un prochain rapport sur les urgences montrera même que le flux des entrées continue à s'y accroître.

M. Alain Milon, président. – *Chez nous, la moyenne n'est pas synonyme de médiocrité mais de qualité ! Ce rapport est excellent, et je propose à la commission que nous le publiions – ce qui ne manquera pas de nous exposer à de nombreuses questions !*

M. René-Paul Savary. – *Je m'abstiendrai, car je suis très réservé. La mise en place de réseaux fera nécessairement émerger des têtes de réseau. On le voit bien dans les GHT, où c'est le directeur du CHU qui prend les commandes : il faut être prudent.*

M. Didier Morin. – *Je ne suis pas certain que les directeurs généraux de CHU prennent le pouvoir dans leurs GHT. On observe aussi l'inverse : le poids des CHU d'Annecy et de Chambéry est tel que Grenoble et Lyon trouvent qu'ils se prennent pour les rois !*

La commission autorise la publication du second volet de l'enquête ainsi que le compte rendu de la présente réunion.

**Audition de Mme Catherine Geindre,
présidente de la Conférence des directeurs généraux de CHU
sur le rapport « Le CHU de demain »**

Réunie le mercredi 23 janvier 2019, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de Mme Catherine Geindre, présidente de la Conférence des directeurs généraux de CHU sur le rapport « Le CHU de demain ».

M. Alain Milon, président. – Nous accueillons ce matin Mme Catherine Geindre, présidente de la conférence des directeurs généraux de CHU pour la présentation du rapport demandé par le Gouvernement sur « Le CHU de demain ».

Mme Geindre, que j'ai plaisir à retrouver pour cette audition, est accompagnée de Mme Véronique Anatole-Touzet, vice-présidente de la conférence, directrice générale du CHU de Rennes, de M. Philippe Vigouroux, vice-président, directeur général du CHU de Bordeaux et de M. Frédéric Boiron, vice-président, directeur général du CHRU de Lille.

Notre commission a demandé à la Cour des comptes une enquête sur le rôle des CHU dans le système de santé. Cette enquête a été remise en deux volets. Le premier, en janvier 2018, est consacré au rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale. Le second, remis en décembre dernier, quelques jours avant le vôtre, porte sur l'organisation des soins.

Les propositions des rapports convergent assez largement pour ce qui concerne la recherche et la nécessité d'une coopération accrue entre les CHU et l'université. Elles sont en revanche assez différentes sur la place des CHU dans l'organisation des soins et je m'interroge plus particulièrement sur deux d'entre elles qui sont le fait d'ajouter aux missions actuelles des CHU une mission de prévention et leur intervention dans la labellisation des structures de soins de ville. J'aimerais que vous reveniez plus particulièrement sur ces propositions.

Mme Catherine Geindre, présidente de la conférence des directeurs généraux de CHU. – Je vous remercie pour votre invitation et pour l'intérêt que vous portez à notre rapport sur le CHU de demain.

Je suis accompagnée de trois des quatre vice-présidents de la conférence des directeurs généraux de CHU que je préside aujourd'hui. Permettez-moi de vous dire comment nous avons travaillé dans le cadre de la commande qui nous a été passée et les enseignements que nous en tirons, en écho aux deux rapports que la Cour des comptes vous a remis.

Les CHU viennent de fêter leurs 60 ans. C'est l'âge de la maturité et des bilans, mais c'est aussi l'opportunité de définir les priorités de demain. C'est le sens de la mission confiée conjointement aux six conférences du monde hospitalo-universitaire, à savoir la conférence des présidents d'universités, la conférence des directeurs généraux de CHU, la conférence des présidents de CME-CHU, les conférences des doyens de médecine, de pharmacie et d'odontologie, par la ministre de la solidarité et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Cet exercice conjoint était totalement inédit : tout en tenant compte de sensibilités et des prismes différents, il nous a permis de partager le constat qu'il ne fallait pas remettre en cause le modèle des CHU, mais l'adapter. En effet, les ordonnances de 1958 ont posé les bases d'un hôpital universitaire qui a transformé la santé en France et fait rentrer la médecine française dans l'ère moderne. Ce modèle a incontestablement, en introduisant l'enseignement et la recherche dans l'enceinte de l'hôpital, permis d'améliorer considérablement le service rendu à la population en faisant évoluer la médecine française vers l'excellence. Les CHU demeurent aujourd'hui des lieux d'expertise et de référence, un creuset de formation, des locomotives de recherche et d'innovation, des animateurs de la coordination territoriale au sein de leur région d'attraction. Les CHU sont souvent les premiers employeurs de la région, les premiers acteurs économiques, les premiers offreurs de soins, parfois d'importants propriétaires immobiliers, et donc des acteurs incontournables de la vie de la cité et de la métropole.

Ce modèle a été suffisamment robuste pour absorber les évolutions majeures qui ont percuté le monde de la santé depuis plusieurs décennies et auxquelles les CHU n'ont pas échappé : ainsi en est-il des besoins de santé qui ont très fortement évolué depuis la guerre ; des évolutions, voire des révolutions technologiques et scientifiques qui ont profondément modifié les modes de prise en charge et augmenté les besoins de financements structurels dans un contexte macro-économique de plus en plus contraint ; des évolutions sociales et sociétales très profondes, qui font évoluer le niveau d'exigence et d'acceptabilité entre les contraintes des missions de service public, les aspirations à un équilibre entre vie personnelle et professionnelle, mais aussi les besoins et les attentes spécifiques des patients.

De nombreuses réformes sont venues modifier l'organisation de l'hôpital, son environnement, sa gouvernance, son financement, les relations territoriales, sans modifier ni le rôle de pivot du système de santé, ni les missions spécifiques qui sont confiées au CHU, sauf peut-être pour les étendre, sans toujours que les 55 grandes lois qui ont présidé à ces changements aient été marquées par la continuité et la cohérence

Ces évolutions ont nécessité une capacité d'adaptation majeure, avec un sentiment de pression toujours plus forte. Elles ont provoqué une crise de valeurs, d'identité, une forme de désenchantement des professionnels, illustrant ainsi la place de l'hôpital public en tant que miroir de la société, de ses richesses mais aussi de ses limites. Les valeurs qui le sous-tendent sont le reflet de celles qui fondent notre pacte social : humanisme, égalité, solidarité. Ces valeurs sont percutées par des contraintes de performance parfois incompatibles avec cet idéal.

Les CHU n'ont pas échappé à ces contradictions ni aux tensions qu'elles ont générées.

Le CHU constitue un modèle d'excellence qui a fait ses preuves, un lieu d'expertise, de savoir-faire, d'apprentissage, mais qui aujourd'hui présente des zones de fragilité qui ont été relevées dans les deux rapports de la Cour des Comptes. Ce modèle doit donc s'adapter pour maintenir cette exigence d'excellence en anticipant les enjeux de demain.

Les propositions du rapport sont construites autour de cinq axes thématiques, dont je vais maintenant développer les principales idées.

Le premier axe, indispensable pour faire évoluer favorablement le modèle, propose de renforcer le U du CHU en confortant les liens entre l'hôpital et l'enseignement supérieur. Il convient de favoriser les synergies, notamment par une représentation croisée des gouvernances entre les CHU et l'université pour garantir la cohérence stratégique hospitalo-universitaire.

Le deuxième axe, au cœur de la stratégie de transformation du système de santé, pose le principe d'une responsabilité territoriale conjointe entre le CHU et l'université. Le CHU doit être le pivot de son territoire, il doit continuer à investir sa mission de soins de proximité en lien avec les autres acteurs y compris le médico-social ; il doit assurer les soins de recours, développer l'innovation, diffuser les bonnes pratiques, participer avec l'université à l'organisation de la formation des professionnels sur le territoire, et s'inclure dans une organisation de la recherche en santé.

Loin d'être une fragilité, contrairement à ce que dit la Cour des comptes, cette coexistence de missions de soins de proximité et de recours, de formation et de recherche au lit du patient ou autour de plateaux techniques très innovants, tirent les CHU vers l'excellence tout en assurant dans les métropoles dans lesquelles ils sont implantés, de manière quasi-exclusive, la permanence des soins dans toutes les spécialités.

Les CHU devront être les moteurs d'une indispensable transformation systémique pour redonner du sens aux politiques publiques en organisant une réponse globale, incluant la prévention, à partir des besoins des patients, sur des logiques de parcours de santé autour de quatre niveaux de gradation.

Cette nécessaire compétence d'organisation territoriale des soins, soulignée par la Cour des comptes, nécessite une structuration en réseau des CHU, régionale ou inter-régionale, privilégiant la complémentarité, sur un mode résolument collaboratif, adapté aux spécificités des territoires et des régions concernés. Nous sommes tous les quatre des directeurs généraux avec une certaine expérience : nous estimons nécessaire une certaine liberté d'adaptation des territoires et des régimes.

Le troisième axe, celui des ressources humaines, propose de rénover l'exercice et les carrières en CHU pour répondre aux défis de l'attractivité, redonner confiance aux professionnels et développer une synergie des attentions en prenant soin des professionnels pour prendre soin des patients.

Le quatrième axe est consacré aux enjeux de la transformation des études de santé et promeut une responsabilité conjointe entre l'université et le CHU dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique territoriale de formation en intégrant de nouveaux besoins, de nouveaux outils, de nouveaux lieux et de nouveaux modes d'exercice.

Le cinquième axe affirme le rôle moteur des CHU et des universités dans le développement de l'innovation et de la recherche biomédicale mondiale. Il propose de réorganiser la recherche et de développer l'innovation à partir de stratégies partagées, tant au niveau de chaque site universitaire qu'au niveau inter-régional, sous l'égide d'une gouvernance nationale revisitée.

S'agissant enfin des problèmes de financement, nous partageons l'analyse de la Cour des comptes sur l'insuffisance d'autofinancement et la décroissance des investissements qui en découle au sein des CHU. Le rapport ne consacre pas un chapitre spécifique à cette question, mais il souligne la nécessité de financer à leur juste niveau les missions spécifiques des CHU et en particulier l'ultra recours et les prises en charge complexes, et il renouvèle la proposition faite il y a deux ans aux assises hospitalo-universitaires de Toulouse, de sanctuariser une enveloppe dédiée à la recherche et à l'innovation, financée par l'assurance maladie hors Ondam.

Voici donc quels sont les principaux constats et propositions que nous formulons conjointement. De cette expérience commune, nous conservons la fierté d'avoir démontré la capacité collective de nos conférences à poser les bases d'une stratégie commune pour le CHU de demain, la volonté partagée de poursuivre nos réflexions, et d'avoir amorcé ce travail ensemble qui ne doit être que le point de départ d'une démarche consolidée et approfondie, élargie dorénavant à d'autres acteurs conformément aux annonces faites par les deux ministres, lors de la remise de ce rapport à l'occasion des assises de Poitiers.

Je terminerai par cet aphorisme d'Henry Ford en 1934 : « Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite ».

Mme Catherine Deroche. – *Je vous félicite pour la qualité de votre rapport. Sur la forme, un glossaire n'aurait pas été inutile, du fait de la profusion des acronymes.*

Je m'inquiète des obstacles au rôle territorial des CHU que vous relevez dans ce rapport : lourdeur des groupements hospitaliers de territoires (GHT), absence de coordination des projets médicaux avec la médecine de ville. Vous dressez le constat d'une dilution des responsabilités sur le territoire. La mise en place des GHT a-t-elle eu un impact sur l'organisation territoriale des soins ? Le positionnement des CHU en leur sein vous paraît-il adapté ? La prochaine loi santé devra-t-elle revenir sur ces points ? Quelles coopérations existent par ailleurs avec le secteur privé ?

Vous relevez l'insuffisance des connexions avec les acteurs des villes. Quels sont les principaux obstacles ? Qu'attendez-vous du développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou de la réforme du statut de praticien hospitalier ?

La Cour des comptes a préconisé la structuration des CHU en réseau, au grand dam de notre collègue Savary, mais vous êtes sur la même ligne. Comment envisagez-vous ces réseaux pour éviter de créer une strate supplémentaire ?

La Cour des comptes a également noté le retrait de certains CHU dans le domaine de la gestion de la qualité. Lors du PLFSS, nous avons vu que l'expérience des patients avait vocation à prendre une part de plus en plus importante dans le financement des établissements de santé. Comment les CHU prennent-ils en compte cet enjeu et quels sont les freins ? La Cour propose une évaluation coordonnée par la Haute Autorité de santé (HAS) et par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) : qu'en pensez-vous ?

Enfin, vous avez évoqué la sanctuarisation de l'enveloppe dédié à la recherche et à l'innovation. Les critères d'allocation des dotations Merri (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) doivent-ils être modifiés ?

Mme Brigitte Micouveau. – En tant que sénatrice de la Haute-Garonne, je suis particulièrement attentive à la situation du CHU de Toulouse, avec ses sites de Purpan et de Rangueil qui se trouvent dans une situation paradoxale : en août 2018, Le Point a classé le CHU de Toulouse comme meilleur hôpital de France et pourtant il subit la profonde crise que traverse l'hôpital public : manque de moyens, personnel débordé, divers dysfonctionnements internes...

L'axe trois du rapport affirme la place des acteurs de santé et le sens de leur métier. Quelles est votre vision stratégique sur les réelles avancées qui permettraient de renforcer l'innovation en santé pour repenser les métiers de l'hôpital ? Comment pallier le manque de personnel et de matériel adapté ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Merci pour ce rapport.

Dans le Pas-de-Calais, nous manquons cruellement de professionnels de santé.

Le CHU n'a pas assez de moyens ni de formateurs. Que préconisez-vous pour former plus de médecins ? Pensez-vous qu'augmenter le nombre de postes au concours résoudra le problème ?

Les écarts se creusent entre les 30 CHU : quelles solutions pour y remédier ?

Vous préconisez d'instaurer un nouveau modèle de financement avec le déplaçonnement de l'enveloppe des actes d'activité hors nomenclature. Quelle est l'utilité d'une telle proposition ? Les dépassements d'honoraires ne risquent-ils pas de se multiplier ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Votre rapport préconise la restructuration totale des GHT et des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST).

Le département de la Sarthe n'a pas de CHU, d'où une perte d'attractivité de ce territoire auprès des professionnels de santé. Comment la restructuration que vous prévoyez permettra-t-elle de rendre ces territoires plus attractifs ? L'IGAS faisait mention de divers facteurs négatifs, comme un temps de trajet supérieur à 45 minutes entre établissements fusionnés, des bassins de vie trop différents, la mauvaise santé financière d'un établissement, l'absence de complémentarité des activités, l'opposition du corps médical...

La cohabitation avec les établissements de santé privés est difficile.

La création d'EPST n'est-elle pas motivée par la volonté de réaliser des économies ? Le patient n'en sera-t-il pas pénalisé ?

Mme Martine Berthet. – Dans l'attente que la suppression du numerus clausus porte ses fruits, que préconisez-vous ? Dans les zones frontalières, on note une fuite des professionnels de santé vers des établissements étrangers. En outre, la pénurie d'urgentistes est de plus en plus problématique, notamment dans les territoires de montagne.

Mme Véronique Anatole-Touzet, vice-présidente de la conférence, directrice générale du CHU de Rennes. – Diverses questions ont trait au rôle des CHU dans les territoires. Vous avez souligné les problématiques liées à la mise en place des GHT et à la démographie médicale.

Notre rapport rappelle que la réforme des GHT et l'implication des CHU dans cette mise en place a permis des avancées notables, grâce à une stratégie d'alliances renforcées entre les CHU et les établissements de leur territoire de proximité infra-régionale. Nous avons mis en place un véritable projet médical et de soins partagés. Il a fallu dresser un diagnostic de la carence et des difficultés d'accès aux soins afin de présenter des propositions pour mieux organiser les filières de soins dans les territoires, définir des actions concrètes pour fidéliser davantage de médecins dans les centres hospitaliers de proximité et mieux organiser le parcours gradué des patients.

En Ile-et-Vilaine, nous comptons dix établissements : nous avons déployé 57 postes de praticiens en temps partagé à la fois sur le territoire de proximité mais aussi sur les autres établissements comme Vannes, Lorient, Saint-Malo, ce qui permet de fidéliser des médecins spécialistes de qualité dans les territoires.

La coopération avec le secteur privé existe : les CHU se sont impliqués pour mieux travailler avec la médecine de ville et les établissements privés, grâce aux conventions de coopération ou des groupements de coopération sanitaire avec les établissements privés à but non lucratif notamment. Mais Rennes a aussi conclu des coopérations avec des établissements à but lucratif, notamment pour les urgences. Cela dit, nos missions restent de nature différente même si les cliniques contribuent aux missions de proximité, surtout dans les métropoles.

Nous avons des missions particulières liées à nos activités de recours, aux spécificités de l'ultra-spécialisation de nos services et à notre rôle de formation, d'innovation et de recherche. Nous devons continuer à renforcer ces liens et ces coopérations en organisant les filières de soin en lien avec nos partenaires de ville et les établissements privés. En outre, nous sommes souvent le premier et le seul recours en matière de permanence des soins.

La mise en place des CPTS sera un atout considérable pour le système de santé afin de contourner la multiplicité des interlocuteurs. Nous dialoguerons avec un interlocuteur privilégié, représentatif de l'ensemble des médecins et paramédicaux de ville dans un territoire de 20 à 100 000 habitants. Ainsi, nous répondrons mieux aux enjeux sanitaires sur les territoires.

Les réseaux de CHU sont un enjeu fondamental. Nous avons mis en place des coopérations entre CHU à l'échelle des régions ou des inter-régions. Dans le Grand-Ouest, nous avons créé un groupement nommé HUGO, qui a été cité par la Cour des comptes. À Lyon, à Lille, à Bordeaux, il existe déjà des coopérations entre CHU, même si les modèles sont différents d'un territoire à l'autre, ce qui est bien normal puisque la situation n'est pas la même à Rennes, à Lyon, à Lille ou à Bordeaux. Nous souhaitons rendre ces réseaux de CHU obligatoires afin de renforcer les complémentarités, avec des compétences socle confiées à ces réseaux : ainsi en serait-il de la coordination sur les activités de recours comme la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les greffes, mais aussi la formation et la recherche.

Mme Catherine Geindre. – Ces réseaux vont permettre de mettre en commun nos forces entre CHU pour toutes les spécialités sous tension. Dans la région Rhône-Alpes, il va y avoir une mise en commun de nos capacités de formation pour répondre aux tensions démographiques.

Mme Véronique Anatole-Touzet. – Vous vous demandez comment les CHU peuvent concilier leurs rôles intra et inter-régional. Ces deux missions sont nécessaires : au niveau territorial, le CHU doit fidéliser les professionnels, notamment sur les territoires fragiles, mais aussi à un niveau plus large du fait de son rôle de recours et de formation. En outre, de nombreux CHU jouent un rôle international. Les réseaux de CHU sont une réponse à la proposition d'une éventuelle suppression de CHU. Pour nous, même les petits CHU jouent un rôle en matière de formation et les réseaux de CHU permettront de mieux organiser la réponse hospitalo-universitaire car un certain nombre de petits CHU ne peuvent y parvenir à eux seuls.

Nous avons été sollicités par l'hôpital de Laval pour soutenir le nord Mayenne : une des réponses réside dans la structuration de réseaux de CHU. Ainsi, nous apportons une solution aux CHU d'Angers et de Nantes. Même le CHU de Rennes, qui n'est pas dans la région Pays-de-Loire, est sollicité compte tenu de la difficulté pour le CHU d'Angers d'assurer un soutien. En structurant cette complémentarité, nous répondrons aux enjeux majeurs de pénurie médicale dans un certain nombre de spécialités.

Mme Catherine Geindre. – D'où l'importance de conforter les collaborations entre les établissements membres du GHT et leur CHU de rattachement. La gestion prévisionnelle des emplois se construit à cette occasion.

M. Philippe Vigouroux, vice-président, directeur général du CHU de Bordeaux. – Nous demandons la sanctuarisation de l'enveloppe budgétaire consacrée à la recherche et à l'innovation.

La recherche en santé se déploie depuis les ordinateurs des universités ou les paillasses des instituts de recherche comme le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'Institut national de recherche en informatique et en automatique (Inria) jusqu'aux lits des malades, dans ce qu'on appelle la recherche clinique. Actuellement, on met beaucoup en valeur le translationnel, c'est-à-dire ce dialogue fécond entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Les CHU sont impliqués dans les différents types de recherche, mais surtout en matière de recherche clinique, ce qui permet de penser les médicaments, les dispositifs médicaux et les pratiques de demain.

Dans ce progrès en marche, les CHU ont un rôle majeur et la recherche clinique implique que soient revus les critères d'allocation des crédits. Le mode de financement de la recherche clinique au lit du malade n'est pas de nature à favoriser son développement : nous constatons une baisse des financements au fil des ans, notamment pour les CHU. Pour financer les missions enseignement-recherche-innovation, une enveloppe nationale est fixée annuellement. Celle-ci n'évolue pas, si ce n'est ponctuellement à la baisse, alors qu'elle est partagée entre un nombre croissant d'établissements : CHU, mais aussi centres de lutte contre le cancer, centres hospitaliers - acteurs apparus assez récemment dans le domaine de la recherche et que nous aidons car c'est un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins. La recherche des CHU est financée par une part fixe et une part modulable. La part fixe est devenue modulable : alors même qu'il faut un financement stable pour structurer la recherche

et organiser l'aide aux chercheurs, cette enveloppe tend à se réduire. Dans un CHU comme Bordeaux, 300 personnes, sur les 14 000 ETP, sont au service quotidien des chercheurs cliniciens pour les aider à développer leurs travaux. Le montant de l'enveloppe est fixé en fonction de nombreux indicateurs : publications dans les revues internationales de rang A ou de rang B, nombre de patients associés aux recherches cliniques, obligation du CHU en matière d'enseignement, etc. Or l'enveloppe globale est fixe ou en diminution et partagée entre un nombre croissant d'acteurs. Parmi ceux-ci, ce sont les CHU qui ont le plus perdu depuis cinq ans, alors qu'ils publient de plus en plus, qu'ils incluent de plus en plus de patients et que leur recherche est très dynamique. Il convient de revoir les critères d'allocation, avec une part fixe, un nombre d'indicateurs réduit, car cette multiplicité nuit à la clarté des critères de financement, et un meilleur contrôle au niveau central. A l'heure actuelle, en effet, des établissements privés à but lucratif se regroupent de façon totalement artificielle pour demander des financements pour des recherches inexistantes. Ils les obtiennent car ils embauchent des médecins hospitaliers publics qui viennent de partir en retraite ce qui permet à ces établissements de tirer le bénéfice des dernières publications de ces jeunes retraités. En échange, ces établissements leur reversent une part des financements obtenus... Nous nous en sommes émus auprès du ministère de la santé, car il s'agit d'un détournement du financement de la recherche.

Un mot sur le financement de l'innovation, qui est une mission essentielle des CHU. Les grandes inventions de demain s'y font et les premières expérimentations de méthodes éprouvées scientifiquement s'y déploient. Ainsi, en 2015, cinq publications internationales ont montré qu'en cas d'accident vasculaire cérébral thrombotique, une alternative à la méthode habituelle – envoi par voie veineuse d'un produit pour dissoudre le caillot – pouvait être utilisée : un cathéter guidé jusque dans le cerveau pour aspirer ou broyer le thrombus ; instantanément, le patient retrouve ses fonctionnalités si le geste est réalisé dans les sept ou huit heures qui suivent le malaise. Avant 2015, ces malades étaient durablement hémiplésiques ou aphasiques. Cette thrombectomie est un réel progrès, mais a coûté à mon CHU un million d'euros en 2015, car l'assurance maladie n'a pas pris en charge ce nouvel acte, puisqu'il n'existait pas de tarif. Même chose en 2016 alors que nous sommes passés à 250 interventions cette année-là ; et en 2017. Enfin, en avril 2018, le tarif a été publié. À compter de cette date, les grands centres hospitaliers et privés se sont mis à faire des thrombectomies. Désormais, tout citoyen a accès à une technique extraordinaire qui a été financée par les CHU sur leurs propres fonds. Je pourrais multiplier les exemples d'innovations qui ne sont pas remboursées pendant des délais assez longs par l'assurance maladie. Il faudrait qu'un mécanisme de financement transitoire des innovations soit mis en place. La loi devrait reconnaître le rôle des CHU en matière d'innovation et prévoir des mécanismes de financement dès lors que des publications scientifiques attestent la validité de ces nouvelles techniques. En outre, derrière ces innovations émergent de nouveaux métiers ; les CHU sont les premiers à former ces personnes. Je pense ainsi aux conseillers en génétique qui interviennent auprès des patients atteints de cancers ou de maladies rares. Nous avons également de plus en plus souvent recours à des plateaux de génomique pour analyser le génome et affiner les traitements. Encore faut-il qu'il y ait des conseillers en génétique, des ingénieurs en data-science pour traiter les bases de données.

Comme nous dirigeons des services publics, nous devons mettre à disposition des patients le plus vite possible les grandes innovations. Encore faut-il prévoir leur financement.

M. Frédéric Boiron, vice-président, directeur général du CHU de Lille. – *J'ai plaisir également à vous retrouver après nos aventures dans les communautés hospitalières de territoire dans l'Oise notamment.*

Nos métiers nous permettent d'exercer dans plusieurs types d'établissements et plusieurs régions. Vous connaissez l'intérêt de l'approche locale. Nous devons pouvoir adapter au plus près du terrain les grandes politiques nationales. Nous sommes engagés dans le service public : nous devons mettre en œuvre la politique nationale mais nous devons aussi gérer des établissements qui ont un ancrage local.

Vous nous avez interrogés sur les ressources humaines : les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les soignants, les personnels hospitaliers ont, comme nous tous, une vie personnelle et ils sont de plus en plus attirés par les grands centres urbains. Les praticiens et les soignants qui travaillent dans d'autres établissements à distance du CHU résident dans la métropole. Bien souvent, le lien avec le CHU est un des éléments d'attractivité. Nous devons donc adapter notre organisation à cette réalité et c'est ce que nous faisons avec les réseaux de CHU.

Ainsi, le CHU que je dirigeais avait les missions de soins mais n'avait pas toujours la possibilité de conserver un enseignant hospitalo-universitaire dans une spécialité. Dans ce cas, il convient de trouver un partenariat avec un autre CHU.

M. Alain Milon, président. – *Quand il s'agit d'un partenariat entre Lyon et Saint-Etienne, cela va, mais c'est sans doute plus compliqué entre Toulouse et Montpellier, plus éloignés...*

M. Frédéric Boiron. – *En effet, c'est plus ou moins facile selon les territoires. C'est justement pour cela qu'il faut tenir compte des spécificités territoriales et des cultures. En même temps, on peut organiser en inter-CHU des politiques de recrutement des hospitalo-universitaires, en développant une gestion pluriannuelle des emplois et des compétences. On peut le faire au niveau des GHT. La dernière réforme de la santé a rendu la coopération au sein de GHT obligatoire. Nous prôtons la même chose avec les réseaux de CHU. Il faut que le législateur précise les obligations et laisse ensuite les acteurs s'organiser localement. Les GHT doivent mener des politiques de recrutement coordonnées. Les CHU doivent aussi pouvoir le faire, non dans une logique hégémonique mais en partenariat, dans la zone dont ils ont la responsabilité vis-à-vis des GHT, souvent la subdivision. Les politiques de recrutement et d'attractivité ne doivent plus être isolées. Elles doivent être coordonnées entre les établissements et réalisées en lien avec le grand établissement de la zone. Un de nos souhaits est que l'on précise dans les textes que les politiques de recrutement médical ne doivent plus être traitées localement, sinon on prend un risque relatif au niveau des compétences et un risque de surenchère salariale. Dans la santé, il y a aussi un mercato !*

Vous évoquiez les régions frontalières. Il faut aussi parler des différences entre le public et le privé. Le public dispose de trop peu d'outils pour répondre aux aspirations de rémunération des jeunes praticiens. Il y a une demande forte de meilleures conditions de travail, d'un temps consacré à la recherche accru et d'une meilleure rémunération.

On constate une grande diversité des pratiques. La santé est aussi un marché. Répondre à ces attentes constitue un enjeu pour maintenir les équipes médicales. Il y a des pratiques de débauchages, même si l'argent n'est pas le seul sujet : il faut prendre en compte aussi le management, le fonctionnement des équipes, l'association à la recherche, le hiatus entre les hospitalo-universitaires et les hospitaliers. Nous faisons des propositions pour renforcer l'attractivité, renforcer la reconnaissance de l'implication en enseignement et en recherche des médecins qui ne sont pas hospitalo-universitaires. Nous croyons aussi au CHU hors les murs : le CHU n'est pas un bastion ; il doit pouvoir délivrer des labels, valider des compétences. On pourrait intéresser des médecins d'établissements non universitaires à une coopération plus forte avec le CHU.

Il importe aussi que le statut de praticien hospitalier évolue pour donner des marges d'adaptation localement, de manière encadrée, avec des règles de décision et d'évaluation collégiales, pour pouvoir ajuster les conditions d'exercice à partir d'un socle statutaire commun, pour les métiers en tension. Par exemple, au CHU de Lille, sur un effectif théorique de 100 postes d'anesthésistes-réanimateurs, 20 postes sont vacants à cause de départs vers des établissements de la région qui ont proposé des rémunérations supérieures. En respectant la loi, le CHU ne peut proposer des salaires plus élevés. Il conviendrait de donner la possibilité aux établissements, sous certaines conditions et avec certaines garanties, d'améliorer la rémunération de certaines spécialités en tension, dans l'intérêt du service public. On peut le faire avec les postes de praticien-clinicien, mais ils vont disparaître.

Enfin, un mot sur la qualité. Les CHU, disons-le, n'ont pas pris le train de la certification en même temps que les hôpitaux généraux ou les cliniques, non par manque d'intérêt mais parce qu'ils sont déjà soumis aux critères d'évaluation hospitalo-universitaires : le niveau de référencement médical, la contribution à la recherche ou la qualité de l'enseignement, etc. Les CHU ont désormais pris le train de la qualité. Tous ont désormais un directeur de la qualité. On compte environ 150 ingénieurs qualité dans les CHU de France. Mais on ne peut envisager de la même manière la certification de l'hôpital de Provins, qui compte 400 lits dont 200 aigus, et la certification du CHU de Lille qui compte 3 000 lits, tous aigus. La certification des CHU réclame une approche spécifique : vu leur taille et la complexité de leurs missions, on trouvera toujours des défauts, des facteurs négatifs. L'idéal serait de jumeler les évaluations réalisées par le HCERES et la HAS. Cela renforcerait l'implication des praticiens hospitalo-universitaires, qui portent moins d'attention aux visites HAS.

Mme Catherine Geindre. – Les parcours et les flux sont complexes. C'est souvent dans les interfaces que se posent les problèmes de qualité.

M. Bernard Jomier. – Votre rapport m'a beaucoup intéressé, notamment la partie concernant l'offre de soins qui répond à la Cour des comptes. Cette dernière posait la question de la spécificité des CHU dans l'offre de soins, notamment une hétérogénéité très importante en matière de soins de recours : ils représentent moins de 1 % de l'activité au CHU de Lille, par exemple, quand cinq CHU concentrent la moitié de l'activité de recours sur le territoire. Dans les CHU, le taux de séjours sévères s'élève à 11 % en moyenne, soit moins que dans les hôpitaux, dont le taux s'élève à 13 %. Vous dites que les CHU sont les pivots du système de santé. Je ne le crois pas. Chacun revendique ce rôle : généralistes, hôpitaux de proximité, etc.

Le vrai pivot c'est le patient autour de qui le parcours de soins doit s'organiser. Il n'en demeure pas moins que le CHU est un acteur de premier plan qui a de multiples rôles à jouer. Cette conception qui n'est pas bottom-up vous conduit à considérer les liens avec la médecine de ville comme des « opportunités à saisir », ou à proposer la labellisation des professionnels de santé. Mais votre propos semblait plus nuancé que votre rapport.

Vous n'évoquez pas le rôle des Instituts hospitalo-universitaires (IHU), créés en 2008, qui ont vocation à associer les CHU, les organismes de recherche publics comme l'Inserm, la recherche privée, les patients, et parfois les collectivités territoriales. Les modèles d'IHU varient. Ils ont des résultats différents. Quelle leçon tirez-vous des IHU dix ans après leur création ? Faut-il développer ce modèle ? La place des collectivités territoriales doit-elle être accrue ? A Paris, les collectivités territoriales ne sont représentées que dans l'un des deux IHU présents dans la capitale.

Mme Florence Lassarade. – *Je veux revenir sur le rayonnement du CHU dans sa région. À une époque, les services hospitalo-universitaires étaient décentralisés. Ainsi, autour du CHU de Bordeaux, des villes comme Langon ou Libourne abritaient des services hospitalo-universitaires. Or, à l'heure où les professeurs arrivent en fin de carrière, ces hôpitaux périclitent du fait de l'absence de label CHU. Le statut de praticien partagé serait une solution parfaite pour ces établissements à 30 kilomètres du CHU mais, en fait, on n'arrive pas à partager les praticiens. La gouvernance de ces hôpitaux n'est pas du même niveau que celle des CHU. Anciens hospitalo-universitaires, nous pourrions former des étudiants mais nous sommes confrontés à un marasme dans la gouvernance. Il n'y a plus de complémentarité de territoire. J'ai eu une lueur d'espoir récemment lors d'une visite d'une maternité en voyant des étudiants en médecine pour la première fois depuis longtemps, ce qui laisse espérer qu'ils s'installeront localement après leurs études. Comment appréhendez-vous la question de la formation ?*

M. René-Paul Savary. – *Sur les réseaux de CHU, je suis un peu dubitatif. Les GHT fonctionnent car ils sont à l'échelle d'un territoire ou des bassins de vie. La coopération de CHU en réseaux au sein des grandes régions est plus délicate. La région Grand-Est va de Reims à Strasbourg : comment faire travailler ensemble les deux CHU séparés de 300 kilomètres ? C'est difficile même avec le TGV... C'est pourquoi je suis préoccupé quand je vous entends proposer une obligation de mise en réseau. L'important, c'est la proximité. Les injonctions venant de Paris, cela ne marche pas. Pourtant, on continue à vouloir faire des grands machins ! Mieux vaut coller aux territoires.*

En ce qui concerne le numerus clausus, depuis vingt ans on nous répète qu'on ne peut pas former plus de médecins. Pourtant la Roumanie, pays de 20 millions d'habitants, forme plus de médecins que nous, qui viennent d'ailleurs travailler en France...

M. Milon n'a pas encore parlé de l'investissement immobilier dans les CHU, sujet qui lui est cher. Ne serait-il pas judicieux de reproduire le modèle en vigueur pour les lycées ou les collèges en confiant le financement des investissements qui ne relèvent pas du sanitaire ou du social aux collectivités territoriales ?

Enfin, 80 % de vos activités sont des activités de soins courants ; seuls 20 % sont des soins spécialisés relevant du niveau d'un CHU. De même, la majorité de vos lits relève du médico-social, non des soins lourds. Ne faudrait-il pas séparer tout cela dans la tarification ?

M. Alain Milon, président. – M. Savary fait allusion à un rapport sur le financement des établissements de santé que j'ai rédigé avec M. Jacky Le Menn en 2012.

Mme Véronique Guillotin. – Les champs d'action territoriaux des CHU sont vastes. Je vois d'un bon œil la volonté de faire sortir le CHU de ses murs pour renforcer les territoires, soutenir la politique de ressources humaines. Mais les difficultés de recrutement ne concernent pas que les médecins, elles touchent aussi les infirmiers et les infirmières. Leur formation a été universitarisée. Quel sera le lien entre l'université et les régions pour rendre ces métiers plus attractifs ? Pourquoi ces métiers sont-ils si délaissés ?

Dans certains territoires éloignés des centres de recherche et de formation, le terrain de professionnels de santé est très réduit. On peine ainsi à trouver des médecins maîtres de stage lorsque l'on veut créer des maisons de santé pluri-professionnelles. Les généralistes sont déjà surchargés. Pourquoi ne pas développer le e-learning pour attirer les jeunes dans ces territoires ? Les critères pour les maîtres de stage sont très stricts. L'âge, d'abord. On devrait faire en sorte qu'ils puissent partir de manière progressive et non brutalement pour nous aider à recruter. Il y a aussi le nombre d'actes : au-delà d'un certain nombre d'actes, on ne peut pas être maître de stage. Il importe de réfléchir à ce sujet pour préparer l'avenir.

J'en viens aux zones frontalières. Je suis élue de Meurthe-et-Moselle, dans une région qui cumule toutes les difficultés en termes d'attractivité : il n'y a ni la mer, ni le soleil, ni la montagne. Le concours national classant nous pénalise. La régionalisation du concours d'internat ne serait-elle pas une solution ? En outre, on est à proximité de la Suisse, de l'Allemagne ou du Luxembourg, où les salaires sont beaucoup plus élevés. Le CHU n'a pas les moyens, seul, de résoudre les difficultés. C'est un enjeu territorial. Il convient à l'État de mener des coopérations transfrontalières, d'autoriser éventuellement des dérogations sur les salaires. L'écart salarial est de 40 % avec le Luxembourg. La moitié des infirmières que l'on forme part au Luxembourg. Je ne vois pas comment on pourra faire sans coopération ni moyens accrus. J'ai aussi été alertée sur les tarifs dérisoires des astreintes pour réaliser des thrombectomies au CHU de Nancy. Demain, on risque de manquer de professionnels pour les pratiquer. Enfin, les étudiants ont beaucoup de difficultés à suivre le double cursus médecine-science, dès le deuxième cycle. C'est un enjeu pour la recherche. Quels sont les freins ?

- Présidence de M. Gérard Dériot, vice-président -

Mme Corinne Imbert. – Le rôle fondamental des CHU dans la formation et l'innovation est reconnu et n'est pas contestable. Un mécanisme de financement de l'innovation est nécessaire. Merci pour votre intervention sur les problèmes de ressources humaines et la nécessité d'adapter les critères de la certification des hôpitaux en fonction de leur taille. Chacun est d'accord avec ces préconisations de bon sens.

Je partage aussi l'inquiétude de M. Savary sur la création de « gros machins » et l'exigence de proximité. J'ai du mal à comprendre l'axe 2 intitulé du rapport intitulé « CHU et universités, co-animateurs de la santé dans les territoires ». Je trouve cette partie un peu trop conceptuelle. Vous évoquez de nouvelles relations avec la médecine de ville, les autres acteurs de la santé et du médico-social. Si c'est pour mettre le patient au cœur, anticiper la sortie d'un hôpital situé à 200 kilomètres, c'est bien. Si c'est pour contraindre davantage les professionnels de santé qui ont déjà la tête dans le guidon dans les territoires ruraux, je ne sais pas si la proposition est pertinente. Pourriez-vous nous expliquer votre proposition 2.3 et nous donner des cas concrets ?

M. Yves Daudigny. – *J'ai lu les réactions dans la presse à votre rapport. Un article sur Internet évoque la crainte d'un CHU de demain trop hospitalo-centré. Certains syndicats de jeunes médecins ou d'infirmiers sont dubitatifs ou hostiles. Les syndicats étudiants aimeraient notamment que la formation sorte des CHU, pour rendre compte de la multiplicité des modes d'exercice. « L'organisation de ces formations doit se faire en lien avec les territoires », expliquent-ils. Centres hospitaliers locaux, maisons de santé et cabinets de libéraux ont vocation à devenir des lieux de formation reconnus. C'est un point que beaucoup de sénateurs soutiennent. Qu'en pensez-vous ? Le président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Jean-Paul Ortiz, regrette que la médecine de ville n'ait pas été invitée aux assises hospitalo-universitaires.*

Mme Catherine Geindre. – *Notre rapport n'est pas une réponse à la Cour des comptes. Il s'agit d'une commande passée par les ministres de la santé et de la recherche il y a plus d'un an. Sa publication a été concomitante du rapport de la Cour des comptes. C'est pourquoi on n'y trouve pas de réponses ni d'éléments contradictoires. Notre rapport se veut un questionnement sur l'évolution des CHU. C'est, comme l'ont souligné les ministres à l'issue des Assises, à la fois un constat et un point de départ pour engager le débat avec d'autres acteurs, comme les collectivités territoriales, la médecine de ville, etc. C'est ce qui explique que les représentants de la médecine de ville ne sont pas invités aux Assises hospitalo-universitaires qui sont un moment de réflexion propre aux acteurs hospitalo-universitaires.*

Je donnerai aussi une réponse moins politiquement correcte : lorsque l'on compare notre système de santé, on a souvent l'impression que l'herbe est plus verte ailleurs. Mais lorsque l'on regarde la situation à l'aune de tous les critères, il faut relativiser. Les comparaisons ne sont pas toujours fiables. Il faut rappeler aussi qu'en France cohabitent un système public et un système privé. Ce n'est le cas nulle part ailleurs. Il est facile de mettre en avant tel ou tel élément des systèmes anglo-saxons, mais c'est oublier que nos modèles diffèrent. Notre système se distingue par sa capacité à couvrir l'ensemble des besoins et à garantir l'égalité d'accès. Nous acceptons aussi en France, à compétence et responsabilité égales, des écarts de rémunération de un à cinq, financés par l'assurance maladie. C'est un sujet tabou en France. On parle d'attractivité du métier, celle-ci est due à de multiples facteurs. En matière de rémunération, des éléments statutaires nous empêchent de nous ajuster mais il faut aussi poser la question des écarts de rémunération.

Mme Véronique Anatole-Touzet. – *Sur le volet consacré aux territoires, nous n'avons pas voulu être conceptuels mais au contraire concrets. À travers le rôle pivot du CHU, nous ne voulons pas un CHU hégémonique, centralisateur, qui concentre l'offre de soins, en étant isolé des autres acteurs de santé et de la médecine de ville. Simplement, le CHU joue un rôle pivot en matière de formation, d'innovation, de recherche. Notre vocation est bien de porter ces missions hors les murs. Concrètement, nous avons ainsi universitarisé une maison de santé à Fougères en mettant à sa disposition des assistants universitaires, ce qui demain, grâce à l'encadrement des maîtres de stage de la faculté de médecine de Rennes, facilitera l'installation des médecins dans cette ville, évitant la concentration dans les métropoles. Les CHU ont un rôle spécifique à jouer en matière formation, d'innovation et de recherche et c'est bien ce que nous visons avec les CHU hors les murs et la labellisation des maisons de santé. Nous souhaitons associer davantage la médecine de ville et tous les acteurs du territoire à ces missions. Notre vision du CHU n'est donc pas celle d'un CHU hégémonique, mais celle d'un organe qui irrigue les territoires, facilite la diffusion des compétences et des innovations.*

Dans la région Grand-Est, la concurrence avec le Luxembourg est un sujet majeur. Pour les infirmières, nous avons travaillé avec le Luxembourg. Les établissements de la région essaient de trouver des solutions et s'efforcent de renforcer leurs liens, même si ce n'est pas toujours évident. Nous avons soutenu l'hôpital de Briey pour conserver des médecins dans un territoire en grande difficulté. Les infirmières qui partent, attirées par une meilleure rémunération en début de carrière, reviennent souvent au bout de huit à dix ans, car les conditions de travail sont plus intéressantes dans de grands établissements comme le CHR de Metz-Thionville en raison de la diversité des pathologies, du travail en équipe, de la mission de formation en lien avec le CHU de Nancy. On peut travailler sur certains éléments d'attractivité dans les territoires, mais les CHU n'y arriveront pas seuls. L'attractivité pose aussi la question de l'environnement global de la ville, de la région. Les collectivités territoriales ont leur rôle à jouer, au même titre que l'État dans ses relations avec nos voisins. La problématique, en tout cas, est complexe.

M. Philippe Vigouroux. – *Les IHU ont été créés dans le cadre du programme des investissements d'avenir. On en compte six en France. Il s'agit de structures de recherche de niveau international très thématiques. Ces centres de recherche sont aussi des centres d'enseignement et de soins : seul l'IHU de Bordeaux n'a pas de mission de soins. Or, il ressort des évaluations, de la Cour des comptes notamment, qu'il s'agit, de ce fait, d'un des IHU les plus performants. Un IHU a vocation à rassembler des scientifiques du monde entier autour de chercheurs hospitalo-universitaires. Certains les assimilent à des CHU ultra-thématisés et de petite taille, avec au maximum une cinquantaine de lits pour les soins. L'IHU de Bordeaux se concentre sur la perturbation du fonctionnement électrique du cœur qui est à l'origine de 350 000 morts subites chaque année en Europe.*

Quel bilan en tirer ? Sur le plan de l'organisation, confier les soins, pour lesquels il faut des infirmières et des soignants, à des instituts de recherche scientifique n'a pas fait la preuve de son efficacité. En outre, sur le plan financier, les IHU ne parviendront pas à l'autonomie financière en 2019, en dépit des objectifs avancés.

Ils n'ont réussi que partiellement à dégager des moyens par le biais des contrats avec des industriels. Leur finalité était pourtant de créer de la valeur pour diffuser le progrès médical. Enfin, leur conseil d'administration réunit le CHU, l'université, le CNRS, l'Inria, des industriels, et la région qui a participé au financement initial, et qui est la seule collectivité territoriale représentée.

M. Frédéric Boiron. – Au CHU de Lille, un chirurgien cardio-vasculaire hospitalo-universitaire fait des transplantations cardiaques, développe de nouvelles techniques (comme les TAVI), développe de l'innovation de haut niveau prise en charge par l'établissement, mais assure aussi des gardes. L'un d'eux m'a confié avoir passé son week-end à faire des reprises d'endocardites sur des patients envoyés par d'autres établissements proches. Or, ce praticien de réputation internationale a le même tarif de garde qu'un autre praticien moins spécialisé. S'il répondait à la proposition que lui a adressée un groupe anglo-saxon, il n'aurait plus à faire de gardes, tout en ayant les mêmes moyens à sa disposition pour poursuivre ses recherches, avec un salaire beaucoup plus élevé. En France, la même caisse d'assurance maladie finance de manière identique des situations très différentes. C'est un choix de société. Mais on entretient des différences de traitement spectaculaires. Un jeune praticien d'imagerie spécialisée dans mon CHU, s'il passait dans le privé, n'aurait ainsi plus à faire des gardes, tout en ayant un salaire triple pour quatre jours de travail, sans changer de région.

La rémunération n'est pas le seul facteur de motivation. Quand un CHU fait 15 à 20 % de recours, c'est en fait beaucoup plus que lorsqu'un établissement plus petit en fait 30 % car nous avons à assurer l'ensemble des missions ; le recours nous permet de rester attractifs pour certains praticiens. Enfin, le lien avec l'industrie n'est pas un sujet tabou. On développe souvent des zones d'entreprises comme Eurasanté à Lille, zone de pépinières d'entreprises directement liées aux innovations réalisées dans les établissements.

M. Philippe Vigouroux. – Un mot sur la présence d'hospitalo-universitaires à Langon ou Libourne. De telles implantations ne sont pas durables. Elles sont liées aux choix de certaines personnalités qui ont souhaité s'installer dans telle ou telle ville. Cela n'est pas durable car un praticien a besoin d'un environnement offrant des infrastructures de recherche ou une proximité avec le CNRS, l'Inserm, ou des animaleries pour faire des expériences de recherche translationnelle. En revanche, le CHU a pour mission, à l'égard des établissements du GHT au sein de sa subdivision universitaire, d'assurer les soins de recours, les missions d'enseignement et de recherche. Il doit aider les praticiens de ces établissements à faire de la recherche. Il faut être entouré pour faire de la recherche et de l'enseignement.

Mme Véronique Anatole-Touzet. – Un mot sur la spécificité des CHU. La Cour des comptes a souligné les différences des taux de recours. Elle met en exergue des aspects quantitatifs, non qualitatifs. La spécificité de l'activité des CHU ne s'apprécie pas seulement en fonction de critères quantitatifs mais aussi en fonction des conditions d'exercice, à travers l'exigence de permanence des soins ou la diversité des pathologies que nous prenons en charge, bien plus élevée que dans les autres hôpitaux ou les cliniques. La mission d'enseignement est aussi peu reconnue : le temps consacré à l'encadrement des internes ou des étudiants est peu valorisé.

La labellisation n'a pas vocation à donner au CHU un rôle hégémonique dans les territoires, ni à en faire la seule autorité qui décide de tout. En revanche, le CHU a vocation, pour les propositions hospitalo-universitaires, c'est-à-dire la formation et l'encadrement des étudiants – dans les maisons de santé, pour les généralistes, ou les centres hospitaliers, pour les médecins spécialistes –, à s'assurer, avec les facultés de médecine, que les critères d'agrément des disciplines répondent à des critères de qualité, en matière d'encadrement, de prise en charge des soins, ou d'interface avec le CHU. Pour fidéliser les médecins dans les maisons de santé ou dans les hôpitaux, nous voulons – c'est le CHU hors les murs – qu'ils participent à des missions universitaires, en étant rattachés à une équipe hospitalière. C'est pourquoi on défend les postes partagés. Nous voulons les intégrer dans les équipes du CHU, leur permettre de participer à des missions de formation, au CHU ou dans leur hôpital d'exercice, en encadrant des internes ou des étudiants, et de participer à des essais cliniques. Ainsi, en Bretagne, nous avons mis en place un réseau de recherche qui irrigue aussi bien l'hôpital de Pontivy, que ceux de Vannes, Saint-Malo ou les hôpitaux de proximité de Rennes. C'est bien dans cet esprit d'ouverture que nos propositions s'inscrivent.

Vous avez évoqué la situation complexe du Grand-Est. Mais il est aussi inconcevable que les CHU ne travaillent pas ensemble pour développer des complémentarités sur l'ensemble de la région afin de répondre aux enjeux hospitalo-universitaires de leur territoire et de satisfaire aux orientations du plan régional de santé. C'est dans cet esprit que nous avons proposé la mise en place de réseaux, sans modèle imposé, selon des logiques adaptées aux territoires. Nous souhaitons une gouvernance très souple pour mieux répondre aux besoins de santé des territoires.

Mme Catherine Geindre. – *Je veux revenir sur les craintes liées à la construction d'un « grand machin ». Le diagnostic du Président de la République à l'occasion de la présentation du plan « Ma santé 2022 » est très largement partagé par l'ensemble des acteurs de la santé. Notre système a besoin d'une évolution systémique. On ne peut réduire les évolutions à une énième réforme de l'hôpital. C'est bien l'ensemble du système et la place de chacun dans le système de santé qu'il faut questionner. Non, le CHU n'a pas vocation à être hégémonique ni à être l'alpha et l'oméga du système. La réponse doit être organisée au niveau territorial, en associant l'ensemble des acteurs, à partir des besoins identifiés et spécifiques de la population sur un territoire donnée. Chaque acteur aura sa place dans ce cadre. Aujourd'hui, on commence déjà à expérimenter des financements au parcours pour certaines pathologies chroniques, comme le diabète ou l'insuffisance rénale. L'idée est bien d'identifier les besoins, de voir comment y répondre en répartissant les rôles. Sans des CHU forts, l'organisation de l'offre de santé ne sera pas à la hauteur des besoins et des attentes. Les CHU doivent évoluer, ce qui dépend aussi de la qualité des solutions que l'on pourra apporter demain.*

M. Philippe Vigouroux. – *En tant que directeurs généraux de CHU, nous sommes très favorables au double cursus médecine-science ; la recherche est une des caractéristiques des CHU. Les doyens y sont aussi très favorables. Les étudiants qui veulent suivre un double cursus sont très désavantagés. Ils sont freinés dans leur évolution. Beaucoup sont découragés par l'ampleur des exigences. Ils doivent publier beaucoup plus par exemple. Les doyens y sont sensibles.*

M. Frédéric Boiron. – Un mot sur l'investissement. C'est un de nos sujets quotidiens. Un CHU est fondé sur l'addition d'institutions académiques qui fonctionnent en symbiose. L'investissement, c'est la possibilité d'innover. Mais on le finance souvent sans disposer de crédits. L'immobilier est une dimension majeure. Nos marges dans la tarification ne permettent que de financer l'investissement de renouvellement, mais non les gros investissements.

Mme Catherine Geindre. – Nous plaidons plutôt pour un plan de soutien à l'investissement car notre capacité d'autofinancement ne nous permet pas de financer des grands investissements. Il existe plusieurs manières de les financer, comme la participation des collectivités territoriales.

M. Gérard Dériot, président. – En complément des financements de l'État ! Il s'agit de trouver des moyens supplémentaires.

M. Frédéric Boiron. – Il existe déjà des partenariats entre région, État et CHU pour financer des équipements.

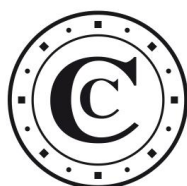
M. Gérard Dériot, président. – En effet, les régions soutiennent déjà l'investissement.

Mme Catherine Geindre. – Nous avons tous en tête des projets cofinancés par des collectivités territoriales. Actuellement, l'État impose des critères drastiques, notamment de santé ou d'orthodoxie financière, qui sont très difficiles à atteindre, mais qui conditionnent l'accès aux financements. Cependant, si l'on se basait uniquement sur la vétusté des équipements ou de nos bâtiments, on aurait besoin d'investissements plus importants.

M. Gérard Dériot, président. – Je vous remercie. Nous attendons maintenant de savoir ce qui figurera dans la loi.

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

Cour des comptes



LE RÔLE DES CHU DANS L'OFFRE DE SOINS

Exercices 2011 à 2017

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Novembre 2018

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| AVERTISSEMENT | 5 |
| SYNTHÈSE | 7 |
| RECOMMANDATIONS..... | 15 |
| INTRODUCTION..... | 17 |
| CHAPITRE I UNE ACTIVITÉ D’OFFRE DE SOINS QUI NE PERMET PAS DE CARACTÉRISER LES CHU | 19 |
| I - LA DIFFICILE DÉFINITION DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE SOINS DES CHU | 19 |
| A - Des définitions nombreuses qui ne se recouvrent pas totalement | 20 |
| B - Une analyse de l’activité des CHU fondée sur plusieurs méthodes | 21 |
| II - UNE ACTIVITÉ DE SOINS QUI SE STRUCTURE DE MANIÈRE TRÈS DIFFÉRENTE SELON LES CHU..... | 23 |
| A - Une activité très concentrée sur quelques grands CHU | 23 |
| B - Des évolutions de l’activité au cours de la période sous revue qui résultent en partie de variations de périmètre | 24 |
| C - Des parts de marché plus fortes pour les CHU situés dans les chefs-lieux de région | 28 |
| III - UNE ACTIVITÉ DE PROXIMITÉ DES CHU PEU SPÉCIFIQUE ET SOUMISE À LA CONCURRENCE DES CLINIQUES PRIVÉES..... | 29 |
| A - Une activité de proximité des CHU qui ne se distingue généralement pas de celle des centres hospitaliers non universitaires de grande taille | 29 |
| B - Un virage ambulatoire pris avec retard par les CHU | 32 |
| C - Le secteur privé lucratif, principal concurrent des CHU en matière de soins de proximité | 37 |
| IV - DES ACTIVITÉS DE RECOURS TRÈS LARGEMENT EXERCÉES EN CHU, À LA DIFFÉRENCE DES ACTIVITÉS D’EXPERTISE | 44 |
| A - L’activité de recours : une caractéristique distinctive de l’offre de soins des CHU..... | 45 |
| B - Les limites à la spécificité de l’activité des CHU..... | 55 |
| C - Des transferts entre CHU qui restent marginaux..... | 69 |
| CHAPITRE II LA SITUATION BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE DES CHU : UN DÉSÉQUILIBRE INSTALLÉ, UNE FRAGILITÉ CROISSANTE..... | 73 |
| I - UN DÉSÉQUILIBRE FINANCIER INSTALLÉ..... | 73 |
| A - Un déficit récurrent d’ampleur variable selon les années | 73 |
| B - Des ressources financières en partie inadaptées aux missions des CHU..... | 78 |
| C - La régulation insuffisante des charges des CHU..... | 87 |
| II - DES MARGES DE MANŒUVRE FINANCIÈRES DE PLUS EN PLUS LIMITÉES | 91 |
| A - Une capacité d’autofinancement en voie d’érosion | 91 |
| B - Un taux de marge brute en voie d’érosion | 92 |
| C - Des volumes d’investissement en diminution | 93 |
| D - La vétusté croissante des immobilisations | 95 |
| E - La maîtrise tardive de l’endettement | 96 |

| | |
|---|------------|
| III - LES INSUFFISANCES DU PILOTAGE FINANCIER DES CHU PAR LES NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL | 97 |
| A - Le rôle des COPERMO | 98 |
| B - Les adaptations nécessaires au suivi des situations dégradées des CHU | 101 |
| IV - UNE AMÉLIORATION GLOBALE DE L'EFFICIENCE MALGRÉ DES ÉCARTS CONSIDÉRABLES ENTRE CHU | 102 |
| A - Une amélioration de l'utilisation des capacités d'hospitalisation dans les CHU | 102 |
| B - Une grande hétérogénéité dans l'emploi des ressources humaines, notamment médicales | 106 |
| CHAPITRE III DES MARGES DE PROGRÈS EN MATIÈRE DE GESTION DE LA QUALITÉ | 117 |
| I - DES CHU EN RETRAIT EN TERMES DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ DES SOINS..... | 117 |
| A - Des résultats de certification insuffisants pour certains CHU | 117 |
| B - Un moindre niveau d'appropriation de la démarche qualité et de gestion des risques dans les CHU | 121 |
| C - L'opportunité d'une démarche de certification spécifique pour les CHU | 121 |
| II - DES USAGERS MOINS SATISFAITS DANS LES CHU QUE DANS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS..... | 123 |
| A - Des indicateurs de satisfaction plutôt défavorables aux CHU | 123 |
| B - Des usagers préoccupés par les enjeux d'accès aux soins | 126 |
| III - L'EFFET DE LEVIER ATTENDU DES GHT SUR LA QUALITÉ DES SOINS..... | 128 |
| A - Des CHU qui ne sont souvent pas les mieux placés en termes de qualité au sein des GHT | 128 |
| B - Le rôle actif des CHU dans la préparation de la certification conjointe | 129 |
| IV - DES DÉMARCHES QUALITÉ À CONFORTER..... | 130 |
| A - Une faible visibilité sur la pertinence des actes dans les CHU | 130 |
| B - Le cloisonnement de l'évaluation des missions hospitalo-universitaires | 132 |
| CHAPITRE IV DES COOPÉRATIONS TERRITORIALES INSUFFISAMMENT HOMOGENES ET STRUCTURÉES | 135 |
| I - LES CHU ET LA STRUCTURATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS : UNE CONTRIBUTION INÉGALE SELON LES TERRITOIRES..... | 135 |
| A - La contribution des CHU au projet régional de santé : un rôle à préciser..... | 136 |
| B - Des instruments de coopération multiples entre les CHU et les autres établissements de leur territoire | 139 |
| C - Le rayonnement territorial encore hétérogène des CHU | 146 |
| II - DES COOPÉRATIONS INTER-CHU QUI S'ÉTABLISSENT AU NIVEAU RÉGIONAL OU SUPRARÉGIONAL..... | 156 |
| A - Des structurations en groupements qui ne correspondent pas nécessairement au découpage régional..... | 156 |
| B - Le recours aux GCS pour organiser les relations inter-CHU | 158 |
| C - La place des huit plus importants CHU au sein de possibles regroupements | 159 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE | 165 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | 167 |
| ANNEXES | 171 |

Avertissement

En application des dispositions de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, le Premier président de Cour des comptes a été saisi par le Président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 3 novembre 2016, d'une demande d'enquête sur « le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé ».

Par lettre du 16 novembre 2016, le Premier président a confirmé que la Cour était en mesure de réaliser cette enquête en deux étapes. La première a eu pour objet d'analyser les conditions dans lesquelles les CHU accomplissent leurs missions d'enseignement supérieur et de recherche médicale au regard des objectifs des politiques publiques correspondantes et des financements qui leur sont consacrés. Elle a fait l'objet d'une communication au Sénat en décembre 2017¹. La seconde étape vise à examiner dans quelle mesure les CHU contribuent, dans le contexte de mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), à la structuration territoriale de l'offre de soins, tant du point de vue de la satisfaction des besoins de santé que de celui de la bonne utilisation des moyens dévolus aux établissements hospitaliers. La remise de ce second rapport a été fixée au mois de novembre 2018.

La demande du Sénat a été précisée lors d'une réunion tenue le 27 février 2017 avec le président de la commission des affaires sociales. Le périmètre retenu pour les investigations de la Cour a été confirmé par un courrier du Premier président du 17 mars 2017. Ce périmètre est constitué des 30 centres hospitaliers universitaires répartis sur le territoire et des 34 universités comptant en leur sein une faculté de médecine. La période de contrôle porte sur les exercices 2011 à 2017.

Le volet « offre de soins » de l'enquête s'est articulé autour des thématiques suivantes : typologie de l'offre de soins dans les CHU, notamment en comparaison de celle des grands centres hospitaliers (CH) ou centres hospitaliers régionaux (CHR), voire de grandes cliniques privées ; productivité, situation financière et capacité des CHU à financer leurs investissements dans le contexte d'une réorientation souhaitable de leur activité vers la chirurgie ambulatoire ; qualité perçue des prestations assurées par les CHU ; contribution des CHU à la structuration territoriale de l'offre de soins, dans le double contexte des nouvelles régions et des groupements hospitaliers de territoire.

La méthode d'enquête retenue a reposé sur des entretiens, accompagnés le plus souvent de questionnaires, aux administrations centrales concernées (pour le ministère des solidarités et de la santé, à titre principal la direction générale de l'offre de soins), aux différentes conférences (présidents d'université, directeurs généraux de CHU, présidents des commissions

¹ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

médicales d'établissement de CHU, doyens de médecine), à un échantillon de sept CHU² (APHP, APHM, HCL, Clermont-Ferrand, Tours, Poitiers, Toulouse) ainsi qu'aux Agences régionales de santé (ARS) concernées. L'enquête s'est également appuyée sur d'autres travaux de la sixième chambre, notamment les comparaisons internationales en matière de réforme des systèmes d'assurance-maladie, qui ont fait l'objet d'un chapitre du récent rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale³.

Le présent projet de communication, qui a fait l'objet d'une contradiction auprès de l'ensemble des entités concernées par le contrôle, a été délibéré le 22 octobre 2018 par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président, en présence de M Diricq, président de section, contre-rapporteur, Mme Carrère-Gée, MM. Viola, Laboureux, Rabaté, de la Gueronnière, Brunner, Mme Casas, M. Carcagno, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, MM. Strassel et Vallet, conseillers maîtres, M. Parneix, Charrier, et Mme Gérard-Chalet, rapporteurs extérieurs, et M. Netter, conseiller-expert.

Le projet de communication a ensuite été examiné et approuvé le 13 novembre 2018 par le comité du rapport public et des programmes, composé de M. Migaud, Premier président, M. Briet, Mme Moati, M. Morin, Mme de Kersauson, M. Maistre, rapporteur général du comité, et MM. Andréani, Terrien, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

² Ces CHU ont été sélectionnés sur la base de la méthode d'échantillonnage stratifié. En statistiques, un échantillonnage stratifié est une méthode d'échantillonnage à partir d'une population non homogène. L'échantillonnage a porté sur cinq volets : l'offre de soins offerte par les CHU, l'activité générée par les CHU, le niveau d'attractivité locale et extraterritoriale du CHU, la place du CHU au sein de son GHT et la place des GHT de CHU dans l'offre de soins régionale.

³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Synthèse

Le rôle des CHU dans l'offre de soins : un modèle à réinventer

Les CHU ont été l'un des éléments essentiels de la modernisation du système hospitalier français. Soixante ans après leur création, ils apparaissent aujourd'hui affaiblis. La Cour avait souligné en 2017 les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs missions de formation et de recherche. Le présent contrôle, consacré à la mission d'offre de soins, montre que cette activité est de plus en plus fragilisée : à la fois dans sa dimension de proximité, où elle ne se distingue pas de celle des CH ou des établissements de santé privés, et dans sa dimension de recours et de référence, qui est exercée de manière très hétérogène par les différents CHU. Cette fragilisation est accentuée par une situation financière dégradée et des incertitudes sur le rôle des CHU dans l'organisation territoriale des soins. Elle se manifeste également par une qualité des actes qui ne classe pas les CHU parmi les meilleurs établissements de santé à cet égard. Pour toutes ces raisons, une structuration en réseau des CHU, qui permettrait à la fois d'en améliorer l'efficacité et la qualité de fonctionnement, apparaît aujourd'hui nécessaire.

Une activité d'offre de soins qui ne permet pas de caractériser les CHU

Si les missions de formation et de recherche constituent une caractéristique propre aux CHU, leur activité d'offre de soins apparaît nettement moins distinctive. Or, des trois missions assignées en 1958 aux CHU, c'est l'offre de soins qui concentre aujourd'hui la plus grande partie de leurs moyens. Avec 70 603 lits et 5,6 millions de séjours et séances, les 30 CHU représentent 37,9 % des séjours de l'hospitalisation publique.

Les typologies habituellement utilisées pour caractériser l'offre de soins des établissements de santé distinguent trois niveaux : les « activités de proximité », qui correspondent aux soins les plus courants et peuvent être pratiquées dans la plus grande partie des établissements ; les « activités d'expertise », qui portent sur les soins les plus complexes ; enfin, les « activités de recours », qui sont réservées à certains établissements de pointe en raison de leur complexité, des équipements qu'elles requièrent ou des autorisations auxquelles elles sont soumises. Les méthodes de mesure de ces différents types d'activités restent à fiabiliser mais permettent de montrer que la répartition des activités de soins des CHU varie considérablement d'un CHU à l'autre.

Au-delà d'un groupe d'une dizaine de CHU qui effectuent la plus grande partie des activités de recours et de référence, les autres, pour la plupart de petite taille, ont une activité qui se distingue assez peu de celle des autres établissements de santé, publics ou privés. Ainsi, les activités de recours représentent-elles en moyenne 4,6 % de l'activité des CHU, contre 0,4 % dans les centres hospitaliers et 0,1 % dans les cliniques privées. Toutefois, dans certains CHU comme Brest, la Martinique, Nice, Nîmes, Poitiers ou Tours, elles représentent moins de 3 % de l'activité totale. À l'inverse, elles en représentent plus de 5 % dans huit CHU, dont les plus importants en termes d'activité totale : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) et Hospices civils de Lyon (HCL).

Une analyse plus large portant sur la proportion des activités de recours et d'expertise dans l'activité totale montre qu'il n'y a pas de différence significative de type d'activité entre les CHU de Brest, la Guadeloupe, la Martinique, Nîmes et Poitiers et celle des centres hospitaliers d'Annecy, Colmar et Pontoise, ou des établissements à but non lucratif comme Saint-Vincent Saint-Antoine (59) ou le centre chirurgical Foch (92).

À l'autre extrémité du spectre, les soins de proximité représentent une part prépondérante de l'activité des CHU, selon des modalités qui les différencient peu des CH ou des cliniques privées. Ainsi, en 2016, les activités de proximité des CHU n'ont comporté que 5 % de séjours chirurgicaux, contre 56 % de séjours de médecine, soit une répartition voisine de celle des CH, dont l'activité de proximité se composait de 6,2 % de séjours chirurgicaux et de 52 % de séjours de médecine. Dans les activités les plus courantes, les CHU font également face à une concurrence très forte des cliniques du secteur privé. Cette concurrence s'exerce notamment dans cinq domaines – obstétrique, cardiologie interventionnelle, endoscopies digestives, chirurgie de la cataracte et urologie – qui représentaient, en 2016, 444 230 séjours dans les CHU, contre 2 293 533 dans les cliniques privées.

De plus, le profil clinique des patients pris en charge en CHU ne se distingue que très peu de celui des patients pris en charge par les autres catégories d'établissements publics. Ainsi, la proportion des séjours de patients présentant un faible niveau de sévérité est de 63,7 % dans les CHU contre 63,5 % en CH. La principale spécificité des CHU concerne l'âge des patients, l'analyse des séjours mettant en évidence un effet d'éviction hors des CHU des patients de plus de 85 ans. Ainsi, tous niveaux de sévérité confondus, les patients de plus de 85 ans sont hospitalisés en CH dans 46 % des cas, contre seulement 21 % pour le secteur privé lucratif et 18 % pour les CHU. À l'inverse, les enfants de moins de 4 ans sont surreprésentés dans les CHU. Cette situation résulte essentiellement des régimes d'autorisation en vigueur, les CHU bénéficiant d'autorisations de surspécialités pédiatriques ainsi bien en chirurgie qu'en médecine et de la présence d'un service d'urgence pédiatrique.

La prédominance de l'activité de proximité des CHU, au cœur de leurs missions pour des raisons qui tiennent à la fois à l'implantation de ces établissements sur le territoire et à l'importance des soins du quotidien pour la formation, apparaît aujourd'hui comme un facteur de fragilité. En termes de portefeuille d'activités, elle ne distingue que très peu les CHU des CH de grande taille et elle est organisée de manière plus onéreuse dans les CHU, en raison notamment du retard de ces établissements en matière de virage ambulatoire. En effet, alors que la chirurgie ambulatoire représentait en 2016 35,4 % de l'activité des CHU, elle en représentait 48,2 % dans les CH, 52 % dans les ESPIC et 61,9 % dans les cliniques. Par ailleurs, le secteur privé lucratif, souvent installé sur les mêmes territoires urbains que les CHU, exerce aujourd'hui une concurrence de plus en plus vive sur ces derniers, leur part de marché atteignant des niveaux très élevés dans quelques spécialités médicales disposant d'importantes files actives. Cette concurrence constitue un frein au développement de l'activité et des ressources des CHU. Elle est néanmoins moins vive en matière de soins d'urgence où les CHU et les CH se partagent 80 % de l'activité.

Au total, la mission de soins des CHU est aujourd'hui exercée de manière hétérogène entre les différents établissements, tant en termes de volume d'activité que de types d'actes, certains CHU consacrant l'essentiel de leur activité à des soins de proximité qui ne les distinguent pas de ceux délivrés par d'autres établissements de soins publics ou privés. Ce constat ne peut manquer de soulever la question de la pertinence de la graduation des soins dans notre pays et de l'articulation des missions respectives des différents types d'établissements de soins.

Des déficits installés et une fragilité financière croissante

Prise dans son ensemble, la situation financière des CHU est caractérisée par un déséquilibre installé depuis plusieurs années. Depuis 2011, le résultat consolidé des CHU a systématiquement été déficitaire, même si le déficit a été d'ampleur variable selon les années. L'exercice 2017 marque une nette aggravation à cet égard, avec un déficit prévu à 405 M€, soit le déséquilibre le plus élevé depuis la mise en place de la tarification à l'activité dans les CHU. L'APHP, dont la situation financière s'était pourtant redressée de 2011 à 2016, correspond à environ la moitié à ce résultat, avec un déficit de 199 M€ en 2017. Cette situation d'ensemble dégradée dissimule toutefois d'importantes différences entre établissements. Ainsi, en 2016, 13 CHU parvenaient à dégager un résultat excédentaire. Ils devraient être au nombre de 15 en 2017. Par ailleurs, la situation financière des CHU ne les distingue pas des autres catégories d'établissements publics de santé (CHR, CH) qui ont toutes connu un déficit au cours des exercices 2016 et 2017. Il n'en reste pas moins que les déficits sont installés, à un niveau élevé, dans un grand nombre d'établissements.

La situation financière d'ensemble défavorable des CHU n'est pas à mettre principalement sur le compte de la tarification à l'activité. Le financement à l'activité ne représente en effet que 55 % de leurs recettes, ce qui limite l'impact sur leurs comptes de ce mode de financement. Par ailleurs, selon les évaluations disponibles, les CHU n'apparaissent pas plus pénalisés que les autres établissements par le niveau des tarifs versés au regard du coût des soins correspondants. Les activités de recours sont même en partie financées bien au-delà des coûts constatés.

Les CHU disposent également de financements forfaitaires destinés à compenser certaines missions dont ils sont chargés. Ces ressources sont principalement apportées par les dotations dites de « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) qui comprennent diverses parts dont les crédits MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). La part des dotations MIGAC est logiquement plus élevée dans les CHU que dans les CH, s'établissant en 2016 à 18 % de leurs ressources totales contre 6 % dans les CH. Si cette part a reculé depuis 2011, où elle s'établissait à 22 %, la baisse correspondante a été compensée par la création du fonds d'intervention régional, qui est monté en puissance depuis 2012. Considérés dans leur ensemble, ces crédits forfaitaires n'ont pas baissé au cours des dernières années et ne peuvent à eux seuls expliquer la situation financière des CHU. Toutefois, leurs modalités de répartition apparaissent aujourd'hui défavorables à certains CHU, notamment pour ce qui est des dotations MERRI. Initialement réservés aux CHU et à un nombre restreint d'autres établissements, ces crédits ont en effet été ouverts à l'ensemble des établissements de soins en 2011, à la suite d'une décision rendue par la Cour nationale de tarification sanitaire et sociale. Répartis au regard d'indicateurs de l'activité de recherche, les dotations MERRI ont ainsi financé, en plus des 30 CHU, une quarantaine d'établissements supplémentaires depuis 2011, mettant en évidence la moindre performance de certains CHU au regard de l'activité de recherche ainsi mesurée.

En définitive, le principal facteur explicatif du déséquilibre financier des CHU réside dans la régulation insuffisante de leurs charges. Une part des augmentations de charges était inéluctable, comme celle des frais de personnel liée au protocole « parcours professionnel, carrières et rémunérations » (PPCR), ou résultant d'évolutions ne dépendant pas seulement des établissements eux-mêmes, comme certaines dépenses de médicaments. Ainsi, les charges

médicales des CHU ont augmenté de 39,1 % entre 2011 et 2016, la moitié de cette évolution se concentrant sur la seule année 2014, qui avait vu l'introduction de médicaments innovants dans la lutte contre l'hépatite C. Le coût très élevé de ces traitements (41 000 € pour 12 semaines) n'a été régulé à la baisse qu'à partir de 2015, avec le mécanisme de l'enveloppe « W »⁴. En revanche, d'autres augmentations de dépenses proviennent des progrès insuffisants faits par les CHU pour limiter efficacement leurs dépenses générales et hôtelières. En particulier, les dépenses de sous-traitance et les prestations extérieures apparaissent mal maîtrisées, ayant augmenté de 24,9 % sur la période 2012-2016, dont 13 % pour la seule année 2016. Cette insuffisante maîtrise des charges a affaibli la situation financière des CHU : leur capacité d'autofinancement s'est érodée depuis 2011, de même que le taux de marge brute, qui en 2016 n'atteignait que dans huit CHU le seuil de 8 % fixé comme objectif par le ministère. Il en résulte une diminution de la capacité des CHU à investir et une vétusté croissante de leurs équipements et immobilier.

Par ailleurs, la productivité des personnels apparaît très variable d'un CHU à l'autre. Ainsi, le CHU de Rouen affichait en 2016 près de 236 séjours MCO (hors séances) par ETP médical MCO rémunéré, alors que ce ratio n'était que de 157 au CHU de Nîmes et 131 à l'APHP. De plus la productivité médicale dans les CHU apparaît notablement inférieure à celle observée dans les CH et *a fortiori* dans les établissements privés du secteur non lucratif. Avec 38,4 % des effectifs médicaux du secteur public en 2016, les CHU produisaient 32,4 % des séjours hospitaliers de ce secteur. Cet écart apparaît moins important pour les CH (52,6 % des effectifs pour 50,9 % de l'activité) et inversé pour les ESPIC (6,2 % des effectifs pour 8,6 % de l'activité). Il en est de même pour les personnels non médicaux. Ainsi, pour les personnels techniques et ouvriers, les CHU ont vu leurs effectifs croître de 3,5 % sur la période 2011-2016, à contre-courant de la trajectoire suivie par les autres établissements du secteur public (+0,5 % en CH, -3,6 % en ESPIC et -19,6 % pour les CLCC). Enfin, pour l'ensemble du personnel non médical, les différences apparaissent importantes également entre les CHU eux-mêmes. Ainsi, celui de Strasbourg a réalisé en 2016 plus de 141 000 séjours avec un effectif non médical de 7 858 ETP, soit un ratio de 18 séjours par effectif non médical en 2016. De son côté, l'APHP affichait en 2016 un ratio de 13,2 séjours par effectif non médical.

Des marges de progrès en matière de gestion de la qualité

Alors que les CHU sont présentés par beaucoup comme un lieu d'excellence médicale, ils ne figurent pas parmi les meilleurs établissements au regard de la certification de la qualité des actes mise en œuvre par la Haute autorité de santé. Cette procédure vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins d'un établissement. Dans sa version en vigueur, elle est centrée sur le système de gestion de la qualité et la gestion des risques et n'aborde pas les performances médicales. Au terme de cette procédure visant le respect des normes d'organisation et de fonctionnement, un quart des CHU ne sont pas certifiés dans les deux notes maximales (A ou B). Ainsi, deux CHU (ceux de Clermont-Ferrand et de Toulouse) sont certifiés C avec une obligation d'amélioration. À l'APHP, différentes situations coexistent : seuls les hôpitaux universitaires Henri Mondor sont classés en A ; la plupart des

⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII « La Fixation du prix des médicaments », p. 356, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

groupes hospitaliers sont classés en B et quelques-uns en C (Paris Nord-Val de Seine, Salpêtrière-Charles Foix, Paris-Ile-de-France-Ouest, Paris-Ouest). Quelques sites comme Bichat, Beaujon et Bretonneau, récemment en sursis avec une certification D, sont certifiés C depuis mars 2018, avec obligation d'amélioration. Si cette situation s'explique en partie par le fait que les classements ne prennent qu'imparfaitement en compte les spécificités des CHU, elle provient aussi des difficultés d'appropriation de cette démarche, dans laquelle d'autres établissements de santé sont entrés de manière plus précoce.

Ce classement défavorable se retrouve dans les sondages relatifs à la satisfaction des patients. Les CHU n'y figurent pas aux meilleures places, notamment en raison de la dégradation des conditions d'accueil. L'appréciation des usagers concernant les CHU est également marquée par les délais d'accès aux soins, particulièrement élevés dans certains établissements.

Dans ce contexte, la mise en place des GHT, qui ira de pair avec une certification qualité conjointe de l'ensemble des établissements qui y participent, apparaît comme un levier d'action propre à permettre aux CHU de se saisir pleinement de ce sujet.

Une structuration des CHU en réseaux de plus en plus nécessaire

Les CHU n'ont pas de compétence en matière d'organisation territoriale des soins. Pourtant, en raison de leur rayonnement et de leur place dans la gradation des soins, ils exercent nécessairement une influence sur l'offre de soins au niveau territorial.

Avec 30 CHU, répartis en 41 entités juridiques (cette différence s'expliquant par la nature juridique particulière de l'APHP composée de plusieurs établissements), la France se distingue de ses principaux voisins européens par un nombre relativement faible d'habitants par établissement : 1,6 million d'habitants pour un établissement en France contre 2,5 millions en Allemagne ou 2,1 millions aux Pays-Bas. Par ailleurs, le nombre de lits d'hôpital universitaire par habitant est deux à trois fois plus élevé en France qu'à l'étranger. Cette spécificité renvoie à la hiérarchisation plus fine des missions assurées par les CHU dans les autres pays : contrairement à ce qui prévaut en France, la plupart des établissements hospitalo-universitaires étrangers se concentrent sur les missions d'expertise et de recours et n'assurent pas autant qu'en France une mission de soins de proximité. Ce moindre degré de spécialisation des CHU français sur des tâches spécifiques en matière de soins se traduit par une intensité plus faible des relations entre les CHU et les autres établissements de soins et une coordination avec eux qui reste, dans des cas encore trop nombreux, insuffisante. À cet égard, la création récente des GHT n'a pas, à ce stade, permis de clarifier la place des CHU dans l'organisation territoriale des soins, un tiers des GHT n'ayant pas encore conclu de convention avec un CHU.

Les modifications de l'environnement des CHU plaident également en faveur d'une réorganisation rapide. En effet, les CHU n'ont pas tiré les conséquences du double mouvement de réorganisation résultant de la création des nouvelles régions – dont la plupart comptent plusieurs CHU sur leur territoire – et de la restructuration en cours de la carte universitaire, initiée notamment par les initiatives d'excellence (IDEX) qui visent à créer sur le territoire français une dizaine de pôles d'enseignement et de recherche à forte visibilité internationale.

Dans ce contexte, la mise en place de réseaux de CHU apparaît comme une nécessité. En matière de recherche, elle a pour objet de coordonner les moyens à une échelle assurant une taille critique ainsi que la nécessaire visibilité internationale qui doit constituer l'ambition des

CHU français. Cette réforme ne doit pas nécessairement conduire à réduire le nombre de sites de CHU, ou à exclure certains d'entre eux de l'activité de recherche, mais à améliorer l'organisation entre établissements dans une approche graduée : si certains moyens (plateformes techniques, moyens de soutien spécialisés) doivent être concentrés au sein de certains établissements de plus grande taille, ces derniers doivent cependant rester à même de soutenir les actions de recherche des CHU partenaires ou des établissements de santé sur leur territoire. La coordination de ces réseaux a pour but de faire émerger une dizaine de CHU à visibilité internationale qui pourraient reprendre, en matière de recherche, les compétences exercées jusque-là par les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI).

Cette organisation en réseaux apparaît souhaitable également en matière de soins. La trop grande dispersion des moyens aboutit actuellement à une offre de soins lacunaire (tous les CHU ne sont pas en mesure de couvrir l'ensemble des spécialités) et onéreuse, en particulier avec la multiplication des plateaux techniques dont certains apparaissent redondants. C'est particulièrement le cas pour l'activité de transplantation pour laquelle on observe actuellement le maintien de centres à faible activité. Cette situation n'apparaît pas compatible avec la recherche de la meilleure sécurité et de la meilleure efficacité, pour une activité présentant des risques et des coûts importants. À cet égard, la fixation d'un seuil minimal pour exercer ces actes serait cohérente avec la constitution d'une dizaine de réseaux de CHU mettant en œuvre, en lien avec les agences régionales de santé compétentes, une politique d'offre de soins coordonnée.

Deux modalités principales apparaissent envisageables pour structurer ces réseaux de CHU. La première repose sur un modèle confédéral, prévoyant une répartition cohérente des activités entre ses membres, en particulier les activités les plus coûteuses. Le GIRCI et groupement de coopération sanitaire « HUGO » est précurseur de ce modèle. Il vise en effet à coordonner l'action des CHU de l'inter-région Grand Ouest⁵, notamment par le maintien et le développement des activités et équipements de recours, la labellisation des structures, le soutien aux dossiers de l'inter-région dans les appels à projet de recherche en santé, ainsi que la gestion commune de plusieurs aspects de la politique de gestion des ressources humaines (formation notamment). Dans un modèle plus intégré, un CHU pourrait coordonner une partie des activités de recours et de recherche, au bénéfice de l'ensemble du réseau. Le réseau « AURA », qui réunit les HCL et les CHU de Grenoble, Clermont-Ferrand et Saint-Etienne, en fournit une illustration. Les instances d'AURA envisagent ainsi des actions communes aux CHU, dans un contexte où les HCL assurent la mission de tête de réseau. Dans la constitution des réseaux de CHU, un modèle unique applicable à l'ensemble du territoire n'aurait pas de sens, l'équilibre à trouver entre les différentes formules possibles étant étroitement dépendant de la structuration des établissements au niveau local et des traditions de coopération existant entre eux. Pour l'Île-de-France, les groupements hospitaliers et universitaires en cours de constitution de l'APHP pourraient constituer la base d'une véritable structuration en « réseau HU » pour cette région.

⁵ Le GCS HUGO (hôpitaux universitaires du Grand Ouest) inclut les CHU d'Angers, de Brest, de Nantes, de Rennes et de Tours, ainsi que le CHR d'Orléans, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) et, depuis le 1^{er} janvier 2016, les CH de La Roche-sur-Yon et du Mans.

La constitution de cette dizaine de réseaux de CHU doit aller de pair avec un approfondissement des relations entre les CHU et les autres établissements de soins de leur ressort territorial. En particulier, par-delà la programmation de l'offre de soins, les CHU en réseau ont vocation à préparer ensemble la révision des effectifs hospitalo-universitaires et à partager les programmes d'équipements lourds ou de systèmes d'information, en lien avec les ARS. Par ailleurs, il est urgent que les conventions liant les GHT à leur CHU de référence soient désormais finalisées là où elles ne le sont pas encore. Dans ce contexte, les centres hospitaliers disposant de compétences de pointe devraient pouvoir faire reconnaître ces dernières en obtenant, pour ces seules activités, une valence universitaire.

Recommandations

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. adopter rapidement une définition nationale des activités de recours, d'expertise et de proximité, qui doivent devenir des indicateurs de pilotage de l'offre de soins en région (DGOS, ATIH, ARS) ;
2. réorganiser l'activité de transplantation d'organe par la mise en œuvre d'une politique de seuil minimal d'activité par site géographique (DGOS, ABM, HAS) ;
3. approfondir le dialogue de gestion entre les CHU et les ARS dans un objectif de meilleure maîtrise de l'évolution des charges (SGMAS, ARS) ;
4. objectiver le coût des contraintes de service public pesant sur les CHU financés en dehors de la T2A, notamment les activités d'intérêt général, et réformer le financement de la prise en charge des maladies rares en tenant compte d'une analyse des coûts engendrés par ces pathologies (DGOS) ;
5. rendre plus robuste l'indicateur de satisfaction des usagers (augmentation du seuil de calcul, amélioration de la qualité de l'échantillonnage, mise en place des contrôles qualité...) afin de pouvoir l'étendre rapidement aux disciplines encore non couvertes (SSR, psychiatrie) et d'en faire un véritable instrument de pilotage des établissements (HAS) ;
6. créer un observatoire de l'accès aux soins qui rendrait publics chaque année les délais d'accès aux soins dans les établissements de santé afin de les objectiver et de réduire les inégalités d'accès (DGOS) ;
7. mettre en place une organisation coordonnée de l'évaluation des CHU par la HAS et le HCERES (ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation) ;
8. organiser la constitution de 8 à 10 réseaux de CHU afin de favoriser la plus grande articulation possible entre les CHU eux-mêmes d'une part, et entre les CHU et les groupements hospitaliers de territoire d'autre part, afin de renforcer la gradation des soins et d'optimiser les parcours de formation et de recherche (ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation).

Introduction

Le code de la santé publique (article L. 6142-1) définit les missions des CHU de la façon suivante : « *Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux* ». Cette définition est issue de l'article 2 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 qui, inspirée notamment par les propositions du Professeur Robert Debré, a créé les CHU.

Les CHU exercent donc une triple mission d'offre de soins, de formation et de recherche. L'objet du présent rapport est d'analyser la première de ces missions. Pour autant, l'imbrication des missions d'offre de soins, de formation et de recherche est telle que les unes ne pourront pas être examinées indépendamment des autres. Il sera donc fait référence, en tant que de besoin, à la façon dont les missions de formation et de recherche sont susceptibles d'avoir un impact sur la mission d'offre de soins.

Cette dernière mission peut elle-même se subdiviser en plusieurs niveaux de soins : proximité, recours et référence (ou expertise). Ces trois niveaux de prise en charge, de complexité croissante, désignent respectivement une fonction de soins courants et de proximité vis-à-vis de la population locale, des fonctions de recours qui exigent une technicité plus importante et des compétences médicales accrues et enfin une mission d'expertise vis-à-vis des autres établissements et des professionnels de santé, à l'échelle régionale ou nationale. Couramment utilisées, ces notions n'ont pourtant pas de définition juridique. Le rapport reviendra sur cette absence de définition qui induit des difficultés de mesure et de qualification de l'activité des CHU. Pour autant, il apparaît établi que, contrairement aux autres établissements de soins, les CHU doivent pouvoir proposer tous les niveaux de soins.

Le présent rapport est composé de quatre chapitres.

Il s'attachera dans un premier temps à cerner la spécificité des CHU en termes d'activité, en examinant la façon dont celle-ci se répartit entre les différents niveaux de soins.

Un deuxième chapitre sera consacré à la situation financière fragile des CHU et à leur modèle de financement, qui semble aujourd'hui atteindre ses limites.

Un troisième chapitre sera consacré à la question de la qualité des soins, qui est perçue par les patients comme en retrait de ce qu'offrent les autres établissements de soins publics ou privés.

Enfin, un dernier chapitre abordera la question désormais décisive du rayonnement territorial des CHU, en analysant la façon dont ces établissements sont amenés à interagir avec les autres offreurs de soins et à participer à la structuration de l'offre de soins.

Chapitre I

Une activité d'offre de soins

qui ne permet pas de caractériser les CHU

Prise dans son ensemble, l'activité de soins des CHU représente un tiers de l'activité hospitalière publique et un cinquième de l'activité hospitalière totale.

Si les CHU assurent tous les niveaux de soins (urgence, proximité, recours, expertise), il est toutefois difficile de les caractériser par leur activité. En effet, celle-ci apparaît particulièrement hétérogène d'un CHU à l'autre. Si certains d'entre eux se distinguent par un rôle de recours et d'expertise représentant une partie significative de leur activité, d'autres se consacrent en quasi-totalité à des soins d'urgence et de proximité et se distinguent assez peu à cet égard des centres hospitaliers non universitaires.

Le présent chapitre a pour objet de proposer des outils de mesure de l'activité de soins (I), ce qui permet de mettre en évidence la grande hétérogénéité des différents établissements (II) et de détailler les caractéristiques des activités de proximité (III), de recours et d'expertise (IV) exercées par les CHU.

I - La difficile définition des différentes activités de soins des CHU

La caractérisation de l'activité des CHU se heurte à des difficultés méthodologiques. Il est en effet nécessaire de mobiliser de multiples indicateurs pour en cerner les spécificités :

- le volume d'activité⁶ produit par les CHU ;
- l'évolution de la typologie des prises en charge (hospitalisation complète, ambulatoire, séances) ;
- l'activité des autres offreurs de soins (CH, ESPIC⁷ et cliniques du secteur privé lucratif).

La répartition traditionnelle de l'activité hospitalière en trois niveaux (proximité, recours, expertise) reste elle-même mal définie et appelle des précisions.

⁶ L'activité hospitalière se mesure en nombre de séjours, dont l'unité de mesure est le RSA (résumé de sortie anonyme). Le décompte des RSA par établissement se fait sur la base du décompte des résumés de sortie standardisés (RSS), qui assurent le recueil de l'ensemble des informations relatives à un séjour hospitalier en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Le RSS est constitué d'un ou de plusieurs résumé(s) d'unité médicale (RUM), selon le nombre d'unités médicales fréquentées par le malade pendant le séjour concerné.

⁷ Établissement de santé privé d'intérêt collectif (établissements du secteur privé non lucratif, relevant du secteur ex-DGF).

A - Des définitions nombreuses qui ne se recouvrent pas totalement

De nombreux travaux existent concernant l'évaluation des activités de proximité, d'expertise et de recours des établissements de soins à partir des données du PMSI. L'analyse de cette littérature met en évidence le fait qu'il n'existe aujourd'hui aucun véritable consensus médical sur les définitions utilisées.

Ainsi, selon le contexte, les activités de référence peuvent être nommées « recours », « recours exceptionnel » ou « activité spécifique ». Une publication⁸ a par exemple défini l'activité de « référence » comme une médecine de pointe pour des pathologies de forte complexité qui requièrent des procédures d'intervention, techniques, technologiques ou biomédicales très spécialisées. Une autre publication⁹ a défini ces mêmes activités de référence au moyen de prises en charge spécialisées et complexes d'un point de vue clinique et technique qui correspondent à un haut niveau de technicité. La DGOS a actualisé en 2017 la notion de « recours exceptionnel »¹⁰ en la définissant comme l'ensemble des activités nécessitant des compétences de référence et d'expertise, rares, ciblant une population très limitée et insuffisamment couvertes par l'ensemble des financements en vigueur¹¹. Cependant, cette définition apparaît particulièrement restrictive dans la mesure où elle concerne moins de 22 000 séjours en 2017, soit moins de 0,08 % de l'activité hospitalière totale (y compris séances).

D'autres auteurs¹² se sont intéressés aux activités de « recours » définies comme des activités médicales de pointe, nouvelles ou anciennes, qui ne peuvent pas être effectuées dans tous les établissements car elles nécessitent :

- un matériel coûteux ou innovant ;
- des compétences médicales rares ou très spécifiques ;
- une activité soumise à des autorisations ;
- une activité réalisée en ambulatoire en lieu et place d'une hospitalisation conventionnelle grâce à l'utilisation de nouvelles techniques de prise en charge ;
- une activité réalisée par peu d'établissements au sein d'une région ;
- une activité ayant un recrutement géographique éloigné de l'établissement du fait de pathologies plus rares.

⁸ BARRUBES J., SCHENKER L., GIL V., PETITMERMET D., PORTELLA E. *La définition et identification de l'activité de référence des hôpitaux à partir de l'analyse de l'utilisation des services*. 6^{ème} Séminaire de l'Étude Nationale des Coûts, Grenoble, 28-29 Novembre 2002.

⁹ COURAY-TARGE S., JAISON-HOT I., FAUCONNIER J., TROMBERT-PAVIOT B., GOMEZ F., RODRIGUES J.-M., CHAUVIN F., COLIN C. *REFREC : Une méthode pour décrire les activités de référence et de recours à l'aide du PMSI*. J Econ Med 2003;21:43-51.

¹⁰ DGOS. *Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général*. 2017.

¹¹ La DGOS complète la définition en précisant les activités situées hors du champ du recours exceptionnel, à savoir, les activités dont le surcoût est représenté par des coûts considérés comme intégrés dans le dispositif tarifaire GHS, majoré ou non, les activités dont les surcoûts hospitaliers sont totalement pris en charge dans le cadre des suppléments journaliers et extrêmes hauts, des forfaits annuels, des listes de produits facturables en sus (médicaments, dispositifs médicaux de titre III ou V), les activités relevant de la recherche ou de l'innovation non évaluées ou en cours d'évaluation, les activités dont les actes ont reçu un service attendu insuffisant HAS pour les indications concernées et les activités dont le surcoût est représenté par des médicaments ou dispositifs médicaux ayant reçu un service médical rendu ou service attendu insuffisant pour les indications concernées.

¹² DE LA ROQUE C., GRAVE C., SEBBANE N., DUHAMEL A., DEVOS P., BEUSCART R. *Évaluation de l'activité de recours du CHRU de Lille à partir des données PMSI*. XVI^{ème} congrès national Journées EMOIS, Nancy, 27-28 Mars 2003.

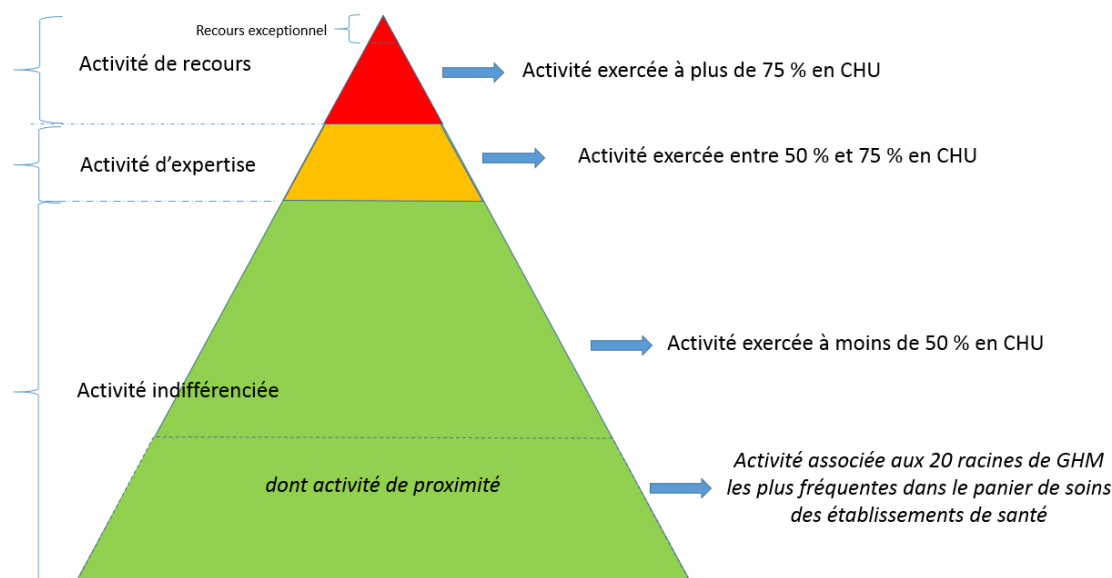
B - Une analyse de l'activité des CHU fondée sur plusieurs méthodes

Il n'existe pas de méthodologie permettant à elle seule d'analyser l'activité hospitalière des CHU dans sa diversité et sa globalité. En effet, si le PMSI permet de caractériser une grande partie de l'activité hospitalière, il en méconnaît néanmoins une proportion significative, particulièrement en CHU (consultations, actes externes, avis médicaux, échanges multidisciplinaires, participation aux travaux des sociétés savantes, etc.). Ainsi, l'analyse de l'activité est nécessairement imparfaite, notamment dans les définitions données aux notions de soins de recours, d'expertise et de proximité qui ne sont pas aujourd'hui établies. Plusieurs méthodes doivent donc être mobilisées conjointement afin d'avoir une vision de l'activité aussi proche que possible de la réalité.

1 - Une méthode pragmatique issue des travaux de l'ATIH

Dans une étude de 2009¹³, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a proposé une méthode d'analyse de l'activité des CHU qui évite d'avoir à donner une définition positive des différents niveaux de soins. Cette méthode privilégie une approche relative qui permet de distinguer des niveaux de spécialisation par type d'établissements. Ainsi, une activité est dite de « recours » si elle est exercée à plus de 75 % dans les CHU. Elle est dite d'« expertise » si elle est exercée à plus de 50 % et moins de 75 % dans les CHU. Enfin, elle est dite « indifférenciée » si elle est exercée à moins de 50 % dans les CHU. Ces différents niveaux doivent être appréciés au regard du poids des CHU dans l'activité hospitalière totale, qui est de 20,7 % en 2016¹⁴.

Schéma n° 1 : schématisation de l'activité hospitalière à trois niveaux selon le rapport de l'ATIH (2009).



Source : Cour des comptes

¹³ ATIH. *L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ?* 2009.

¹⁴ Source : ATIH, PMSI, 2016, hors GHM Erreur et prestations inter-établissements (PIE).

La définition retenue par l'ATIH en 2009 a fait l'objet d'une réactualisation sur la base des données 2016, afin de prendre en compte les évolutions significatives du PMSI intervenues depuis. Cette méthode a pour avantage de se fonder sur un nombre important de séjours (42,8 % des séjours réalisés en 2016¹⁵) et d'inclure une grande diversité de soins (21 % des racines de GHM en 2016) : ainsi le niveau de recours inclut 47 racines de GHM différentes¹⁶ (soit plus de 228 944 séjours), le niveau expertise près de 70 racines (soit 788 991 séjours) et le niveau proximité 20 racines de GHM (soit 6,9 millions de séjours). Cependant, cette méthode reste critiquée par le collège des médecins chargés de l'information médicale des CHU, peu associé à sa définition. Un travail de formalisation d'une méthodologie commune doit être engagé dans les mois à venir par ce collège et la société française de l'information médicale, en lien avec l'ATIH.

2 - La nécessité de recourir à des méthodes d'analyses complémentaires

Afin de compléter les résultats obtenus par la première méthode évoquée ci-dessus, plusieurs méthodes complémentaires ont été mobilisées.

Concernant l'activité de recours, une première méthode complémentaire est fondée sur la notion de recours exceptionnel, telle que définie dans le périmètre des MERRI. Sont incluses dans ce périmètre, les activités de soins temporairement mal couvertes par les dispositifs tarifaires en vigueur mais qui, à terme, ont vocation à l'être convenablement, ce qui rend nécessaire un financement supplémentaire. Cela concerne toute activité techniquement complexe et intéressant un petit nombre de patients, concentrée dans un nombre limité d'établissements. Cependant le volume de séjours inclus dans cette approche (25 545 en 2016) constitue sa principale limite, car il s'avère trop faible pour constituer l'unique angle d'analyse.

Une deuxième méthode prend appui sur le plan maladies rares et les nombreux centres implantés sur le territoire qui offrent également une possibilité d'étudier la place des CHU dans cette offre de soins très spécialisée.

Enfin, une troisième méthode a été mobilisée à travers l'outil Hospi Diag et un indicateur annuel spécifique qui mesure le pourcentage des séjours de recours (ou référence) dans l'activité totale des établissements.

Pour ce qui concerne l'activité de proximité, l'analyse issue des travaux de l'ATIH a été complétée par plusieurs études spécifiques portant sur la chirurgie ambulatoire, les urgences, et les séances.

¹⁵ Cette méthode permet d'inclure dans son périmètre d'analyse 7,9 millions de séjours sur les 18,5 millions de séjours hospitaliers réalisés en 2016 (hors séances). Elle permet d'analyser les séjours situés aux extrêmes de l'activité hospitalière (activités de pointe et activités très courantes), afin de faire apparaître plus fortement les contrastes entre catégories d'établissements et entre CHU. En cela, l'analyse de la totalité de l'activité ne permettrait pas de mettre en évidence l'effet de contraste recherché.

¹⁶ Y compris la racine de transplantation pulmonaire et les séjours réalisés dans le cadre de dons pour greffe de moelle. La méthode employée en 2009 par l'ATIH s'appuyait sur des données de 2007 collectées en version 10 du PMSI, donc dans un périmètre différent de la V11 du PMSI en vigueur actuellement et sur une liste complétée par « direx d'experts » qui ne semble plus nécessaire pour l'ATIH étant donné le niveau de précision du PMSI. La liste des racines a ainsi considérablement réduit depuis celle établie pour le rapport initial de 2009 (de 66 à 47). La liste figure en annexe.

Au total, l'absence d'une méthodologie unique, reconnue par l'ensemble des acteurs et suivie dans le temps par les autorités de régulation, constitue une anomalie. Cette situation conduit à formuler dans le cadre de ce rapport des constats fondés sur un faisceau d'indices concordants. L'initiative récente (septembre 2018) du collège des médecins DIM de CHU ne peut être en soi suffisante. En effet, il appartient aux autorités de tutelle d'organiser et de garantir la méthodologie retenue afin qu'elle puisse être admise par l'ensemble des acteurs publics et privés de l'hospitalisation.

II - Une activité de soins qui se structure de manière très différente selon les CHU

En 2016, les CHU constituent le troisième offreur de soins hospitaliers en France avec 5,9 millions de séjours (dont 31,6 % de séances), après les établissements privés à but lucratif (10,2 millions de séjours dont 34,9 % de séances) et les centres hospitaliers (9,3 millions de séjours dont 30 % de séances)¹⁷.

A - Une activité très concentrée sur quelques grands CHU

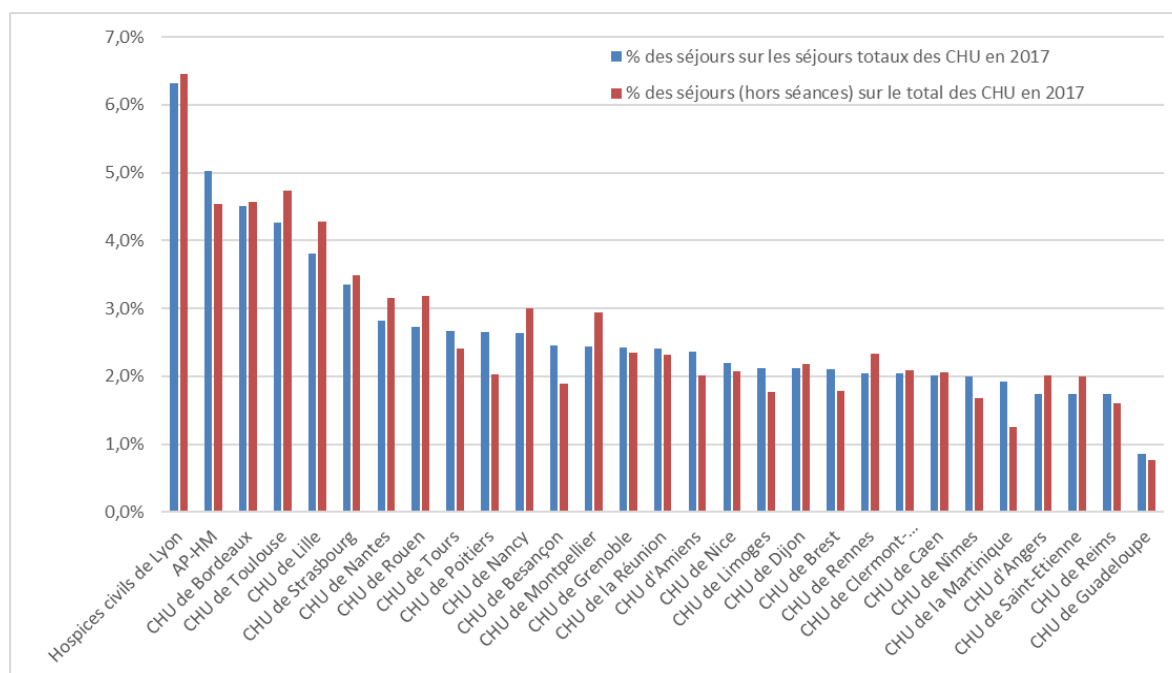
En 2017, l'APHP constitue le premier CHU de France avec 22,5 % de l'activité totale des CHU (et 23,1 % pour l'activité hors séances¹⁸). Au sein des 35 sites de l'APHP, c'est le groupement hospitalier Pitié-Salpêtrière qui concentre la plus forte activité (environ 12 % des séjours totaux MCO de l'APHP) qui placerait cette structure, si elle était autonome, au 8^e rang national, après le CHU de Strasbourg.

Les cinq premiers CHU français en volume d'activité¹⁹ (APHP, HCL, APHM, CHU de Bordeaux et CHU de Toulouse) concentrent à eux seuls plus de 42,6 % de l'activité totale des CHU (soit 43,6 % hors séances) et les 10 premiers CHU près de 58 % (intégrant le CHU de Lille, le CHU de Strasbourg, le CHU de Nantes, le CHU de Rouen, et le CHU de Tours). Les cinq CHU ayant la plus faible activité totalisent 8 % de l'activité totale des CHU en 2017 (7,6 % hors séances). Hors APHP, un CHU moyen réalise environ 108 000 séjours par an (hors séances) mais l'écart type autour de cette moyenne est supérieur à 50 000 séjours, témoignant de la grande hétérogénéité des établissements au sein de l'ensemble que forment les CHU.

¹⁷ La prise en compte des seuls séjours hospitaliers hors séances ne fait que faiblement évoluer cette répartition des parts de marché entre catégories d'établissements de santé, faisant apparaître les cliniques en première position (35,9 % de l'activité hospitalière), puis les CH (35 %), les CHU (21,7 %), les ESPIC (5,7 %), les CLCC (1,1 %) et le service de santé des armées (0,5 %) (Source : ATIH, PMSI 2016).

¹⁸ Source : ATIH, hors CMD 28, GHM Erreur et PIE.

¹⁹ Incluant l'ensemble des séjours, y compris les séances.

Graphique n° 1 : poids de chaque CHU dans l'activité totale des CHU (hors APHP)

Source : ATIH, PMSI, 2017

B - Des évolutions de l'activité au cours de la période sous revue qui résultent en partie de variations de périmètre

1 - Des évolutions d'activité très contrastées selon les CHU entre 2011 et 2017

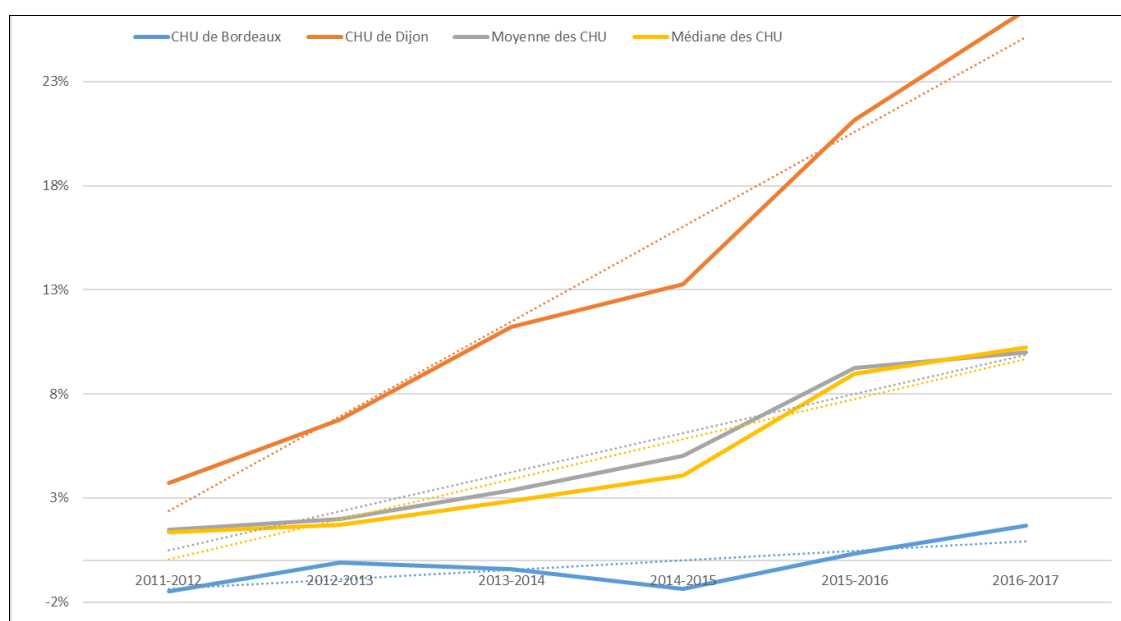
Entre 2011 et 2017 l'activité des CHU (hors séances) a progressé de +10,4 % en moyenne contre +6,7 % pour les CH et +4,2 % pour les cliniques. Seules les ESPIC et CLCC ont connu une progression très supérieure (plus de 14 %) mais sur un nombre plus réduit de séjours²⁰. Toutefois, ce taux moyen masque des différences importantes entre CHU.

Quatre CHU ont connu une progression plus de deux fois supérieure à la moyenne : le CHU de Dijon (+29,4 %), le CHU de Rouen (+22,7 %), le CHU de Nice (+21,5 %) et le CHU de Nîmes (+21,1%). *A contrario*, quatre CHU ont connu une progression faible voire une évolution négative : le CHU de Poitiers (+2 %), le CHU de Bordeaux (+1,6 %) le CHU de Guadeloupe (-12,7 %) et le CHU de la Martinique (-16,2 %)²¹.

²⁰ Le SSA est la seule catégorie d'établissements à voir son activité diminuer sur la période de plus de 12 %. Cependant cette évolution se fait dans un contexte plus global de réforme en profondeur de la médecine aux armées.

²¹ Ces évolutions concernent l'activité hospitalière en nombre de séjours hors séances. Elles prennent en compte les modifications du périmètre des différents CHU au cours de la période sous revue (exemple : le CHU de Poitiers a absorbé les CH de Lusignan et de Montmorillon entre 2011 et 2017 ; ainsi, le périmètre de l'établissement pris en compte est celui de 2016 et non celui de 2011).

Graphique n° 2 : cumul de l'évolution annuelle de l'activité entre 2011 et 2017



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2017, hors séances

2 - Des effets de périmètre qui expliquent une partie des divergences

Ces évolutions divergentes entre CHU ne peuvent trouver leur origine dans les seuls facteurs démographiques ou les différentiels d'attractivité des CHU dans leurs territoires (cf. annexe 6). Certaines modifications de périmètre ont joué un rôle important dans l'évolution des chiffres d'activité des CHU.

a) L'impact des nouvelles règles de production des séjours depuis janvier 2016

Jusqu'à la campagne tarifaire 2016, les modalités de remontée des données d'activité par établissement variaient selon leur nature. Ainsi, les établissements du secteur public produisaient leurs données d'activités par entité juridique tandis que les établissements du secteur privé produisaient leurs données d'activités par entité géographique. Le Conseil d'État, par un arrêt en date du 30 juin 2015²², a déclaré illégale cette différence de traitement entre établissements de santé de statuts juridiques différents²³. De ce fait, le ministère de la santé a harmonisé les modalités de production des séjours médicaux, en alignant les règles, pour tous les établissements, sur celles du secteur privé faisant référence à la notion d'entité géographique²⁴.

²² Conseil d'État, 1^{ère} / 6^e SSR, APHP contre CPAM de Paris.

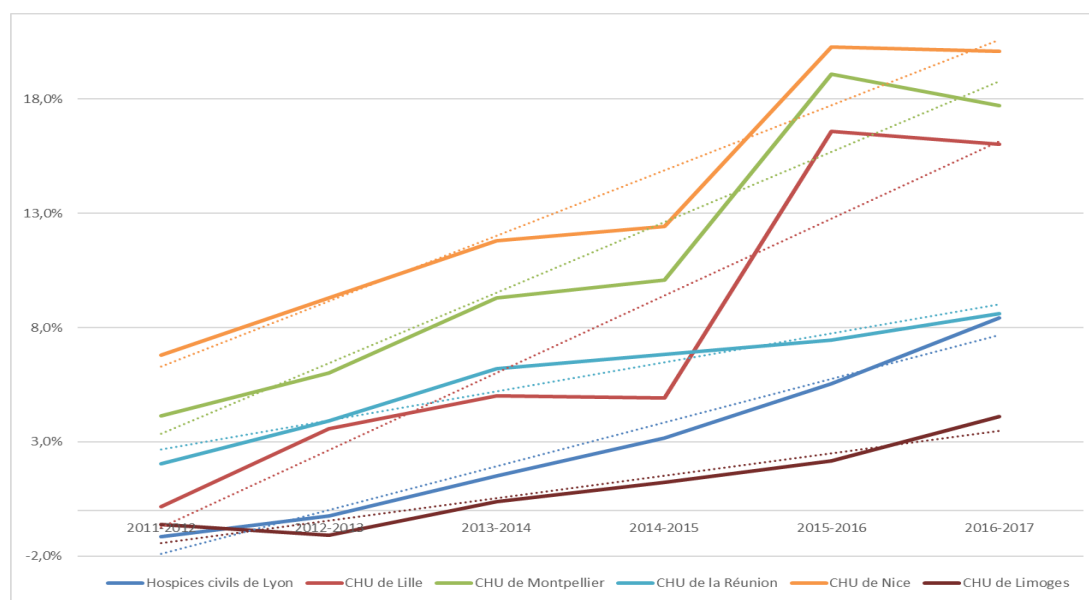
²³ L'arrêt du 22 février 2008 en retenant, pour distinguer le transfert et la mutation d'un patient entre deux unités médicales d'hospitalisation, un critère d'appartenance de ces unités à la même entité juridique lorsqu'il s'agit d'établissements de santé publics et d'appartenance à la même entité géographique lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés, a selon le Conseil d'État « opéré une différence de traitement sans rapport avec son objet, qui est de définir les modalités de la facturation, par groupes homogènes de séjour, des prestations d'hospitalisation dont un même patient est l'objet ».

²⁴ Circulaire n° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé.

Cette modification a entraîné une augmentation artificielle de l'activité pour l'année 2016, pour les seuls établissements publics disposant de plusieurs sites géographiques (dotés chacun d'un numéro FINESS spécifique) et pour lesquels des patients sont régulièrement amenés à être transférés d'un site à l'autre au décours d'une même séquence hospitalière. Auparavant dénommés mutations ou transferts donnant lieu à un seul séjour hospitalier, ces transferts donnent lieu à un deuxième séjour à partir de 2016, distinct du premier et augmentent de ce fait l'activité mesurée en nombre de séjours pour les établissements multisites MCO. Les CHU sont particulièrement concernés par cette mesure, mais de façon très inégale, liée uniquement au niveau de dispersion de leurs sites de prises en charge²⁵.

Ainsi, parmi les trois CHU les plus impactés par cette réforme du fait de leur caractère multisite²⁶, figurent les CHU de Montpellier, de Lille et de Nice. Or ces établissements sont également parmi les CHU ayant connu la plus forte progression d'activité entre 2011 et 2017 (en moyenne +18,9 %), cette augmentation se concentrant entre 2015 et 2016. *A contrario*, pour les trois CHU les moins impactés par cette mesure (HCL, CHU de Limoges et de la Réunion), la progression moyenne de l'activité de chaque CHU n'est que de +7,2 % sur la période. Interrogé sur ce nouveau mode de décompte de l'activité, le CHU de Montpellier a estimé son impact à 7 654 séjours nouveaux en 2016 soit une progression de +9 % de son activité en 2016. Sans cette modification, la progression de l'activité du CHU de Montpellier aurait été de +2,1 %. Le CHU de Dijon estime cet impact à +1 000 séjours en 2016 (sur un total de +15 800 nouveaux séjours entre 2011 et 2016).

Graphique n° 3 : évolution annuelle cumulée du taux de progression de l'activité pour 6 CHU



Source : ATIH, PMSI 2011 à 2017

²⁵ Cependant, cette mesure est sans incidence pour l'APHP, l'APHM et les HCL, qui bénéficiaient déjà de ce mode de calcul depuis 2008.

²⁶ La notion « multisite » étant définie par l'existence de plusieurs numéros FINESS dits géographiques rattachés à l'unique numéro FINESS juridique de chaque établissement de santé.

b) Les modifications induites par les circulaires « frontières »

Chaque prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville au moyen de consultations ou d'actes externes ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS. Toutefois, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes techniques et justifiant le recours à une équipe paramédicale dont la coordination est assurée par un médecin, il est possible dans certaines conditions aux établissements de facturer un GHS.

La limite (d'où le nom d'actes « frontières » pour définir ces actes) entre une prise en charge relevant d'une hospitalisation, d'une prestation intermédiaire et d'une prise en charge relevant de la médecine de ville ou de l'activité externe est parfois difficile à établir du fait notamment du nombre important de situations cliniques : il n'existe pas de liste exhaustive des actes frontières. Des « circulaires frontières » successives²⁷ ont visé à préciser ces limites, sans pour autant répondre à l'ensemble des situations, créant des conflits d'interprétation entre établissements et assurance maladie, notamment autour des prises en charge en hôpital de jour.

À ce titre, le CHU de Bordeaux, qui a connu une faible évolution de son activité, identifie trois modifications ayant induit une baisse significative du nombre de séjours entre 2011 et 2016 :

- janvier 2012 : l'activité de fibroscan²⁸ qui représente environ 3 000 séjours d'hôpital de jour a basculé en totalité en activité externe ;
- mars 2013 : l'activité de réadaptation cardiaque en hôpital de jour MCO, soit environ 2 600 séjours, a basculé en hôpital de jour SSR ;
- 2015-2016 : 3 000 séjours d'hospitalisation des urgences adultes ont été reclassés en activité externe. Cette baisse des séjours a été compensée par l'augmentation de l'activité des urgences (en ATU²⁹).

Au total, pour le CHU de Bordeaux, ces changements de périmètre représentent une perte de séjours potentiels de l'ordre de 8 600 séjours. De plus, le CHU de Bordeaux a été faiblement impacté par la modification des règles de production des séjours évoquées ci-dessus.

c) Une pluralité de facteurs qui expliquent les écarts entre CHU

Au-delà des seuls effets de périmètre décrits *supra*, il est difficile de trouver un facteur unique ou même principal expliquant les différences d'évolution d'activité entre CHU. En effet, les raisons sont vraisemblablement multifactorielles et spécifiques à chaque bassin de population couvert par les CHU. Ils peuvent relever de facteurs populationnels (épidémiologie, niveau de socio-professionnel, densité de population), concurrentiels (implantation et parts du marché du secteur privé, présence d'un CLCC, maillage territorial de l'offre de soins) ou organisationnels (capacité à prendre le virage ambulatoire, gestion des séjours non programmés, recours à l'HAD, etc.).

²⁷ Circulaire DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée, modifiée par l'instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

²⁸ Le FibroScan est un dispositif médical de diagnostic et de quantification non invasif de la fibrose hépatique.

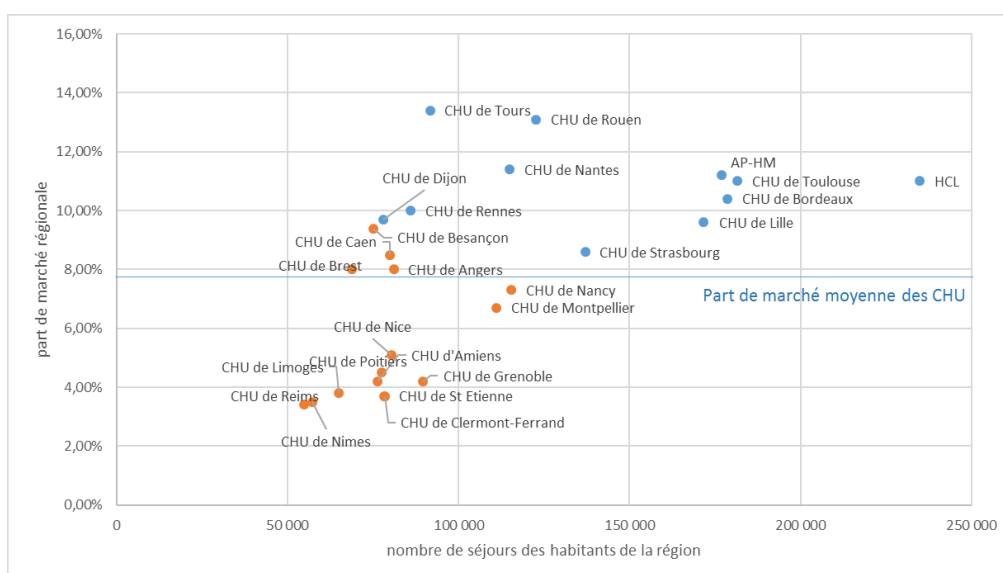
²⁹ Le nombre d'ATU (Accueil et Traitement des Urgences) correspond au dénombrement du volume de passages aux urgences n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation et faisant l'objet de la facturation d'un forfait d'accueil et traitement des urgences.

Le CHU de Dijon, dont la progression d'activité est la plus forte entre 2011 et 2017, estime que celle-ci été rendue possible par une amélioration de l'organisation du CHU visant à réduire la durée moyenne des séjours : création d'une cellule gestion des flux couvrant un périmètre de plus de 1 000 lits, création d'une unité d'accueil « J0 » permettant d'accueillir les patients le jour même de leur hospitalisation (et non pas la veille), développement des liens avec l'HAD, création d'une unité temporaire de médecine polyvalente, définition d'une organisation robuste pour améliorer la prise en charge des patients de médecine hébergés en chirurgie, mise en place de la réhabilitation améliorée après chirurgie. Ces mesures se sont traduites par une amélioration de la DMS globale du CHU et de ses taux d'occupation³⁰.

C - Des parts de marché plus fortes pour les CHU situés dans les chefs-lieux de région

Au sein du périmètre des nouvelles régions, les CHU présentent en 2016 des parts de marché allant de 3,5 % pour le CHU de Reims, jusqu'à 64,1 % pour le CHU de la Martinique³¹. Au sein des 27 CHU métropolitains, l'APHP avec 27,2 % occupe la première place, suivie par le CHU de Tours (13,4 %) et le CHU de Rouen (13,1 %). Les CHU situés dans des communes chefs-lieux de région disposent des plus fortes parts de marché. Cependant cette situation peut s'expliquer tout autant par l'effet d'attractivité que peuvent créer les CHU de grande taille, que du découpage régional des régions. En effet, les CHU situés en limite de région sont pénalisés par cet indicateur (comme les CHU de Reims et Nîmes).

Graphique n° 4 : corrélation entre part de marché régionale et nombre de séjours par CHU



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH, 2016 (scan santé). Hors APHP et CHU ultra-marins. Lecture : les points bleus correspondent aux CHU situés dans les chefs-lieux de région ; les points orange correspondent aux autres CHU

³⁰ IP-DMS global de 0,928, des taux d'occupation de 95 %, un taux de chirurgie ambulatoire de 43,2 %, et un taux de médecine sans nuitée de 37,4 % (données 2017, source : CHU de Dijon).

³¹ Du fait de leur insularité, les CHU ultra-marins ont les plus fortes parts de marché de l'ensemble des CHU.

Si l'analyse de l'activité globale des CHU renseigne sur le poids respectif de chacun, elle n'apporte aucun éclairage sur les trois niveaux de prise en charge que sont les activités de proximité, d'expertise et de recours.

III - Une activité de proximité des CHU peu spécifique et soumise à la concurrence des cliniques privées

Afin de mesurer la part que représente la proximité dans les soins délivrés par les CHU, le choix a été fait de retenir la méthode mise au point par l'ATIH et de se fonder sur l'analyse des 20 racines de GHM les plus fréquemment retrouvées dans chaque catégorie d'établissement de santé.

A - Une activité de proximité des CHU qui ne se distingue généralement pas de celle des centres hospitaliers non universitaires de grande taille

1 - L'activité de proximité des CHU : un séjour sur quatre réalisé en CHU contre un sur trois en CH

En ne prenant en compte que les 20 racines de GHM les plus fréquentes, l'activité de proximité, toutes catégories d'établissements de santé confondues, regroupe en 2016 près de 6,9 millions de séjours, soit 37,3 % de l'activité hospitalière totale (hors séances). Parmi les établissements MCO, les cliniques privées présentent la plus forte proportion de séjours de proximité avec 49,6 %, les CH avec 32,1 % affichent un niveau intermédiaire entre les ESPIC (36,3 %) et le SSA (31,3 %). À l'opposé les CHU présentent le taux le plus faible avec 24,8 %. La même méthodologie appliquée aux données 2011 ne fait pas apparaître de variations significatives.

Tableau n° 1 : comparaison de la proportion de l'activité de proximité dans l'activité totale des établissements de santé (2016)

| | CHU | CH | clinique | CLCC | ESPIC | SSA | TOTAL |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Activité totale (en nombre de RSA) | 4 050 213 | 6 482 592 | 6 652 745 | 211 361 | 1 055 358 | 86 660 | 18 538 929 |
| dont activité de proximité | 1 003 415 | 2 079 141 | 3 296 874 | 125 527 | 382 669 | 27 148 | 6 914 774 |
| Part de l'activité de proximité dans le total | 24,8 % | 32,1 % | 49,6 % | 59,4 % | 36,3 % | 31,3 % | 37,3 % |
| Part de l'activité de proximité dans le total 2011 | 24,5 % | 32,3 % | 48,6 % | 61,1 % | 35,1 % | 28,1 % | 34,0 % |

Source : ATIH, PMSI 2011 et 2016, hors séjours de la CMD 28, GHM erreurs et PIE

Ces différences résultent de la diversité du panier de soins (ou *case mix*³²) de chaque catégorie d'établissements. Ainsi, plus le *case mix* d'un établissement de santé est large, plus cette proportion d'activité de proximité tend à diminuer. Ainsi, les 30 plus importants centres hospitaliers français³³, qui disposent d'un *case mix* élargi au regard des autres CH, ont une proportion d'activité de proximité de 29,7 % au sein leur activité totale.

2 - Une activité de proximité des CHU similaire à celle des CH de grande taille

En ne prenant en compte que les 30 CH ayant réalisés en 2016 la plus forte activité en volume de séjours, les différences entre CHU et CH paraissent faibles. Ainsi, une partie importante de l'activité de proximité des CHU et de ces 30 CH est identique (16 racines de GHM sur 20 soit 81,7 % de l'activité de proximité des CHU).

Si l'activité de proximité est étendue aux 50 racines de GHM retrouvées les plus fréquemment dans les établissements, il demeure alors 2 racines fréquentes dans les CHU et absentes de l'activité de proximité des CH. Il s'agit des activités d'exploration du système respiratoire (136^e position dans le *case mix* des 30 CH) et les explorations du système nerveux (127^e position). Ces deux activités représentent en 2016, 79 728 séjours en CHU soit 2 % de leur activité totale.

Tableau n° 2 : liste des racines figurant parmi les 20 plus fréquentes retrouvées en CHU mais non retrouvées dans les 20 racines les plus fréquentes des 30 plus importants CH

| Racine | Volume de séjours en RSA | Position de la racine dans le <i>case mix</i> des 30 CH | Libellé de l'activité |
|--------|--------------------------|---|---|
| 01K04 | 45 304 | 36 | Injections de toxine botulique, en ambulatoire |
| 10M13 | 58 376 | 46 | Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques |
| 01M32 | 48 239 | 127 | Explorations et surveillance pour affections du système nerveux |
| 04M22 | 31 489 | 136 | Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire |

Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, PMSI 2016

³² Le *case mix* hospitalier désigne l'éventail des cas pris en charge par un établissement de santé donné. On désigne ainsi la typologie des hospitalisations résultant du classement en GHM des prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

³³ La liste de ces établissements figure en annexe 4.

3 - Des modalités de prise en charge en CHU comparables à celles réalisés dans les CH de plus grande taille

En 2016, l'activité de proximité des CHU ne comporte que 5 % de séjours chirurgicaux³⁴ et 56 % de séjours de médecine³⁵. Les CH ont un profil d'activité de proximité similaire (6,2 % de séjours chirurgicaux et 52 % de séjours de médecine). À l'opposé, l'activité de proximité des cliniques est composée à 43 % de séjours chirurgicaux et de 5 % de séjours de médecine. L'activité d'obstétrique de proximité est essentiellement assurée par le secteur ex-DGF³⁶ (25,7 % en CH, 19,6 % en CHU et 17,7 % en ESPIC) alors que le secteur ex-OQN n'assure que 4,2 % des séjours de proximité en obstétrique.

Tableau n° 3 : répartition des activités de proximité (20 racines) de chaque catégorie d'établissements de santé en fonction de la nature de l'activité (chirurgie, médecine, interventionnelle et obstétrique)

| | Nombre de séjours de proximité | Nombre de séjours en chirurgie (hors CMD 14) | % activité de chirurgie | Nombre de séjours en médecine (hors CMD 14) | % activité de médecine | Nombre de séjours interventionnels (hors CMD 14) | % activité interventionnelle | Nombre de séjours d'obstétrique (CMD 14) | % activité d'obstétrique |
|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|---|------------------------|--|------------------------------|--|--------------------------|
| CHU | 1 003 415 | 49 906 | 5,0 % | 562 125 | 56,0 % | 196 377 | 19,6 % | 195 007 | 19,4 % |
| CH | 2 079 141 | 129 101 | 6,2 % | 1 123 568 | 54,0 % | 292 244 | 14,1 % | 534 228 | 25,7 % |
| CLCC | 125 527 | 28 278 | 22,5 % | 75 082 | 59,8 % | 22 167 | 17,7 % | 0 | 0,0 % |
| Cliniques | 3 296 874 | 1 417 063 | 43,0 % | 163 465 | 5,0 % | 1 576 445 | 47,8 % | 139 901 | 4,2 % |
| ESPIC | 382 669 | 65 622 | 17,1 % | 118 245 | 30,9 % | 131 225 | 34,3 % | 67 577 | 17,7 % |
| SSA | 27 148 | 6 897 | 25,4 % | 15 527 | 57,2 % | 4 724 | 17,4 % | 0 | 0,0 % |
| Total | 6 914 774 | 1 696 867 | 24,5 % | 2 058 012 | 29,8 % | 2 223 182 | 32,2% | 936 713 | 13,5 % |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016

³⁴ C'est-à-dire les racines de séjours en C figurant parmi les 20 racines de GHM les plus fréquentes dans les CHU (hors obstétrique -CMD 14- et séances -CMD 28).

³⁵ C'est-à-dire les racines de séjours en M et Z figurant parmi les 20 racines de GHM les plus fréquentes dans les CHU (hors obstétrique -CMD 14- et séances -CMD 28).

³⁶ C'est-à-dire les racines de séjours en C, M, Z et K de la CMD 14 figurant parmi les 20 racines de GHM les plus fréquentes (hors séances -CMD 28).

Au total, une quasi similarité est observée entre l'activité de proximité des CHU et celle des CH de taille importante. En effet, les proportions de cette activité dans l'activité totale apparaissent proches et la nature des soins délivrés et les modalités de prise en charge sont comparables. L'analyse de l'activité de proximité peut être enrichie par une analyse spécifique aux activités ambulatoires.

B - Un virage ambulatoire pris avec retard par les CHU

Les activités de soins ambulatoires sont dans la plus grande partie des cas des soins de proximité. Leur développement est un axe fort des stratégies hospitalières depuis plusieurs années, mobilisant l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales. Parmi les thématiques du plan triennal d'efficience et de performance du système de santé (« plan ONDAM ») lancé en 2015, figure la notion de « virage ambulatoire ». Celui-ci vise à assurer la promotion des alternatives à l'hospitalisation complète chaque fois que cela est possible, en accord avec le patient et dans son intérêt.

1 - La lente diffusion de la chirurgie ambulatoire dans les CHU

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge exigeant sur le plan organisationnel, centré sur le patient, qui se caractérise par une gestion de flux autour d'une unité de lieu, de temps (moins de 12h) et d'action (action coordonnée et globale de l'équipe de soins).

L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissements de santé montre de grandes disparités. Ainsi les cliniques privées lucratives constituent le premier offreur de soins en la matière avec 61,9 % de chirurgie ambulatoire, suivies par les ESPIC (52 %) et les CH (48,2 %). Les CHU figurent en dernière position (35,4 %), leur retard s'étant même accentué depuis 2011³⁷. Cependant, la comparaison entre le taux de chirurgie ambulatoire des CHU et celui du secteur privé lucratif doit être considérée avec précaution étant donnée la méthode de calcul du taux de chirurgie ambulatoire. En effet, si le numérateur du taux de chirurgie ambulatoire regroupe des interventions chirurgicales équivalentes pour l'ensemble des établissements, le dénominateur inclut pour les CHU, une diversité de types de séjours beaucoup plus importante, ce qui tend à faire baisser le taux de chirurgie ambulatoire des CHU.

³⁷ La comparaison entre le taux de chirurgie ambulatoire des CHU et celui du secteur privé lucratif doit être considérée avec précaution étant donnée la méthode de calcul du taux de chirurgie ambulatoire. En effet, si le numérateur du taux de chirurgie ambulatoire regroupe des interventions chirurgicales équivalentes, le dénominateur inclut pour les CHU, une diversité de typologie de séjours beaucoup plus importante.

Tableau n° 4 : évolution du taux de chirurgie ambulatoire³⁸ par catégorie d'établissements entre 2011 et 2016

| Catégorie d'établissements | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CHU | 28,2 % | 29,0 % | 30,4 % | 31,8 % | 33,2 % | 35,4 % |
| CH | 39,5 % | 40,8 % | 42,5 % | 44,2 % | 46,1 % | 48,2 % |
| CLCC | 29,6 % | 32,2 % | 33,9 % | 38,8 % | 44,4 % | 46,8 % |
| ESPIC | 40,7 % | 42,6 % | 45,5 % | 47,5 % | 49,7 % | 52,0 % |
| Cliniques | 51,9 % | 53,2 % | 55,2 % | 57,5 % | 59,6 % | 61,9 % |
| SSA | 25,8 % | 28,3 % | 32,9 % | 36,9 % | 40,1 % | 40,4 % |
| TOTAL | 44,9 % | 46,1 % | 48,0 % | 50,0 % | 51,9 % | 54,1 % |

Source : ATIH, PMSI 2011-2016

Les principaux arguments avancés pour expliquer ce retard des CHU en matière de chirurgie ambulatoire portent sur la spécificité des missions des CHU en termes d'activité de recours et d'expertise, la technicité plus importante des prises en charge qui en découle ainsi que la plus grande sévérité des patients pris en charge en CHU. Pourtant, le taux de recours aux 55 gestes marqueurs³⁹, indicateur objectif permettant d'évaluer le potentiel de transférabilité des actes en chirurgie ambulatoire, montre que ces arguments ne sont pas suffisants. En effet avec moins de 70 % de taux de chirurgie ambulatoire, les CHU présentent en 2016 un retard de plus de 12 % à la moyenne nationale et plus de 8 % au regard de l'activité des CH.

Tableau n° 5 : taux de chirurgie ambulatoire 2014 et 2016 pour les 55 gestes marqueurs

| Catégorie d'établissements | 2014 | | | 2016 | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| | nombre de séjours | nombre de séjours en ambulatoire | taux de chirurgie ambulatoire | nombre de séjours | nombre de séjours en ambulatoire | taux de chirurgie ambulatoire |
| CHU | 334 294 | 219 067 | 65,5 % | 344 992 | 239 959 | 69,6 % |
| CH et SSA | 609 278 | 446 273 | 73,2 % | 613 113 | 476 434 | 77,7 % |
| CLCC | 23 267 | 15 174 | 65,2 % | 24 873 | 17 460 | 70,2 % |
| ESPIC | 217 495 | 171 484 | 78,8 % | 165 702 | 133 456 | 80,5 % |
| Cliniques | 1 987 116 | 1 627 167 | 81,9 % | 2 101 080 | 1 792 859 | 85,3 % |
| TOTAL | 3 171 450 | 2 479 165 | 78,2 % | 3 249 760 | 2 660 168 | 81,9 % |

Source : CNAMTS, PMSI, 2016

³⁸ Le nouveau périmètre du taux de chirurgie ambulatoire a été appliqué sur l'ensemble des données 2011 à 2016 en cohérence avec l'instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

³⁹ Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être systématiquement réalisées en ambulatoire.

L'assurance maladie considère que la part des activités de recours et d'expertise pouvant justifier une certaine atypie des CHU par rapport à des établissements plus petits est souvent surestimée par les équipes hospitalières des CHU. Ainsi la CNAMTS estime que l'essentiel du potentiel de croissance en chirurgie ambulatoire par établissement réside aujourd'hui dans les CHU : près de la moitié des CHU ont un potentiel ambulatoire supérieur à 2 000 actes/an (jusqu'à 5 000) alors que 50 % des cliniques ont un potentiel ambulatoire supérieur à 1 000 actes/an (jusqu'à 3 000)⁴⁰.

2 - Un effort des CHU qui ne rattrape pas les retards initiaux

Au sein du groupe des CHU, le virage ambulatoire n'a pas été envisagé de la même façon, certains se montrant plus en avance que d'autres. La dynamique engagée au cours des dernières années semble néanmoins porter ses fruits, puisque la diffusion de la chirurgie ambulatoire s'opère sur un rythme homogène, sans néanmoins arriver à totalement gommer les retards initiaux, à de rares exceptions près.

L'écart à la moyenne s'est réduit entre 2011 et 2016⁴¹, témoignant d'une plus grande homogénéité des pratiques entre les CHU. Ainsi l'ensemble des courbes de progression du taux de chirurgie ambulatoire des CHU se situe dans un corridor de plus en plus resserré que forme la progression du CHU de Dijon (en haut) et celle du CHU de Nancy (en bas) jusqu'en 2015.

Certains établissements se sont particulièrement distingués. Ainsi, le CHU de Nancy a connu une forte progression de son taux de chirurgie ambulatoire, en particulier entre 2015 et 2016, qui est d'autant plus remarquable qu'en 2011, il présentait le taux de chirurgie ambulatoire le plus faible de l'ensemble des CHU. Le taux atteint en 2016 par le CHU de Nancy le situe désormais au-dessus de la médiane des CHU, soit +16,4 % sur la période contre +7,2 % pour la moyenne CHU. Cette forte accélération s'explique par l'intégration d'un centre de chirurgie orthopédique et traumatologique⁴² comportant un secteur réputé de chirurgie de la main. Ceci explique aussi le mauvais classement antérieur à 2016 du CHU de Nancy, face à des CHU qui avaient déjà l'activité de chirurgie de la main dans leur *case mix*.

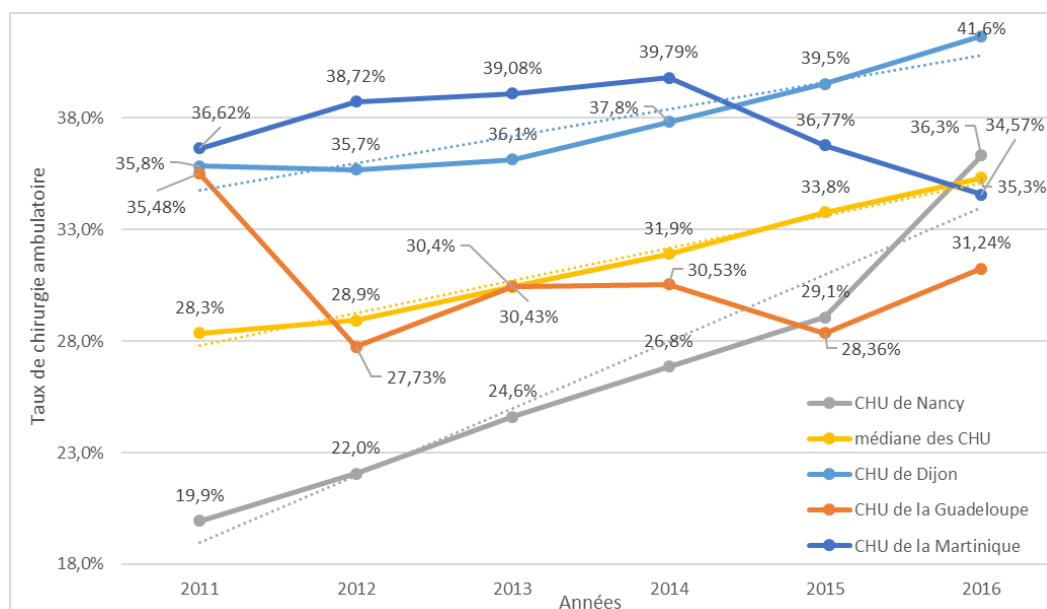
A contrario, les CHU de la Martinique et de la Guadeloupe connaissent une progression erratique de leurs taux de chirurgie ambulatoire sans pour autant que ces établissements s'éloignent de la moyenne des autres CHU.

⁴⁰ Source : CNAMTS sur la base des données PMSI 2016. Afin de permettre aux équipes d'objectiver la spécificité de leur patientèle (actes, âges, niveaux de sévérité), la CNAMTS a construit un outil de data visualisation dédié à la chirurgie ambulatoire. Cet outil qui a vocation à être utilisé dans le cadre des dialogues de gestion avec l'assurance maladie et les ARS doit permettre aux CHU de mieux exploiter leur potentiel de transférabilité en ambulatoire.

⁴¹ Écart type de 2,8 % en 2011 contre 4,1 % en 2016.

⁴² Le centre chirurgical Émile Gallé, reposant sur un syndicat inter-hospitalier CHU/UGECAM, était *de facto* géré par le CHU, mais son activité en demeurait administrativement distincte. Son absorption en 2016 a permis au CHU d'intégrer dans ses statistiques, l'activité de la chirurgie de la main, réalisée à plus de 80 % en ambulatoire. Cette seule intégration a permis au CHU de gagner 2 600 séjours (sur 10 000).

Graphique n° 5 : évolution du taux de chirurgie ambulatoire médian des CHU comparée à celle de quatre CHU



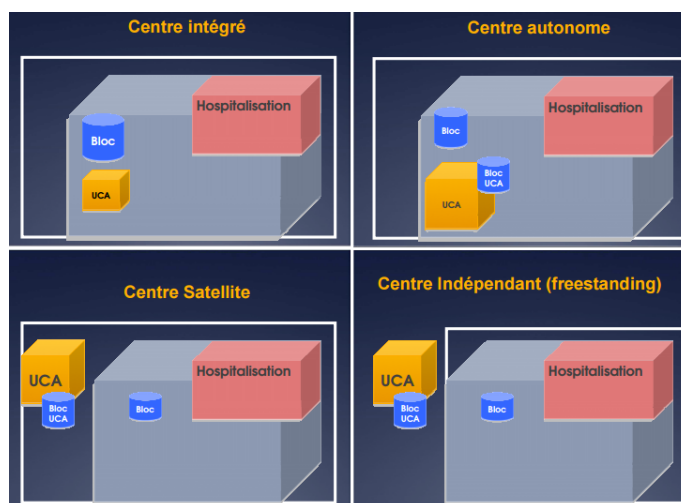
Source : Cour des comptes d'après l'ATIH, PMSI 2011 à 2016

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que le développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement dépend avant tout de la mise en place d'une organisation adaptée et de circuits patients spécifiques. Dès 1993⁴³, une typologie des organisations hospitalières en chirurgie ambulatoire a été élaborée autour de quatre modèles d'organisation :

- des unités de chirurgie ambulatoire intégrées : ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisées dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires ;
- des unités de chirurgie ambulatoire autonomes : ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel ;
- des unités de chirurgie ambulatoire satellites : ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire (bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé en dehors du bloc traditionnel dans le périmètre de l'établissement de santé) ;
- des unités de chirurgie ambulatoire indépendantes : ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Il s'agit d'une structure de chirurgie ambulatoire totalement détachée d'un établissement de soins classiques (hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement).

⁴³ Conférence de consensus de la fondation Avenir pour la recherche médicale appliquée des 23, 24 et 25 mars 1993, repris dans l'*Abécédaire de la chirurgie ambulatoire*, CNAMTS et ministère de la santé (2009).

Schéma n° 2 : les quatre types d'organisations en chirurgie ambulatoire



Source : CNAMTS et ministère de la santé, abécédaire de la chirurgie ambulatoire (2009).

Le système sanitaire français a retenu une organisation sous forme de centres intégrés ou parfois de centres autonomes⁴⁴, tout particulièrement fréquents en CHU. Pourtant sans un plateau technique chirurgical dédié aux flux des patients ambulatoires⁴⁵, il est difficile de voir progresser le taux de chirurgie ambulatoire⁴⁶.

De ce fait, certains CHU mettent en œuvre des plateaux techniques chirurgicaux dédiés à la chirurgie ambulatoire situés géographiquement à distance à la fois des flux de patients non programmés et des flux de patients devant subir une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation conventionnelle (centres satellites). C'est le cas à l'APHP avec les deux unités de chirurgie ambulatoire de la Pitié-Salpêtrière et de l'hôpital Cochin ouvertes en 2018, dotées de salles de bloc dédiées à la chirurgie ambulatoire et construites en une année sur l'emplacement d'anciennes zones de stationnement. Le CHU de Rouen développe un projet similaire (bâtiment ROBEC).

Au-delà de la seule question architecturale, la mise en place de dispositifs favorisant les entrées à zéro jour et les réductions de DMS (salons d'entrée et de sortie, hôtel hospitalier) et la capacité à faire face aux problématiques de postes vacants, notamment en anesthésie-réanimation, sont des éléments déterminants pour favoriser la progression de l'activité de chirurgie ambulatoire.

⁴⁴ Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

⁴⁵ Sur un même plateau technique opératoire, le mélange des flux de patients programmés en ambulatoire, programmés en hospitalisation complète ou encore non programmés en urgence est de nature à freiner l'efficacité de l'activité chirurgicale ambulatoire.

⁴⁶ Position tenue par l'association française de chirurgie ambulatoire sur la base de comparaisons internationales.

C - Le secteur privé lucratif, principal concurrent des CHU en matière de soins de proximité

En raison de leur implantation géographique dans des métropoles urbaines, les CHU sont principalement en concurrence avec les cliniques privées à but lucratif, dont l'équilibre économique repose sur un recrutement de proximité au sein d'un bassin de vie dense.

1 - Une concurrence autour de spécialités médicales disposant d'importantes files actives de patients

Une partie significative de l'activité de proximité des CHU et des cliniques privées est similaire. En effet, parmi les 20 racines de GHM les plus fréquentes dans les CHU et les cliniques, sept racines sont communes, soit 40,1 % de l'activité de proximité des CHU et 50,5 % de l'activité de proximité des cliniques. Si le champ des activités de proximité est étendu aux 50 racines de GHM les plus fréquemment présentes dans le *case mix* des établissements, alors près de 70 % de l'activité de proximité des cliniques est superposable à celle des CHU.

Cette concurrence s'exerce principalement dans cinq domaines : les activités d'obstétrique et néonatale, la cardiologie interventionnelle, les endoscopies digestives, la chirurgie de la cataracte et l'urologie.

**Tableau n° 6 : liste des activités de proximité des CHU et des cliniques
en forte concurrence**

| Domaine | Racine de GHM | Libellé | CHU | | | Cliniques | | |
|-------------------------------|---------------|---|-------------------|-------------------|--|-------------------|-------------------|--|
| | | | Nombre de séjours | Part de la racine | Part de la racine dans l'activité de proximité | Nombre de séjours | Part de la racine | Part de la racine dans l'activité de proximité |
| ophtalmologie | 02C05 | Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie | 49 906 | 1,2 % | 5,0 % | 602 740 | 9,1 % | 18,3 % |
| cardiologie interventionnelle | 05K06 | Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde | 29 215 | 0,7 % | 2,9 % | 76 186 | 1,1 % | 2,3 % |
| | 05K10 | Actes diagnostiques par voie vasculaire | 52 302 | 1,3 % | 5,2 % | 86 924 | 1,3 % | 2,6 % |
| explorations digestives | 06K02 | Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours | 21 491 | 0,5 % | 2,1 % | 407 246 | 6,1 % | 12,4 % |
| | 06K04 | Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire | 36 174 | 0,9 % | 3,6 % | 759 104 | 11,4 % | 23,0 % |
| urologie | 11C13 | Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques | 19 959 | 0,5 % | 2,0 % | 57 967 | 0,9 % | 1,8 % |
| Obstétrique | 14Z13 | Accouchements uniques par voie basse chez une primipare | 47 007 | 1,2 % | 4,7 % | 58 555 | 0,9 % | 1,8 % |
| | 14Z14 | Accouchements uniques par voie basse chez une multipare | 63 823 | 1,6 % | 6,4 % | 81 346 | 1,2 % | 2,5 % |
| néonatalogie | 15M05 | Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) | 124 353 | 3,1 % | 12,4 % | 163 465 | 2,5 % | 5,0 % |
| Total | | | 444 230 | 11,0 % | 44,3 % | 2 293 533 | 34,5 % | 69,6 % |

Source : ATIH, PMSI, 2016

Dans une approche plus large englobant la totalité de l'activité des CHU et des cliniques, le PMSI permet d'évaluer la répartition des parts de marché entre CHU et secteur ex-OQN.

En effet, l'activité hospitalière est découpée en 27 catégories majeures de diagnostic (CMD) qui correspondent aux principales spécialités médicales⁴⁷. Ainsi, la catégorie des affections de l'œil (CMD 02) regroupe l'ensemble des GHM en lien avec les pathologies de l'œil, quelles que soient les modalités de prise en charge (médicale, chirurgicale, interventionnelle) et quel que soit le diagnostic principal, les comorbidités associées et le niveau de sévérité qui en résulte.

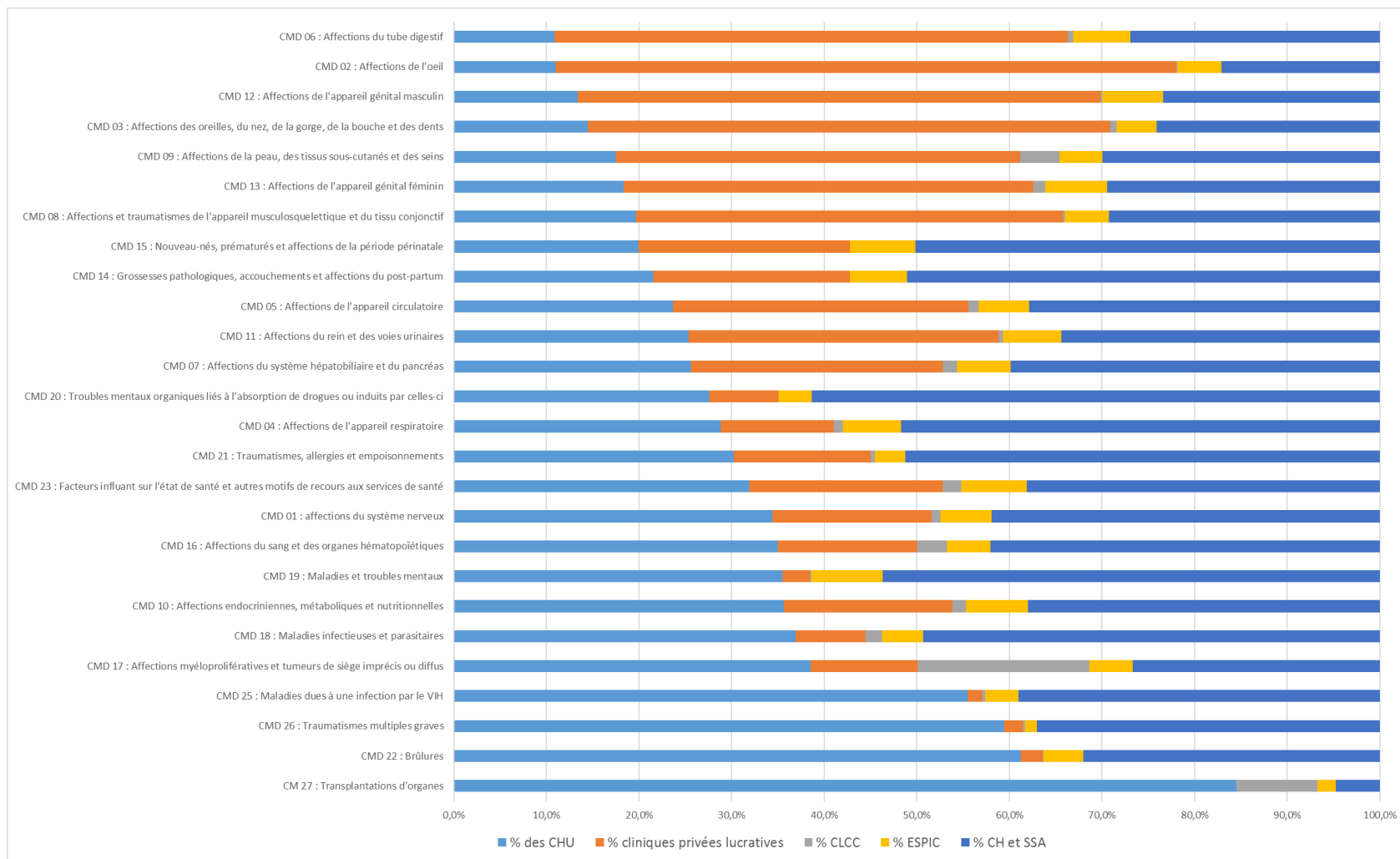
Au niveau national, la part de marché des CHU dans l'activité hospitalière totale (hors séances) est de 21,8 %, contre 35,9 % pour les cliniques et 35,5 % pour les CH et SSA réunis. Cependant, cette part de marché présente des variations considérables en fonction de la CMD retenue. En effet, les CHU réalisent plus de 50 % des parts de marché dans quatre CMD : transplantations d'organes (84,5 % des parts de marché en 2016), brûlures (61,3 %), traumatismes multiples graves (59,4 %) et maladies dues à une infection par le VIH (55,5 %). Cependant ces CMD représentent une faible quantité de séjours (42 271 séjours en 2016 pour la France entière, soit 0,2 % de l'activité nationale réalisée dans 65,7 % des cas en CHU). Les cliniques privées lucratives sont quasiment absentes de ces activités (645 séjours en 2016 pour ces 4 CMD).

A contrario, les CHU ont de faibles parts de marché dans les CMD regroupant un nombre important de patients : CMD liées aux affections du tube digestif (10,9 % des parts de marché en 2016), affections de l'œil (11 %), affections de l'appareil génital masculin (13,4 %) et affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents (14,5 %). Ces CMD regroupent 28 % des séjours totaux produits en 2016 (soit 5,18 millions de séjours) mais ne représentent que 15 % des séjours produits en CHU (soit 0,6 millions de séjours) et 45 % des séjours produits en cliniques privées lucratives (soit plus de 3 millions de séjours).

Au total, il apparaît un phénomène de « vases communicants » dans l'analyse des parts de marché du secteur ex-OQN et des CHU, traduisant le résultat de la forte concurrence que se livrent ces deux catégories d'établissements implantés sur les mêmes territoires de santé, urbanisés et concentrant une grande partie de la population de chaque région.

⁴⁷ Seule la CMD 28 (séances) regroupe un ensemble de prise en charge multidisciplinaire.

Graphique n° 6 : répartition des parts de marché entre catégories d'établissements de santé par CMD



Source : Cour des comptes, d'après les données de Scan santé, PMSI, 2016

2 - La forte concurrence avec le secteur privé lucratif en matière de séances

a) Un secteur privé lucratif fortement positionné

Du fait même de leur caractère itératif, les séjours réalisés dans le cadre de séances⁴⁸ participent à la notion de soins de proximité. Cependant si la majorité des séances traduisent une forte proximité entre le patient et le centre le prenant en charge (ex : dialyse dans des centres nombreux et disséminés sur le territoire), d'autres activités de séances concernent peu de patients, et sont exercées de ce fait dans un nombre restreint de centres dont les CHU (ex : aphérèses sanguine, oxygénothérapie hyperbare).

Les CHU prennent en charge 18,7 % des 10 millions de séances en 2016, contre 35,7 % pour les cliniques, 28 % pour les CH, 12,6 % pour les CLCC et 5 % pour les ESPIC.

Pour ce qui concerne les activités d'épuration extrarénale (45 % des séances totales en 2016), les CHU ne réalisent que 11,2 % de l'activité, largement dominée par le secteur privé lucratif (60,8 %) et les CH (24,1 %). En matière de radiothérapie et curiethérapie, les CLCC apparaissent en situation dominante avec respectivement 44,2 % et 73,5 % des parts de marché. Les CHU apparaissent en situation dominante pour des activités à faibles volumes qui concernent l'oxygénothérapie hyperbare (68,6 % des séances) et les aphérèses sanguines (90,3 %). Cependant le *case mix* des CHU en matière de séances est pour l'essentiel composé d'une activité de proximité dans des proportions proches du *case mix* des CH. Ainsi, 96 % des séances réalisées en CHU concerne l'épuration extra-rénale, la chimiothérapie, la radiothérapie et la transfusion sanguine, contre 99,8 % en moyenne dans les centres hospitaliers.

Au total, les CHU font face à une forte concurrence du secteur privé en matière de séances. Bien qu'ils prennent en charge une part significative des séances complexes (aphérèses) ou nécessitant un plateau technique coûteux (caisson hyperbare), ces séances ne représentent qu'une faible proportion de l'activité totale (3,8 %) et distinguent peu les CHU des autres centres hospitaliers.

b) Une progression notable des séances dans les CHU

Avec 1,87 million de séjours soit 32 % de l'activité totale des CHU en 2016, les séances constituent un pan d'activité important pour ces établissements. Entre 2011 et 2016, l'augmentation du volume des séances (+23,1 % en moyenne⁴⁹) apparaît forte au regard de l'activité hors séances (+9,5 %) mais également très variable entre CHU. Ainsi, certains CHU ont connu de fortes augmentations sur un nombre considérable de séjours⁵⁰. D'autres voient leur

⁴⁸ Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants : épuration extrarénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie et curiethérapie, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare et aphérèse sanguine. Les différentes modalités de réalisation de ces activités sont divisées en 19 racines de GHM, regroupées au sein d'une catégorie majeure de diagnostic spécifique (la CMD 28).

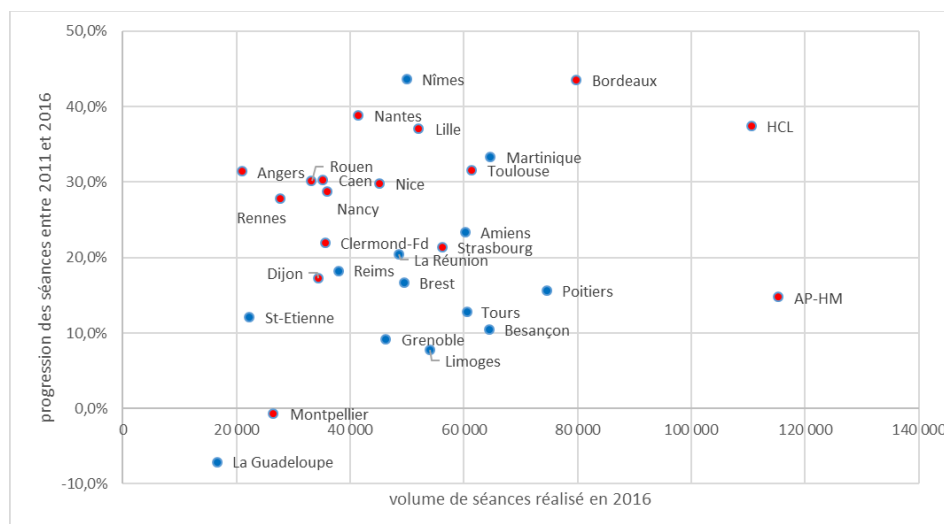
⁴⁹ Les séances étant des activités ambulatoires, elles ne sont pas concernées par la modification du mode de décompte des séjours intervenu en 2016.

⁵⁰ HCL, CHU de Bordeaux et Toulouse.

activité se développer plus faiblement⁵¹, voire régresser⁵². Au total, les séances occupent une place très variable dans l'activité totale des CHU : dans six CHU, la part des séances dans l'activité totale est inférieure à 25 %⁵³. *A contrario* cinq CHU voient cette part dépasser 40 %⁵⁴ de leur activité totale.

Au-delà des raisons démographiques et épidémiologiques, ces différences pourraient s'expliquer par la densité variable de l'offre de soins proposée dans chaque agglomération. Ainsi, les parts de marché des CHU pourraient être fonction de la présence concurrentielle d'un CLCC (pour les activités de radiothérapie, chimiothérapies, et curiethérapie). Pourtant la seule concurrence des CLCC ne suffit pas à expliquer ces évolutions comme le montre le nuage de points ci-dessous. Le maillage territorial en unités de dialyse médicalisées, assurant les diverses modalités d'hémodialyse pourrait également jouer un rôle significatif.

Graphique n° 7 : l'absence de corrélation entre le taux de progression de l'activité des séances entre 2011 et 2016 et le volume de séance en 2016 par CHU



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2016 (hors APHP)

Note de lecture : Les points bleus représentent l'activité des CHU situés dans des agglomérations dépourvues de CLCC, à l'inverse des points rouges.

⁵¹ CHU de St Etienne, Grenoble, Limoges.

⁵² CHU de Montpellier et CHU de la Guadeloupe.

⁵³ CHU de Montpellier, Angers, Rouen, Saint-Etienne, Lille et Toulouse.

⁵⁴ CHU de Nîmes, Limoges, Poitiers, Brest et Dijon.

3 - L'activité de médecine d'urgence : une concurrence moins vive avec les cliniques privées

La prise en charge des urgences constitue une activité de proximité exercée par l'ensemble des 30 CHU, à l'instar des 363 CH et CHR, des 29 ESPIC et des 141 cliniques privées réalisant une activité d'accueil des urgences⁵⁵.

Les CH constituent le premier offreur de soins en matière de médecine d'urgence avec 60,4 %⁵⁶ des passages en 2016 suivis par les CHU (21,5 %, soit une proportion proche de leur activité hospitalière totale de 21,8 %), puis les cliniques (12,7 % des passages), les ESPIC (4,4 %) et le SSA (1 %). Les CH apparaissent donc surreprésentés dans la prise en charge des urgences en comparaison de leurs places dans l'activité hospitalière totale (35 % hors séances) alors que les cliniques sont fortement sous représentées (35,9 % de l'activité hospitalière totale). Cette surreprésentation des CH s'explique avant tout par leurs missions de service public liées à la permanence de soins, alors que la proportion de cliniques disposant d'un service d'urgence est nettement plus faible.

Tableau n° 7 : comparaison des parts de marché des différentes catégories d'établissements de santé en matière de médecine d'urgence

| Catégorie d'établissements | séjours totaux (hors séances) | | nombre de passages aux urgences (ATU et hospitalisations) | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------|---|---------------|
| | TOTAL | % | TOTAL | % |
| CHU | 4 050 213 | 21,8 % | 4 483 562 | 21,5 % |
| Centres hospitaliers et CHR | 6 482 592 | 35,0 % | 12 587 098 | 60,4 % |
| ESPIC | 1 055 358 | 5,7 % | 922 152 | 4,4 % |
| Cliniques | 6 652 745 | 35,9 % | 2 648 548 | 12,7 % |
| SSA | 86 660 | 0,5 % | 199 103 | 1,0 % |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2016

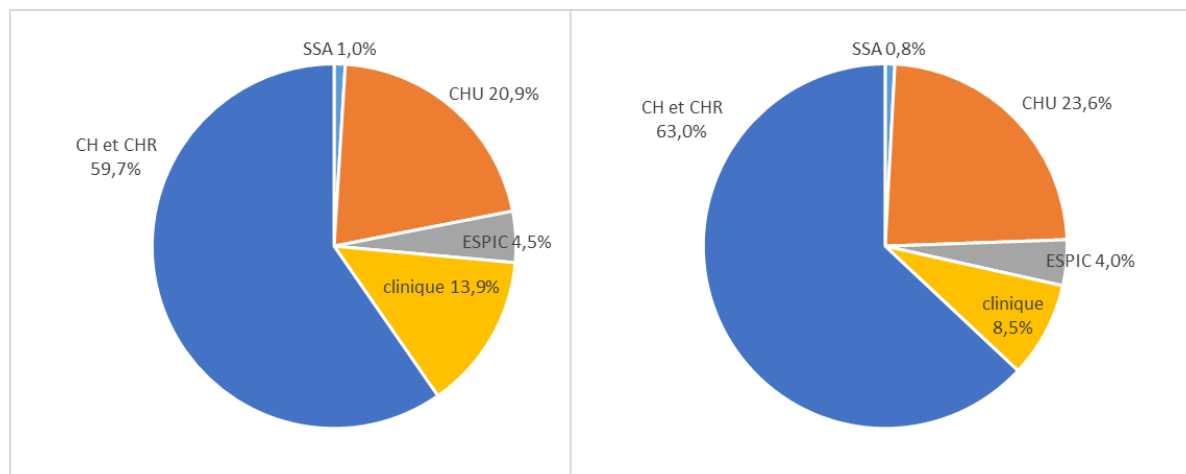
La proportion de patients se présentant aux urgences mais dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation⁵⁷ est quasi identique à la répartition évoquée ci-dessus, à la réserve près que la proportion est légèrement supérieure pour les cliniques (13,9 %) et légèrement inférieure pour les CH (59,7 %) et CHU (20,9 %). À l'inverse, la proportion de patients hospitalisés suite à un passage aux urgences s'avère supérieure en CH (63 %) et CHU (23,6 %) mais inférieure en clinique (8,5 %).

⁵⁵ Source : ATIH, données 2016.

⁵⁶ Chiffrage réalisé en regroupant les passages sans hospitalisations comptés en ATU et les passages ayant donné lieu à une hospitalisation (en UHCD et hors UHCD).

⁵⁷ Chiffrage réalisé à partir du volume d'ATU : Le forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les services d'accueil des urgences des établissements de santé autorisés à pratiquer cette activité. Le forfait ATU est dû pour chaque passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCO ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement.

Graphique n° 8 : proportions des patients accueillis en SAU et pris en charge sans hospitalisation (à gauche) et suivi d'une hospitalisation (à droite)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH

Cette situation traduit un profil de patientèle accueillie en urgence différent, dont l'origine prête à polémique entre le secteur privé lucratif et le secteur public. En effet, le secteur privé considère que la régulation par le SAMU-Centre 15 oriente de façon préférentielle les patients en urgence vers les hôpitaux publics, créant ainsi un biais de sélection. Le secteur public considère que le secteur privé opère un tri excessif à l'entrée de ses urgences entre patients lourds à forte DMS et patients ambulatoires⁵⁸. Cependant, le secteur public est bien souvent le premier offreur de soins en régions en matière de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) et détient, notamment en CHU, la majeure partie des lignes d'astreintes et de gardes reconnues et financées par les ARS, notamment pour les surspécialités médicales et chirurgicales.

IV - Des activités de recours très largement exercées en CHU, à la différence des activités d'expertise

Les activités de recours et d'expertise constituent l'une des spécificités des CHU et font le lien entre l'activité de soins et les missions de formation et de recherche. Ces activités nécessitent de mobiliser à la fois des plateaux techniques coûteux et évolutifs, associés à de multiples compétences médicales, paramédicales et techniques et une file active de patients suffisante au maintien d'un haut niveau d'expertise de l'ensemble des acteurs pour assurer la meilleure sécurité des soins. De ce fait, ces activités sont associées à un niveau de risques médicaux plus élevé.

⁵⁸ Les urgences du CHU de Tours ont ainsi enregistré 180 patients redirigés par des cliniques en 2017, patients souvent très âgés, à forte DMS et poly-pathologiques.

A - L'activité de recours : une caractéristique distinctive de l'offre de soins des CHU

L'incertitude déjà signalée *supra* sur la définition de ces activités implique des choix méthodologiques pour les approcher. Dans le cadre du présent rapport, quatre méthodes ont été mobilisées :

- la première est fondée sur la réactualisation de la démarche retenue par l'ATIH en 2009⁵⁹, mais non suivie depuis : les activités de recours sont définies comme l'ensemble des activités dont les séjours ont été retrouvés dans plus de 75 % des cas en CHU en 2011 et/ou 2016⁶⁰ (soit 47 racines de GHM dont la liste figure en annexe) ;
- la deuxième est fondée sur la notion de recours exceptionnel, telle que définie dans le périmètre des MERRI. Cependant le volume de séjours inclus dans cette approche est trop faible pour constituer l'unique angle d'analyse ;
- la troisième prend appui sur le plan maladies rares et les nombreux centres implantés sur le territoire qui offrent également une possibilité d'étudier la place des CHU dans cette offre de soins très spécialisée ;
- la quatrième utilise les résultats de l'indicateur A8 présent dans l'outil Hospi Diag, qui mesure le pourcentage de séjours de recours ou référence dans l'activité total des établissements.

Si aucune de ces méthodes n'est totalement satisfaisante, elles permettent néanmoins de constituer un faisceau d'indices convergent quant à la place des CHU dans l'activité hospitalière de recours.

1 - Une activité de recours très largement exercée en CHU

a) L'activité de recours analysée selon la méthodologie de l'ATIH

Dans cette approche, l'activité de recours ne représente à l'échelle nationale qu'une faible partie de l'activité hospitalière totale (1,23 % en 2016 soit 228 944 séjours), dont 24 % sont réalisés en ambulatoire (il s'agit pour l'essentiel du suivi des greffes d'organes après transplantations). Cette proportion était de 1,28 % en 2011 (222 475 séjours), soit une croissance de 0,6 % par an de cette activité de recours entre 2011 et 2016 contre plus du double (1,3 % par an) pour l'activité hospitalière totale.

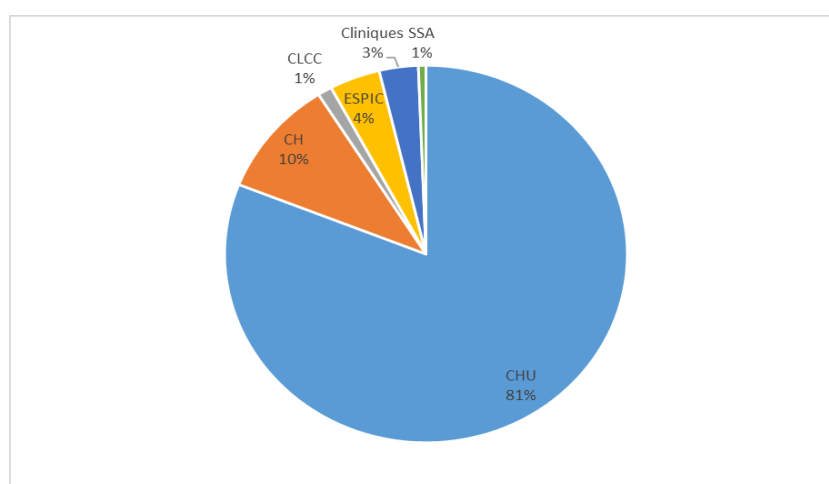
Dans cet ensemble, les CHU tiennent une place prépondérante. En 2016, 81 % de l'activité de recours est exercée en CHU (82 % en 2011), soit 185 458 séjours d'une durée moyenne (DMS) de 6 jours, légèrement inférieure à la DMS moyenne nationale pour ces séjours

⁵⁹ ATIH. *L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ?* 2009.

⁶⁰ Y compris la racine de transplantation pulmonaire et les séjours réalisés dans le cadre de dons pour greffe de moelle. La méthode employée en 2009 par l'ATIH s'appuyait sur des données de 2007 collectées en version 10 du PMSI, donc dans un périmètre différent de la V11 du PMSI en vigueur actuellement et sur une liste complétée par « dires d'experts » qui ne semble plus nécessaire pour l'ATIH étant donné le niveau de précision du PMSI. La liste des racines a ainsi considérablement réduit depuis celle établie pour le rapport initial de 2009 (de 66 à 47).

de recours qui est de 6,1 jours. Les deuxièmes offreurs de soins sont les centres hospitaliers (10 % de l'activité de recours en 2016 contre 11 % en 2011), puis les ESPIC (4 %), les cliniques (3 %) et les CLCC⁶¹ et SSA (1 %). Cette répartition de l'activité de recours était quasi identique en 2011, à l'exception d'un léger effritement du secteur ex-DGF au profit du secteur ex-OQN qui a vu sa part progresser de 0,7 % entre 2011 et 2016 mais pour un nombre faible de séjours.

Graphique n° 9 : répartition de l'activité de recours entre catégories d'établissements de santé pour l'année 2016



Source : ATIH, PMSI, 2016

Si l'activité de recours ne concerne que 12 séjours sur 1 000 en moyenne, cette proportion apparaît près de quatre fois plus élevée en CHU avec 46 séjours sur 1 000 alors qu'elle apparaît la plus faible dans les cliniques privées à but lucratif (1 séjour sur 1 000). Les ESPIC, avec 9 séjours sur 1 000, occupent une place particulière dans cette activité au regard de la proportion retrouvée en CH (4/1 000). Cette situation s'explique par l'activité de quatre établissements qui concentrent à eux seuls 82 % de l'activité de recours des ESPIC pour l'année 2016⁶². L'activité du SSA apparaît également remarquable du fait de ses missions opérationnelles, cependant si la proportion est significative au regard des autres catégories d'établissement, le nombre de séjours pour 2016 reste faible (1 387).

⁶¹ La méthodologie retenue dans la constitution de la liste des activités de recours ne favorise pas les CLCC qui ont un case mix resserré autour des seules activités de cancérologie.

⁶² Centre médico-chirurgical Foch (92), fondation ophtalmologique Rothschild (75), hôpital Saint-Vincent- Saint-Antoine (59), hôpital Saint-Joseph Saint-Luc (69).

Tableau n° 8 : part des activités de recours dans l'activité totale des différentes catégories d'établissements de santé

| Catégorie d'établissements | Activité de soins de recours | | | Activité totale en nombre de RSA (hors séances) | % de l'activité de recours dans l'activité totale |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|---|
| | Nombre de séjours (en RSA) | dont séjours sans nuitée | durée moyenne de séjour (DMS) | | |
| CHU | 185 458 | 38 388 | 6,0 | 4 050 213 | 4,6 % |
| CH | 22 965 | 8 774 | 5,0 | 6 482 592 | 0,4 % |
| CLCC | 2 634 | 1 872 | 15,2 | 211 361 | 1,2 % |
| ESPIC | 9 315 | 3 258 | 7,1 | 1 055 358 | 0,9 % |
| Cliniques | 7 185 | 2 855 | 6,7 | 6 652 745 | 0,1 % |
| SSA | 1 387 | 425 | 13,3 | 86 660 | 1,6 % |
| TOTAL | 228 944 | 55 572 | 6,1 | 18 538 929 | 1,23 % |

Source : ATIH, PMSI, 2016

Bien que l'activité de recours se concentre en 2016 à plus de 80 % dans les CHU, elle représente une faible proportion de l'activité totale des CHU (4,6 %), soit en moyenne 17 patients pris en charge chaque jour dans chaque CHU.

Des autorisations sanitaires du SIOS très majoritairement délivrées aux CHU

Les activités de recours font l'objet d'autorisations sanitaires spécifiques délivrées par les ARS dans le cadre des schémas régionaux de santé (SRS) ou des schémas interrégionaux de l'offre de soins (SIOS). Ces activités de recours concernent souvent peu de patients. De ce fait, les autorisations sont dans la plupart des cas octroyées aux CHU, en raison de la recherche d'une masse critique nécessaire à l'efficacité médico-économique des plateaux techniques et en raison de la rareté des ressources médicales. Cette situation crée de fait un biais de sélection dans l'analyse de l'exercice des activités de recours entre catégories d'établissements de santé.

Les SIS ont vocation à mettre en place une organisation des soins adaptée aux activités hautement spécialisées suivantes : la chirurgie cardiaque, le traitement des grands brûlés, les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, la neurochirurgie et les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Les autorisations sanitaires délivrées dans le cadre du SIOS recouvrent en grande partie l'activité dite de recours. Ainsi, les CHU, qui possèdent 82,3 % des autorisations du SIOS, réalisent 81 % de l'activité. Dans le même temps, les CH qui ne possèdent que 4,2 % des autorisations, réalisent 10 % de l'activité. Cette situation peut s'expliquer en partie par le caractère souvent multisite des CHU (chaque site disposant d'une autorisation), alors que les CH ont souvent une activité plus concentrée sur un seul site géographique

b) L'activité de recours analysée par le biais de la notion du recours exceptionnel

L'enveloppe financière que représentent les MERRI vise notamment à financer chaque année des activités de soins dans le cadre du recours exceptionnel. Sont éligibles à ce titre les activités de recours temporairement mal couvertes par les dispositifs tarifaires en vigueur mais qui, à terme, ont vocation à l'être convenablement, rendant nécessaire un financement

supplémentaire pendant une certaine durée. Cela concerne toute activité techniquement complexe et intéressant un faible nombre de patients, dans un nombre limité d'établissements⁶³. La liste est arrêtée par la DGOS. Elle comprenait en 2017 un éventail de 28 activités, dont pour les plus fréquentes la chirurgie des cardiopathies congénitales, la chirurgie des sarcomes, les chimio-embolisation de tumeurs hépatiques ou rénales ou la nutrition parentérale au long cours dans des pathologies intestinales.

Sur le plan national, le recours exceptionnel ne représente que 25 545 séjours en 2016, soit une part infime de l'activité hospitalière totale (0,14 %, hors séances). La place des CHU dans cette activité est significative (61,9 % des séjours)⁶⁴.

Tableau n° 9 : répartition des séjours de recours exceptionnel entre catégories d'établissements

| Catégories d'établissements | Nombre de séjours | % du total |
|-----------------------------|-------------------|----------------|
| CHU | 15 809 | 61,9 % |
| dont APHP | 4224 | 16,5 % |
| CHR (Metz et Orléans) | 196 | 0,8 % |
| CH | 2 242 | 8,8 % |
| CLCC | 2 946 | 11,5 % |
| Cliniques | 2 836 | 11,1 % |
| ESPIC | 1 456 | 5,7 % |
| SSA | 60 | 0,2 % |
| TOTAL | 25 545 | 100,0 % |

Source : DGOS (année 2016).

Cette enveloppe représente, en 2017, 49,5 M€ délégués à l'ensemble des établissements sur la base du nombre de séjours réalisés en 2016 et les surcoûts estimés dans chacune des 28 activités retenues. Dans ce cadre, les CHU ont bénéficié de 72,8 % de l'enveloppe en 2017 (soit 36 M€ dont 12,3 M€ pour l'APHP). Pour les CHU, le décalage entre activité et financement renforce l'idée qu'au sein de ces 28 activités de recours exceptionnel, les CHU prennent en charge des activités comportant un surcoût moyen plus élevé que les autres. *A contrario*, les cliniques, qui prennent en charge 8,2 % des séjours, n'ont bénéficié que de 6 % de l'enveloppe allouée aux recours exceptionnel.

⁶³ En 2009, les établissements percevant des crédits MERRI ont été sollicités pour participer à l'enquête « recours exceptionnel » au titre de la campagne 2010. 45 établissements ont répondu à cette enquête aussi bien sur la nature des activités éligibles que sur le calcul des surcoûts engendrés. Cette enquête a été utilisée pour sélectionner les activités médicales potentiellement éligibles à l'enveloppe « recours exceptionnel » et calculer les surcoûts. La règle suivante a été appliquée pour retenir les activités éligibles : application d'un seuil d'éligibilité en nombre de séjours par établissement de 10 séjours par an (en prenant comme référence l'année 2008), ou de 3 séjours par an (France entière), pour les activités à faible volume, de manière à descendre sous le seuil de 50 établissements concernés. Si plus de 50 établissements sont concernés (au seuil de 3 ou 10 séjours sur 2008), l'activité en question est retirée de la liste (DGOS, guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général).

⁶⁴ À elle seule, l'APHP a réalisé près de 17 % de la totalité des séjours pour recours exceptionnel en 2016.

Tableau n° 10 : répartition de l'enveloppe MERRI au titre du recours exceptionnel entre catégories d'établissements pour 2017 (séjours 2016)

| Catégorie d'établissements | Enveloppe 2017 | % du total |
|----------------------------|---------------------|---------------|
| CHU | 36 034 840 € | 72,8% |
| dont APHP | 12 280 718 € | 24,8% |
| CH | 2 335 019 € | 4,7% |
| CLCC | 5 546 841 € | 11,2% |
| Cliniques | 2 993 905 € | 6,0% |
| ESPIC | 2 594 422 € | 5,2% |
| SSA | 9 772 € | 0,0% |
| Total | 49 514 800 € | 100,0% |

Source : Cour des comptes d'après les données MERRI 2017⁶⁵

c) L'activité de recours analysée par le biais des centres de référence pour les maladies rares (CRMR)

Le plan national maladies rares 2005-2008 a permis de structurer l'organisation de l'offre de soins pour les maladies rares dans le but d'améliorer sa lisibilité pour les patients, les différents acteurs et les structures impliquées dans cette prise en charge. Les centres de référence identifiés dans le cadre de ce plan se sont vu attribuer un rôle d'expertise (pour une maladie ou un groupe de maladies rares) et de recours qui leur permettent, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre des équipes spécialistes dans le domaine, d'exercer une attraction (interrégionale, nationale ou internationale) au-delà du bassin de santé de leur site d'implantation.

Dans ce domaine, les CHU occupent une place de quasi-monopole, qui confirme leur rôle de recours. En effet, 464 centres de référence⁶⁶ ont fait l'objet d'une labellisation en 2016, dont 443 en CHU (soit plus de 95 % du total). 96 % des 311 516 patients suivis dans un centre de référence le sont dans un CHU. 94 % des séjours hospitaliers réalisés dans ce cadre l'ont été en CHU (et 96 % des consultations réalisées en 2016).

d) L'activité de recours analysée par le biais de l'outil Hospi Diag

L'indicateur A8 d'Hospi Diag⁶⁷ est un indicateur annuel qui mesure le pourcentage des séjours de recours dans l'activité totale des établissements (soit près de 12 % des GHM inclus dans le périmètre de cet indicateur). Ces activités ont été sélectionnées au sein des séjours réalisés à plus de 50 % dans les CHU, en excluant les racines de GHM dont la DMS est inférieure à 3 jours. En 2016, les CHU ont réalisé près de 210 000 séjours de recours suivant cette méthodologie (soit 5,2 % de leur activité totale).

⁶⁵ Répartition des dotations 2017 avant application d'un lissage des effets revenus, prévu dans le modèle de financement du recours exceptionnel, afin de limiter l'impact des variations d'une année sur l'autre.

⁶⁶ Source : DGOS, PYRAMIG, 2016. Ce chiffrage regroupe à la fois les sites coordonnateurs, les sites constitutifs et les centres de ressources et de compétence.

⁶⁷ Hospi Diag est un outil d'aide à la décision permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements de santé. Porté par l'ANAP, Hospi Diag résulte d'un accord de 41 experts métiers et de 5 institutions (ANAP, DGOS, HAS, IGAS, ATIH).

Tableau n° 11 : répartition des séjours de recours entre catégories d'établissements de santé (2016)

| | CHU | CH et CHR | Clinique | ESPIC | CLCC | TOTAL |
|--|---------|-----------|----------|--------|-------|----------------|
| Nombre de séjours de recours (RSA hors séances en MCO) | 208 835 | 78 980 | 40 178 | 18 344 | 4 406 | 350 743 |
| Part des séjours de recours dans l'activité totale (RSA total hors séances en MCO) | 5,2 % | 1,2 % | 0,6 % | 1,7 % | 2,1 % | 1,9 % |
| Part des séjours de recours dans le total des séjours de recours | 59,5 % | 22,5 % | 11,5 % | 5,2 % | 1,3 % | 100,0 % |

Source : Hospi Diag (indicateur A8 associé aux indicateurs CI-A1 à CI-A6 pour les données d'activités MCO hors séances)

Les CH présentent en moyenne une proportion de 1,2 % pour l'année 2016, 1,7 % pour les ESPIC et 0,6 % pour les cliniques. Cet indicateur confirme donc le rôle significatif des CHU dans la prise en charge des séjours de recours au regard des autres catégories d'établissements de santé et en même temps, la faible proportion que ces séjours représentent dans l'activité totale des CHU. Cette approche vient donc confirmer la méthode définie par l'ATIH en 2009.

Selon cette méthodologie, l'activité de recours total sur le plan national représente 350 743 séjours en 2016. Les CHU prennent en charge 59,5 % de cette activité, contre 22,5 % pour les CH et 11,5 % pour les cliniques et 5,2 % pour les cliniques.

2 - Un panel d'intervention plus large en CHU que dans tout autre catégorie d'établissements de santé

Les CHU présentent le *case mix* le plus étendu⁶⁸ avec en moyenne 643 racines de GHM mobilisées en 2016 pour réaliser leurs activités de soins contre 644 en 2011 (et pour 663 racines identifiées dans le PMSI). Les CH, ESPIC et cliniques présentent un *case mix* très proche de celui des CHU (entre 634 et 626 racines). Les CLCC présentent logiquement le *case mix* le plus resserré (474 racines) en raison de leurs spécialisations cancérologiques.

Cependant, le nombre de racines de GHM comportant un volume significatif d'activité⁶⁹ apparaît nettement plus important en CHU que dans tout autre établissement de soins. Ainsi, il faut réunir 225 racines de GHM pour justifier 80 % de l'activité des CHU, c'est près de 70 racines de plus que dans le groupe des CH, ESPIC et SSA. Enfin, l'activité hospitalière des cliniques (99 racines) et des CLCC (61 racines) apparaît beaucoup plus concentrée autour d'un panel de prise en charge plus réduit. Cette répartition a connu peu d'évolution entre 2011 et 2016 en dehors d'un phénomène général de concentration de l'activité, qui reste cependant marginal.

⁶⁸ La valeur du *case mix* d'un établissement hospitalier est obtenu par le dénombrement du nombre de racines de GHM faisant apparaître au moins un séjour. Ce chiffre permet d'évaluer le niveau de concentration de l'activité autour de quelques prises en charge (établissement très spécialisé) ou au contraire, la capacité d'un établissement à offrir un large panel d'interventions et de prises en charge médicales, pour un nombre important de spécialités médico-chirurgicales.

⁶⁹ L'analyse du *case mix* doit en effet être complétée par un deuxième indicateur permettant de dénombrer les seules racines de GHM comportant un volume d'activité significatif, c'est-à-dire par convention, le nombre de racines qu'il est nécessaire de réunir pour totaliser au moins 80 % de l'activité totale.

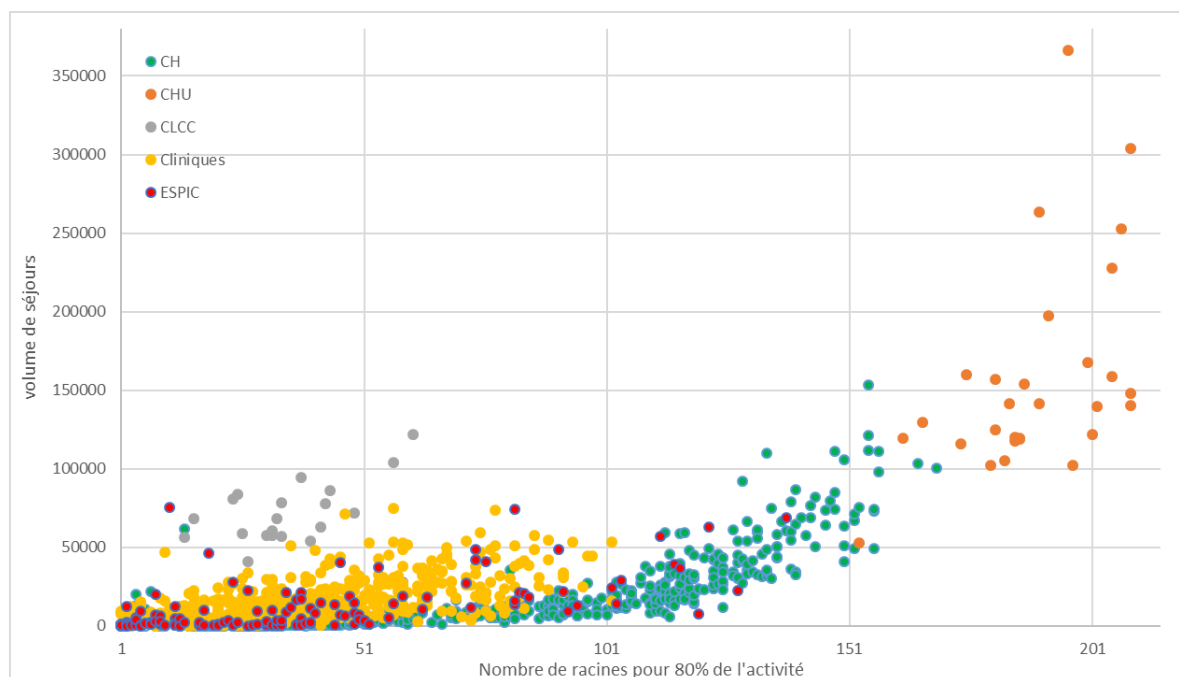
Tableau n° 12 : étude de l'évolution du *case mix* des différentes catégories d'établissements de santé entre 2011 et 2016

| Catégorie d'établissements | 2011 | | | 2016 | | |
|----------------------------|---|---|--------|--|---|--------|
| | Nombre de racines pour 80 % de l'activité | Nombre de racines où l'effectif est non nul | % | Nombre de racines pour 80% de l'activité | Nombre de racines où l'effectif est non nul | % |
| CHU | 225 | 644 | 34,9 % | 218 | 643 | 33,9 % |
| CH | 155 | 634 | 24,4 % | 152 | 634 | 24,0 % |
| CLCC | 57 | 441 | 12,9 % | 61 | 474 | 12,9 % |
| PSPH_EBNL | 158 | 635 | 24,9 % | 156 | 632 | 24,7 % |
| Cliniques | 102 | 626 | 16,3 % | 99 | 626 | 15,8 % |
| SSA | 156 | 575 | 27,1 % | 145 | 553 | 26,2 % |

Source : ATIH, PMSI, 2011 et 2016

Au total, la grande majorité des CHU constitue à la fois les établissements réalisant le plus grand nombre de séjours et dans le même temps les établissements disposant du panier de soins le plus large. Seuls quelques établissements, majoritairement les CH grande taille, sont en mesure de concurrencer les CHU dans ce domaine.

Graphique n° 10 : corrélation entre la variété du *case mix* des établissements de santé et les effectifs des séjours MCO (hors APHP)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016 (indicateurs CI-A1 à CI-A6 et CI-A15, Hospi Diag)

Note de lecture : un point représente la position d'un établissement de santé en termes de variété du *case mix* (axe horizontal) et volume de séjours (axe vertical).

3 - Des actes innovants surreprésentés dans les CHU

Mesurer l'effort d'innovation dans les soins des établissements de santé s'avère une entreprise difficile tant la notion d'innovation est difficile à définir. Ainsi, l'innovation peut concerner à la fois les techniques utilisées (techniques mini-invasives, nouveau dispositif médical, robotisation, nouvelles voies d'abord, importation de l'intelligence artificielle, geste interventionnel en lieu et place d'une chirurgie), le traitement administré (nouvelle posologie, nouvelle molécule, association nouvelle de molécules), les actes d'analyse mobilisés (imagerie, biologie, clinique) ou encore l'organisation mise en place autour du patient (patients connectés, télémédecine, substitutions à l'hospitalisation).

Face à une telle diversité, il s'avère complexe de mesurer le réel effort d'innovation dans les soins apportés au chevet du patient, d'autant que les rares indicateurs existants manquent parfois d'actualisation.

a) Mesurer l'innovation par le recours à la CCAM

La classification commune des actes médicaux (CCAM) devrait permettre d'identifier une liste d'actes innovants. Ces actes sont repérables par les trois derniers chiffres du code alpha numérique (compris entre 900 et 999) réservés aux actes que la Haute autorité de santé a classés en phase de recherche clinique. Ces actes ne sont pas admis au remboursement d'honoraires médicaux. Cette liste contient au 2 juin 2018, 71 actes innovants.

La comparaison du taux de recours aux actes en 900 entre les différentes catégories d'établissements de santé dans chaque CHU permet donc de dresser un premier état des lieux de la situation et de son évolution entre 2011 et 2016. Les résultats font ainsi apparaître une surreprésentation des actes innovants dans les CHU en 2016 (34,8 % du total national), alors même que ces établissements représentent 20,7 % des hospitalisations totales de cette même année. *A contrario*, les CH qui prennent en charge 32,5 % des hospitalisations en 2016 sont à l'origine de 21,4 % des actes innovants. Enfin les ESPIC, les cliniques et le SSA affichent un taux de recours aux actes innovants en lien avec leurs parts de marché respectives. Entre 2011 et 2016 ces équilibres se sont peu modifiés. Seuls les ESPIC ont notablement augmenté leur recours aux actes innovants (+2,9 %), *a contrario* des cliniques (-2,3 %).

Tableau n° 13 : évolution 2011-2016 du recours aux actes innovants repérés par le code 900 de la CCAM

| Catégorie d'établissements | 2011 | | 2016 | | Rappel: part de marché dans l'activité hospitalière totale (2016, en RSA, avec séances) |
|----------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|---|
| | Nombre d'actes en 900 | % | Nombre d'actes en 900 | % | |
| CHU | 26 946 | 35,1 % | 28 881 | 34,8 % | 20,7 % |
| CH | 16 670 | 21,7 % | 17 776 | 21,4 % | 32,5 % |
| CLCC | 19 | 0,0 % | 89 | 0,1 % | 5,2 % |
| ESPIC | 2 205 | 2,9 % | 4 752 | 5,7 % | 5,5 % |
| Cliniques | 30 788 | 40,1 % | 31 325 | 37,7 % | 35,8 % |
| SSA | 193 | 0,3 % | 193 | 0,2 % | 0,4 % |
| TOTAL | 76 821 | 100,0 % | 83 016 | 100,0 % | 100,0 % |

Source : ATIH.

Cette analyse présente cependant des limites. En effet, la liste de ces actes a très faiblement évolué depuis la mise en place de la CCAM, aussi bien en termes de sorties que d'entrées dans la liste, ce qui veut dire que certains actes ne peuvent plus être considérés comme innovants et qu'il manque par ailleurs de nouveaux actes innovants. Sur les 71 actes innovants, 68 sont présents depuis 2005, deux depuis 2007 et un depuis 2012. Entre 2007 et 2018, environ 30 actes ont fait l'objet d'un retrait (essentiellement des actes de cancérologie, expliquant ainsi les faibles résultats des CLCC dans le tableau ci-dessus)⁷⁰.

Dès lors, il est difficile d'évaluer précisément le niveau de pénétration des innovations dans les soins dispensés par les établissements de santé. La CCAM devrait intégrer plus rapidement cette dimension, notamment quand elle est porteuse d'économies tout au long du parcours de soins. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu des dispositions visant à accélérer sa mise à jour qui reste aujourd'hui très lente⁷¹.

b) Mesurer l'innovation par le recours à la RIHN

Le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN), mis en place par la DGOS en 2015 dans le cadre du développement de l'innovation en santé⁷², vise à soutenir l'innovation en biologie médicale et anatomopathologie en permettant une prise en charge précoce et transitoire d'actes innovants.

Le RIHN comporte près de 240 actes répertoriés. La liste complémentaire est une liste d'actes résiduels, en instance d'évaluation par la Haute autorité de santé. Elle a vocation à disparaître au fur et à mesure de la publication des avis de la HAS, dont certains conduiront à la prise en charge de droit commun par les nomenclatures. Les actes du RIHN et de la liste complémentaire sont financés par une mission d'intérêt général identifiée « MERRI G03 », ils ne peuvent être facturés au patient⁷³.

L'analyse de la réalisation d'actes de la liste RIHN par catégories d'établissements de santé met clairement en évidence le poids des CHU qui réalisent à eux seuls 70,2 % du total national en nombre d'actes pour l'année 2016 et près de 94 % des 450 462 actes réalisés pour des patients issus d'autres établissements. Cette situation illustre de façon claire le rôle de recours des CHU en matière de biologie et d'anatomo-cytopathologie innovante sur le territoire ainsi que la capacité de ces établissements à proposer à leurs propres patients des actes innovants.

⁷⁰ Depuis 2016, le recueil d'actes descriptifs a été rendu possible par l'ATIH. Il s'agit d'ajouts à la CCAM d'actes définis par l'ATIH sur sollicitation des sociétés savantes, avec pour objectif de pallier les lenteurs d'inscription à la nomenclature d'actes innovants.

⁷¹ Cour des comptes, *Rapport public thématique, L'avenir de l'assurance maladie*, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷² Instruction DGOS/PF4 n° 2015-258 du 31 juillet 2015 « relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomo-cytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la MERRI G03 ».

⁷³ Seulement s'il est assuré social. En revanche s'il n'est pas assuré social, d'une part, ces actes lui sont facturables en hospitalisation ou en soins externes, d'autre part, les actes concernés ne sont pas éligibles au financement par la MERRI G03.

Tableau n° 14 : répartition entre catégories d'établissements des actes de la liste RIHN

| Catégorie d'établissements | Nombre d'actes réalisés pour des patients de l'établissement | % du total | Nombre d'actes réalisés pour les patients d'autres établissements ou de laboratoires extérieurs | % du total | Nombre d'actes totaux pour 2016 | % du total |
|----------------------------|--|----------------|---|----------------|---------------------------------|----------------|
| CHU | 1 020 564 | 63,5 % | 422 944 | 93,9 % | 1 443 509 | 70,2 % |
| CH | 390 057 | 24,3 % | 6 875 | 1,5 % | 396 932 | 19,3 % |
| CLCC | 182 909 | 11,4 % | 18 843 | 4,2 % | 201 752 | 9,8 % |
| ESPIC | 8 159 | 0,5 % | 1 707 | 0,4 % | 9 866 | 0,5 % |
| Cliniques | 1 933 | 0,1 % | 48 | 0,0 % | 1 981 | 0,1 % |
| SSA | 2 312 | 0,1 % | 45 | 0,0 % | 2 357 | 0,1 % |
| TOTAL | 1 605 934 | 100,0 % | 450 462 | 100,0 % | 2 056 397 | 100,0 % |

Source : ATIH, FICHSUP Bphn_nbact, 2016.

Cette situation s'explique pour plusieurs raisons. D'une part, les équipements technologiques nécessaires à la réalisation des actes inscrits à la RIHN s'avèrent extrêmement coûteux (ex : plateau de séquençage haut débit) et nécessitent de réunir une masse critique d'actes pour atteindre une efficacité médico-économique minimale. Sur ce point, les CHU sont mieux placés que les autres catégories d'établissements. D'autre part, le recours à ces techniques innovantes nécessitent un haut niveau d'expertise médicale et une capacité à suivre l'avancée des travaux de recherche internationaux, points pour lesquels les personnels hospitalo-universitaires sont, là encore, les mieux placés. De plus, les exigences de certification du COFRAC⁷⁴ ont poussé les laboratoires hospitaliers en biologie médicale à rationaliser leurs organisations. Ainsi un nombre significatif de CHU ont procédé au regroupement sur un site géographique unique des plateaux techniques de biologie autrefois dispersés. Cette vague de regroupement a souvent été menée de concert avec l'université afin de mettre en œuvre des plateaux techniques de biologie hospitalo-universitaires tournés plus fortement vers l'innovation. Ce fut le cas par exemple au CHU d'Angers en 2009 et au CHU de Limoges en 2015. Des projets de ce type sont menés au CHU de Nancy, au CHU de Reims, au CHU de Montpellier et à l'APHP.

c) L'innovation organisationnelle : le point faible des CHU

Au cours des 50 dernières années, le réseau des CHU affirme avoir été à l'origine de 126 premières mondiales sur le plan médical ou chirurgical⁷⁵, dont 42 depuis 2010 et 68 depuis 2000. D'après ces informations, l'accélération des CHU dans ce domaine serait notable puisqu'entre 2010 et 2018 les CHU auraient conduit autant de premières mondiales qu'entre 1990 et 2009. Parmi ces premières mondiales figure une part importante d'activité de greffes d'organes, de tissus ou de cellules (26 % des 68 activités identifiées entre 2000 et 2018), pour laquelle les CHU n'ont pas de concurrent du fait du mode de délivrance des autorisations sanitaires, créant de fait une situation quasi-monopolistique.

⁷⁴ Comité français d'accréditation. La législation relative à la biologie médicale impose depuis le 16 janvier 2010 la mise en place de l'accréditation de tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) en France.

⁷⁵ <https://www.reseau-chu.org/mieux-connaître-les-chu/1eres-medicales-mondiales>.

Cependant, en matière d'innovation dans des activités fortement concurrentielles comme la chirurgie ambulatoire, les CHU apparaissent plus lents que le secteur privé lucratif, qui dispose d'une plus grande agilité organisationnelle, élément central en chirurgie ambulatoire. Ainsi, la plupart des premières chirurgicales ambulatoires françaises ont été réalisées dans le secteur privé lucratif. C'est en 2009 que la polyclinique Saint-Roch de Montpellier a réalisé les premières résections mammaires pour cancer du sein en ambulatoire. La première prothèse totale de genou en ambulatoire a été posée en 2012 au sein de la clinique Sainte-Odile d'Haguenau. Pour les CHU, celui d'Amiens a été le premier à le faire mais 3 ans plus tard. La première pose de prothèse totale de hanche en ambulatoire a été réalisée en 2012 au sein de la clinique Paulmy de Bayonne. Il faudra attendre 2015 pour que le CHU d'Amiens puis l'APHP fassent de même et 2018 pour le CHU de Nîmes. En février 2013, c'est une première mondiale qui a eu lieu à Lyon avec une colectomie réalisée en ambulatoire à la clinique de la Sauvegarde. De même la clinique chirurgicale Saint Charles à Lyon a réalisé en septembre 2014, la première pose d'une prothèse totale de cheville en ambulatoire, intervention qui se fera pour la première fois à l'APHP en novembre 2016. Enfin, c'est au sein de la clinique Fontvert dans le Nord Vaucluse qu'a été réalisée la première pose de prothèse totale d'épaule en ambulatoire en août 2014 (mars 2016 à l'APHP). De plus, en 2016, trois cliniques et un centre hospitalier⁷⁶ figurent parmi les quatre établissements de soins à avoir le plus recours aux prothèses totales de hanche en ambulatoire ainsi qu'une clinique et deux CH⁷⁷ pour la prothèse totale de genou⁷⁸.

Si les CHU assurent incontestablement un rôle majeur dans l'activité de soins de recours, plusieurs éléments viennent néanmoins nuancer ce constat général.

B - Les limites à la spécificité de l'activité des CHU

1 - Des activités de recours essentiellement concentrées sur certains CHU

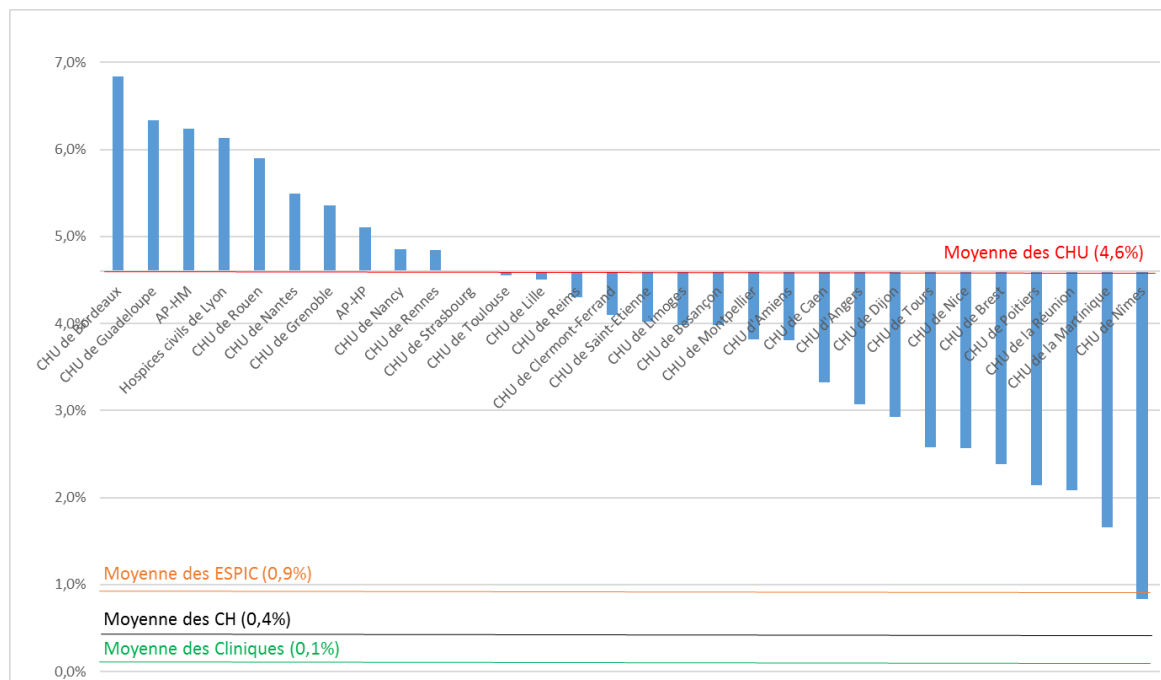
Les séjours de recours représentent en moyenne 4,6 % des séjours totaux des CHU en 2016. Cependant cette proportion moyenne dissimule des écarts allant de 1 à 6 entre CHU. Ainsi, si le CHU de Bordeaux compte la plus forte proportion d'activité de recours dans son activité totale (6,8 %), le CHU de Nîmes n'en dénombre que 0,8 %, c'est-à-dire moins que la moyenne de l'activité de recours réalisée dans les ESPIC.

⁷⁶ Clinique Domont et Clinique Claude Bernard (Ile-de-France), Clinique des Diaconesses (Grand est) et CH d'Albi (Occitanie).

⁷⁷ Clinique St Odile à Haguenau, CH d'Albi et CH de Vitré.

⁷⁸ Source : CNAMTS. *Journées Nationales de Chirurgie Ambulatoire*. 10 janvier 2018, Dr Gilles Bontemps.

Graphique n° 11 : part de l'activité de recours dans l'activité totale de chaque CHU en 2016



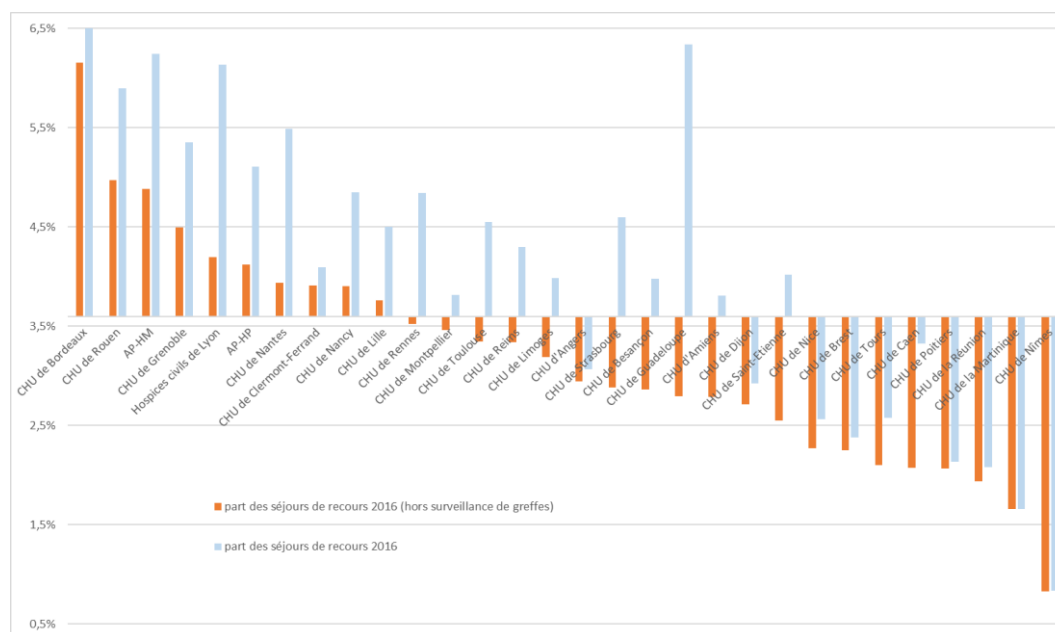
Source : ATIH, PMSI 2016

Cependant, parmi les activités médicales retenues dans les activités de recours, figurent les séjours pour surveillance de greffe d'organe, effectués à la suite d'un séjour pour transplantation d'organe. Or l'activité de surveillance de greffe présente des modes de prise en charge très variables d'un CHU à l'autre. Si le CHU de Bordeaux ne compte que 11 % de ses séjours de recours en surveillance de greffe, le CHU de Nantes en compte 30 %, les Hospices civils de Lyon 33 %, le CHU de Strasbourg 38 % et le CHU de la Guadeloupe 58 %.

Les séjours pour suivi de greffe sont principalement liés à des suspicions de rejet aigu de greffe. Selon la DGOS, les différences observées sont liées en partie au type de patients greffés. Ainsi des effets *case mix* par établissement sont possibles, en lien avec des effets de recrutement spécifiques sur des cas complexes.

Afin de neutraliser cet effet, il a été procédé à la suppression des séjours pour surveillance de greffe dans l'activité de recours. Ce retraitement modifie notablement la distribution entre CHU. Les séjours de recours représentent alors en moyenne 3,6 % des séjours totaux des CHU en 2016. Le CHU de Bordeaux compte cependant toujours la plus forte proportion d'activité de recours dans son activité totale (6,2 %) alors que le CHU de Nîmes n'en dénombre que 0,8 %. Le CHU de la Guadeloupe qui comptait 6,3 % de ces séjours en recours n'en compte plus que 2,9 %, hors surveillance de greffe.

Graphique n° 12 : part de l'activité de recours (hors surveillance des greffes) dans l'activité totale des CHU en 2016



Source : Cour des comptes d'après ATIH, PMSI 2016.

L'utilisation de l'indicateur A8 disponible dans l'outil Hospi Diag produit des résultats d'un niveau comparable en termes de dispersion des CHU autour de la moyenne et de la médiane. À titre d'illustration, le CHU de Bordeaux affiche en 2016 un taux de séjours de recours de 6,1 %, contre 2,5 % pour le CHU de Nîmes suivant cette méthodologie.

2 - Des activités d'expertise qui ne sont pas le monopole des CHU

Au-delà des seules activités de recours, la complexité technique et médicale des prises en charge hospitalières peut s'apprécier également à travers les activités d'expertise. Il s'agit du deuxième niveau de prise en charge tel que décrit dans le schéma n° 1 et correspond à la proportion nationale des séjours réalisés en CHU dans plus de 50 % des cas mais à moins de 75 %. Cet intervalle correspond à 74 racines de GHM, soit 4,5 % de l'activité hospitalière totale en 2016 (4,7 % en 2011). Ces 74 racines regroupent 841 178 séjours dont, à titre d'illustration, un nombre important de séjours pour exploration et surveillance dans de multiples spécialités (42,4 % de l'activité d'expertise), des séjours interventionnels (15 %) dont l'injection de toxine botulique à visée thérapeutique, l'activité de chirurgie cardiaque, une partie de l'activité de cardiologie interventionnelle comme la pose de TAVI⁷⁹ (7 %), des interventions chirurgicales spécialisées (hors cardiologie) comme la chirurgie cancérologique hépatique ou maxillo-faciale (4,8 %) ainsi que des interventions pour traumatismes multiples graves (0,7 %).

⁷⁹ Valve aortique par voie transcutanée (TAVI-Transcatheter Aortic Valve Implantation).

Tableau n° 15 : typologie des séjours dits d'expertises

| Type de séjours | TOTAL |
|-------------------------------------|--------|
| séjours de médecine (GHM en M) | 74,2 % |
| séjours de chirurgie (GHM en C) | 10,3 % |
| séjours interventionnels (GHM en K) | 15,0 % |
| séjours indifférenciés (GHM en Z) | 0,4 % |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2016

Ces activités d'expertise sont exercées dans le cadre d'autorisations sanitaires qui relèvent très majoritairement des SRS⁸⁰, et dans une faible proportion des SIOS⁸¹. De ce fait, l'exercice de ces activités est plus ouvert à la concurrence des différentes catégories d'établissements de santé que les activités de recours.

En 2016 comme en 2011, 60,6 % de l'activité d'expertise est exercée en CHU (soit 509 690 séjours). Le deuxième offereur de soins sont les centres hospitaliers (23,4 % de l'activité d'expertise), puis les cliniques (7,1 %) et les ESPIC (6,5 %). Cette activité d'expertise représente 12,6 % des séjours totaux des CHU, contre 7,6 % en CLCC, 5,2 % en ESPIC, 4,4 % dans le SSA, 3 % en CH et moins de 1 % en cliniques.

Tableau n° 16 : part de marché des catégories d'établissements dans l'activité d'expertise⁸²

| Catégorie d'établissements | 2011 | 2016 | Variation 2011-2016 |
|----------------------------|-------|-------|---------------------|
| CHU | 60,6% | 60,6% | 0,0% |
| CH | 25,7% | 23,4% | -2,3% |
| Cliniques | 5,9% | 7,1% | 1,2% |
| CLCC | 1,5% | 1,9% | 0,4% |
| ESPIC | 5,5% | 6,5% | 1,0% |
| SSA | 0,7% | 0,5% | -0,3% |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016

Entre 2011 et 2016, les séjours d'expertise ont connu une progression de +2,3 % sur le plan national (soit 841 178 séjours en 2016 contre 822 021 en 2011). Les CHU ont vu leurs activités d'expertise progresser sur le même rythme, à la différence des CH et du SSA dont l'activité dans ce domaine tend à diminuer (16 991 séjours en moins sur la période). *A contrario*, les cliniques, les CLCC et les ESPIC connaissent une forte progression de cette activité. Cette situation traduit une concurrence qui se structure et s'oriente vers des soins de complexité croissante face au secteur public.

⁸⁰ Autorisations de médecine (en hospitalisation complète et hôpital de jour), de chirurgie, de traitement du cancer et d'obstétrique.

⁸¹ Principalement pour la neuroradiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque et de ce fait indirectement pour la pose de TAVI.

⁸² La part faible que représentent les CLCC dans cette activité s'explique en grande partie par le *case mix* resserré de ces établissements autour de la cancérologie et le fait que la définition même de l'activité d'expertise est construite en fonction de l'activité MCO des CHU.

Tableau n° 17 : évolution entre 2011 et 2016 du nombre de séjours d'expertise dans chacune des catégories d'établissements de santé

| <i>Catégorie d'établissements</i> | progression 2011-2016 |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <i>CHU</i> | 2,3 % |
| <i>CH</i> | -7,0 % |
| <i>Cliniques</i> | 22,9 % |
| <i>CLCC</i> | 27,1 % |
| <i>ESPIC</i> | 21,9 % |
| <i>SSA</i> | -37,3 % |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016

3 - Quelques CH et ESPIC en concurrence avec les CHU de petite taille sur le plan du recours et de l'expertise

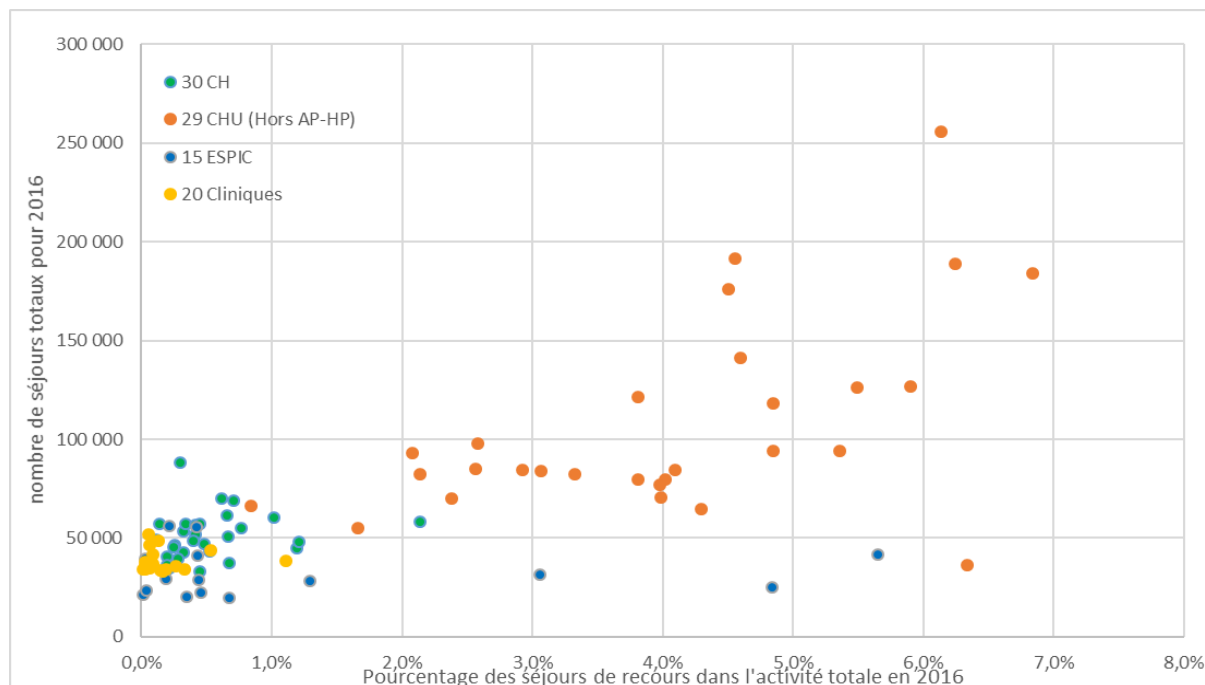
Les CHU occupent une place particulière dans l'offre de soins du fait de leur taille et du volume d'activité réalisée⁸³. Dès lors, afin d'accroître la pertinence de ces comparaisons il paraît nécessaire de constituer un échantillon d'établissements MCO parmi les plus importants de chaque catégorie, à la fois sur le plan du volume d'activité générée annuellement, mais également sur le plan de la diversité des prises en charge et sur le plan des contraintes d'organisation liées à la permanence des soins et aux flux de patients non programmés qui s'y rattache. Afin d'effectuer cette comparaison, 20 cliniques, 15 ESPIC et 30 CH ont été retenus sur la base des critères mentionnés ci-dessus et comparés aux 30 CHU (cf. annexe 4).

Au sein de l'échantillon des 65 établissements de santé comparés aux CHU, les CHU se démarquent nettement pour l'activité de recours. Ainsi, une grande partie des CH, des cliniques et des EBNL apparaît concentrée autour d'un taux de séjours de recours compris entre 0 et 1 % (soit 58 établissements sur 95 dont le CHU de Nîmes). Au-delà de 1 %, on ne trouve que 4 ESPIC, 4 CH et 1 clinique (contre 28 des 29 CHU)⁸⁴.

⁸³ Ainsi les 30 CH français les plus importants ne totalisent que 65 % de l'activité totale des CHU en 2016 et 35 % pour les 30 plus importantes cliniques françaises.

⁸⁴ Il s'agit du centre médico-chirurgical Foch (92), de la fondation ophtalmologique Rothschild (75), de l'hôpital saint Vincent-saint Antoine (59) du CH de Colmar (68), du CH st Joseph st Luc (69) du CH René Dubos de pontoise (95), du CH de Perpignan (66), de la clinique des Cèdres (31) et du CH d'Annecy (74).

Graphique n° 13 : corrélation entre le nombre de séjours par établissement (axe vertical) et le pourcentage de séjours de recours (axe horizontal)



Source : ATIH, PMSI 2016 sur un échantillon de 65 établissements MCO et en comparaison de 29 CHU (l'APHP, avec un taux de séjours de recours de 5,1 %, ne figure pas en raison de l'importante différence des effectifs de séjours avec l'ensemble des autres établissements)

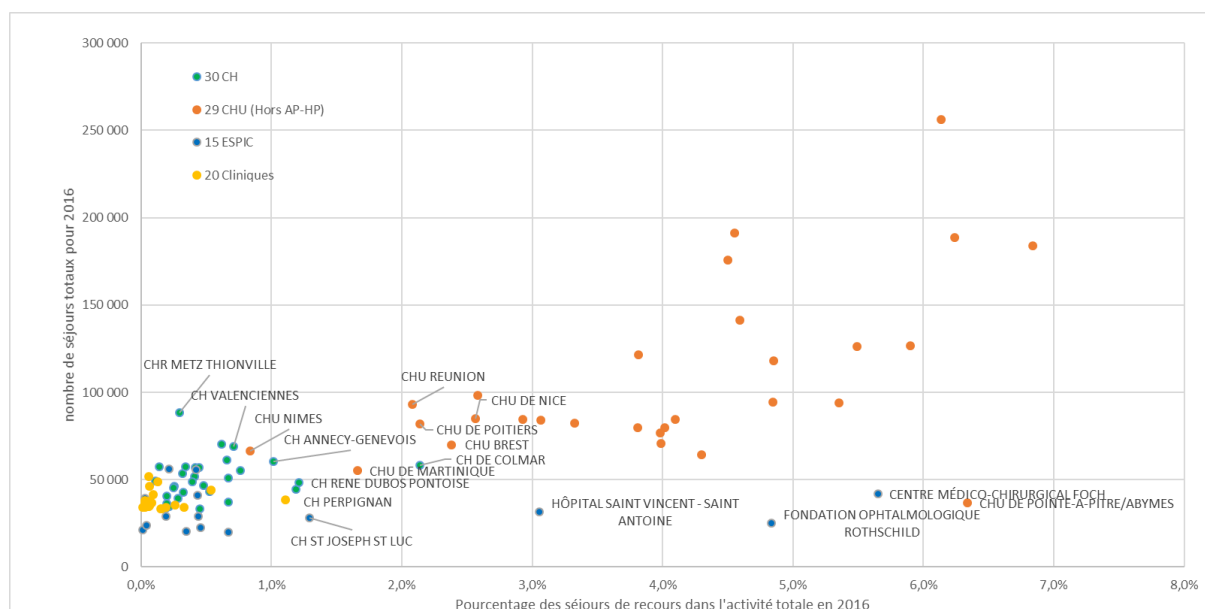
Pour ce qui concerne les activités d'expertise, une grande partie des CH, des cliniques et des ESPIC apparaît concentrée autour d'un taux de séjours d'expertise compris entre 0 et 10 % (soit 64 établissements sur 95 dont trois CHU⁸⁵). Au-delà de 10 %, on ne trouve que 4 ESPIC⁸⁶ (contre 27 des 29 CHU).

Au total, il n'y a pas de différence significative en matière de proportion d'activité de recours et d'expertise entre les CHU de Nîmes, de Brest, de Poitiers, de la Martinique et de la Guadeloupe et l'activité de soins retrouvée dans les CH de Colmar, d'Annecy et de Pontoise ou dans les établissements à but non lucratif Saint-Vincent Saint-Antoine (59) et le centre médico-chirurgical Foch (92).

⁸⁵ Il s'agit du CHU de Poitiers (8,9 %), du CHU de la Martinique (8,5 %) et du CHU de la Réunion (7,5 %).

⁸⁶ Fondation ophtalmologique Rothschild (75), hôpital saint Vincent-Saint Antoine (59), groupement des hôpitaux de l'Institut catholique de Lille (59) et le centre médico-chirurgical Foch (92).

Graphique n° 14 : corrélation entre le nombre de séjours par établissement (axe vertical) et le pourcentage de séjours d'expertise (axe horizontal)



Source : ATIH, PMSI 2016 sur un échantillon de 65 établissements MCO et en comparaison de 29 CHU (l'APHP, avec un taux de séjours de recours de 17,6 %, ne figure pas en raison de l'importante différence des effectifs de séjours avec l'ensemble des autres établissements)

4 - L'étendue du panier de soins : des différences entre CHU et une frontière floue entre les petits CHU et les grands CH

a) Des différences significatives de case mix entre CHU

L'APHP, avec 643 racines de GHM à effectif non nul⁸⁷ sur 663 présentes dans le PMSI, couvre 96,9 % des pathologies : elle est le premier établissement français en matière de diversité de prise en charge.

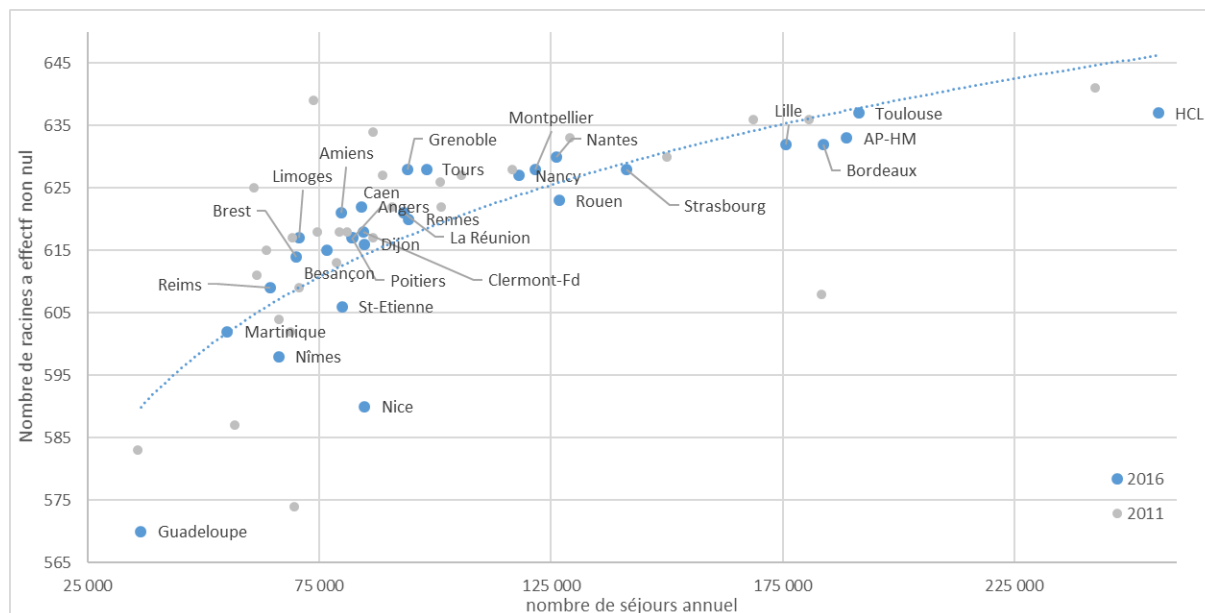
Cependant, les comparaisons entre CHU font apparaître des différences significatives, corrélées au volume d'activité produit par chaque CHU⁸⁸. Ainsi, plus le CHU assure la prise en charge d'un nombre important de patients, plus son *case mix* est riche. Ce constat, valable en 2016 comme en 2011, tend néanmoins à se modifier par une réduction des écarts à la moyenne⁸⁹.

⁸⁷ C'est-à-dire 643 racines de GHM ayant enregistré au moins un séjour de patient en 2016.

⁸⁸ Le coefficient de corrélation entre le nombre de séjours annuels par CHU et le nombre de racines (à effectif non nul) est de 0,74.

⁸⁹ Ainsi en 2016, un CHU présenté un *case mix* moyen de 618 racines (écart type de 14,7) contre 617 en 2011 (écart type de 16,4).

Graphique n° 15 : corrélation entre le nombre de séjours produit par CHU et l'étendue du *case mix*



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016 (hors APHP)

Note de lecture : les points en bleu décrivent la position des CHU en 2016. Les points en gris (non rattachés aux CHU pour faciliter la lecture) donnent cette position pour 2011.

b) Des petits CHU comparables à certains grands CH en termes de diversité du case mix

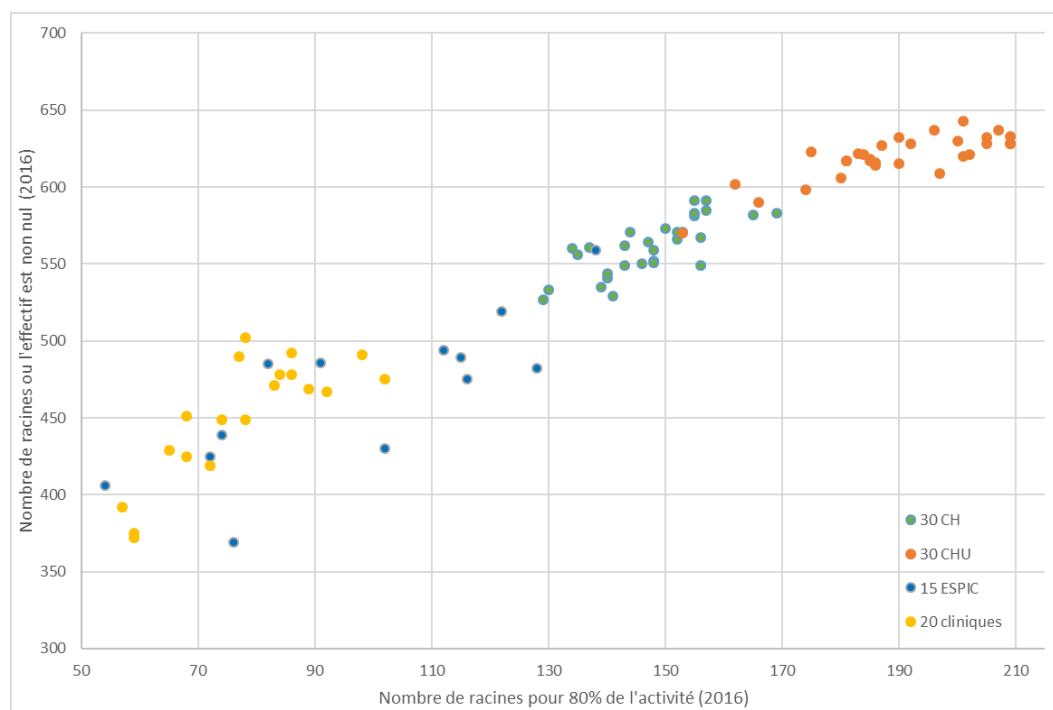
En comparaison de l'échantillon des 65 établissements déjà évoqué, les CHU disposent de paniers de soins à la fois larges en typologie de prise en charge⁹⁰ et fournis en volume de séjours⁹¹. Cependant, cette situation n'est pas vérifiée pour l'ensemble des CHU. Ainsi, 11 CH ont un *case mix* plus large que celui du dernier CHU en la matière⁹² (CHU de la Guadeloupe), et 2 CH ont un *case mix* plus étoffé que le CHU de Nice (centre hospitalier du Mans et CHR Metz-Thionville). Cependant, à l'exception de ces 11 établissements, aucun ESPIC, ni aucune clinique n'est en mesure de proposer une offre de soins aussi large.

⁹⁰ Mesuré par le nombre de racines de GHM comportant au moins un séjour réalisé au cours de l'année civile.

⁹¹ Mesuré par le décompte du nombre de racines de GHM nécessaire d'additionner pour justifier de 80 % de l'activité annuelle d'un établissement.

⁹² Il s'agit des centres Hospitaliers du Mans, de Metz-Thionville, d'Orléans, d'Annecy, de Mulhouse, de Colmar, de Valenciennes, de Chambéry, de Perpignan, de Pontoise et de Toulon.

Graphique n° 16 : corrélation entre l'étendu du *case mix* (axe vertical) et le niveau de concentration du *case mix* (axe horizontal)



Source : ATIH, PMSI 2016 sur un échantillon de 65 établissements MCO et en comparaison de 30 CHU (APHP incluse)

5 - Une sévérité des séjours en CHU pas plus importante que celle des autres établissements de santé du secteur public

Un séjour hospitalier constitue une prise en charge plus ou moins complexe, qui s'applique à un patient ayant une pathologie plus ou moins sévère. Ainsi, le niveau de sévérité des pathologies prises en charge dans les établissements de santé peut ne pas être lié au niveau de complexité médicale ou chirurgicale. Le niveau de sévérité d'une pathologie associée à un séjour est le reflet des comorbidités associées au diagnostic principal justifiant la prise en charge. À titre d'exemple un patient présentant un risque d'infarctus du myocarde (diagnostic principal) peut se voir proposer une coronarographie avec pose d'une endoprothèse (motif du séjour), alors que ce patient est diabétique, dénutri et hypertendu (comorbidités associées).

Le PMSI permet d'affecter à chaque séjour hospitalier MCO un niveau de sévérité⁹³. Quatre niveaux de sévérité sont ainsi identifiés pour la plupart des séjours en hospitalisation

⁹³ Le codage dans le PMSI des complications ou morbidités associées vise à permettre de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code de la CIM-10 est considéré comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », i.e. sans sévérité significative. Les niveaux de sévérité segmentent les racines de GHM en GHM. Une racine affectée de 4 niveaux de sévérité est ainsi à l'origine de 4 GHM. Les séjours de la CMD 14 et 15 sont affectés de quatre niveaux de sévérité (A à D).

conventionnelle (de 1 à 4). Les séjours en chirurgie ambulatoire sont affectés d'un niveau de sévérité unique (J), proche du niveau 1, qui correspond à une prise en charge dépourvue de comorbidité associée et donc sans sévérité significative. Les séjours de médecine dont la prise en charge est de courte durée sont suivis par la lettre T.

En 2016, les CHU ne constituent pas les établissements présentant les patients les plus sévères. En effet, 11,1 % des séjours effectués en CHU ont un niveau de sévérité élevé⁹⁴, contre 11,4 % en CLCC, 12,2 % dans le SSA et 13,4 % en CH. Seules les cliniques présentent un niveau de sévérité en rupture avec l'ensemble des autres catégories d'établissements de santé (3,3 %). Cette situation trouve un reflet logique dans les séjours de faible niveau de sévérité qui représentent près de 80 % de l'activité des cliniques contre un niveau proche de 65 % pour les CHU, CH, CLCC et ESPIC. La situation des CHU et des autres catégories d'établissements de santé ne présente pas de changement au regard de la situation de 2011.

Tableau n° 18 : part des séjours de niveau peu sévère et sévère dans l'activité totale des établissements de santé

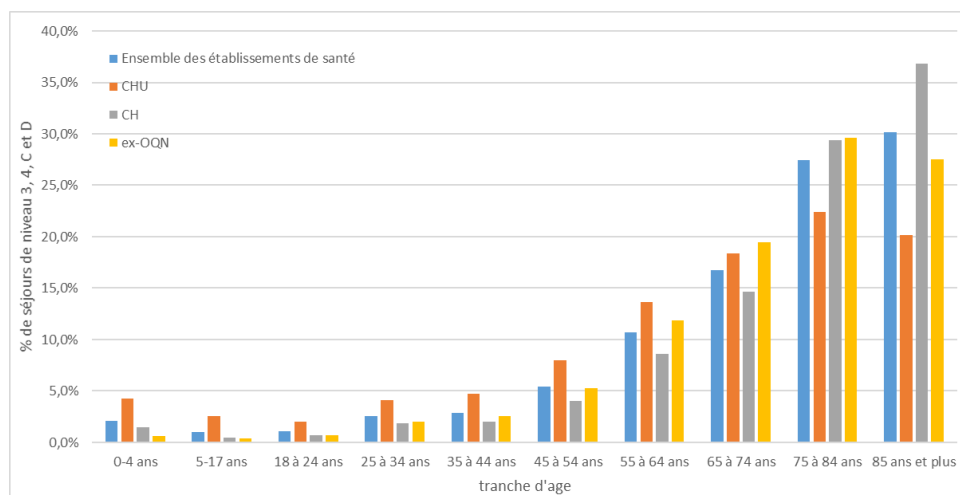
| <i>Catégorie d'établissements</i> | % des séjours peu sévères (niveaux 1, A, J et T) | % des séjours sévères (niveaux 3, 4, C et D) |
|-----------------------------------|---|---|
| <i>CHU</i> | 63,7 % | 11,1 % |
| <i>CH</i> | 63,5 % | 13,3 % |
| <i>CLCC</i> | 64,3 % | 11,4 % |
| <i>ESPIC</i> | 66,7 % | 9,9 % |
| <i>Cliniques</i> | 79,7 % | 3,3 % |
| <i>SSA</i> | 68,3 % | 12,2 % |

Source : ATIH, PMSI, hors CMD 28, GHM Erreur et PIE, les niveaux de sévérité intermédiaires (2 et B) ne sont pas pris en compte

L'analyse des séjours associés à un fort niveau de sévérité croisée avec l'âge des patients montre une surreprésentation dans les CHU de patients âgés de moins de 64 ans et plus particulièrement des enfants de moins de 4 ans. Cette situation s'explique par la délivrance aux CHU des autorisations de surspécialités pédiatriques aussi bien en chirurgie qu'en médecine et la présence dans l'ensemble des CHU d'un service d'urgence pédiatrique. Ce constat porte sur un faible nombre de séjours.

⁹⁴ C'est-à-dire de niveaux 3,4, C et D.

Graphique n° 17 : répartition des séjours de patients à fort niveau de sévérité par tranches d'âge



Source : PMSI, Diamant, 2016

Sur l'échantillon des 65 établissements déjà évoqués, il apparaît que les CHU ne présentent, en comparaison des 30 CH retenus, aucune spécificité particulière en matière de sévérité des séjours. Le taux de séjours de forte sévérité est ainsi en moyenne de 12 % dans les 30 CH et 11,3 % dans les 30 CHU (8,8 % pour les ESPIC et 4 % pour les cliniques). Parmi les 10 établissements de santé français comportant la plus importante part de séjours de fort niveau de sévérité, figurent 1 ESPIC, 8 CH et 1 CHU (CHU de Grenoble). Parmi les 20 premiers établissements de santé figurent 8 CHU.

Graphique n° 18 : corrélation entre le nombre de séjours par établissement (axe vertical) et le pourcentage de séjours de fort niveau de sévérité (axe horizontal)



Source : ATIH, PMSI 2016 sur un échantillon de 65 établissements MCO et en comparaison de 29 CHU (l'APHP, avec un taux de sévérité des séjours de 11,4 %, ne figure pas en raison de l'importante différence des effectifs de séjours avec l'ensemble des autres établissements)

6 - Des moyens encore trop dispersés

a) La moitié de l'activité de recours réalisée dans cinq CHU

Cinq CHU⁹⁵ concentrent à eux seuls 52,1 % de l'activité de recours des CHU en 2016, contre 48,4 % en 2011. Les neuf plus importants CHU français⁹⁶ ont réalisé en 2016 près de 68 % de l'activité totale de recours (contre 64,8 % en 2011). Cependant, si ce phénomène de concentration de l'activité de recours s'opère, il se fait lentement et pas au seul bénéfice des CHU les plus importants en volume d'activité. En effet, parmi ces neuf CHU, trois⁹⁷ ont connu une diminution significative de leurs activités de recours.

À elle seule l'APHP réalise 25,8 % de l'activité de recours de l'ensemble des CHU alors qu'elle réalise 23,1 % de l'activité totale des CHU en 2016. Il s'agit d'une évolution récente car en 2011, l'APHP ne représentait que 21,3 % des séjours de recours pour un poids identique dans l'activité totale. Ainsi les séjours de recours (hors surveillance de greffe) ont progressé de +28,5 % en volume à l'APHP durant la même période (soit +8 477 séjours).

b) La dispersion des moyens : l'exemple de la transplantation d'organe

La transplantation d'organe, activité de recours par excellence, s'exerce quasi-exclusivement en CHU (96,2 % des séjours en 2016). Au plan national, cette activité ne représente qu'une faible partie de l'activité de recours (5 635 séjours en 2016 soit 2,5 % du total). Cette activité a pour particularité de ne pas être soumise à des seuils minimaux d'activité par site géographique, à la différence des autres activités chirurgicales à risque (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie carcinologique)⁹⁸.

Tableau n° 19 : poids des CHU dans l'activité de transplantation d'organe en 2016

| <i>Transplantation</i> | Séjours totaux 2016 | Séjours 2016 (CHU) | % des CHU |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------|
| <i>pancréatique</i> | 93 | 93 | 100 % |
| <i>hépatique</i> | 1 278 | 1 277 | 99,9 % |
| <i>rénale</i> | 3 417 | 3 340 | 97,7 % |
| <i>cardiaque</i> | 470 | 456 | 97,0 % |
| <i>pulmonaire</i> | 377 | 256 | 67,9 % |
| <i>Total</i> | 5 635 | 5 422 | 96,2 % |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016⁹⁹

⁹⁵APHP, HCL, APHM, CHU de Bordeaux, CHU de Lille.

⁹⁶APHP, HCL, CHU de Toulouse, APHM, CHU de Bordeaux, CHU de Lille, CHU de Strasbourg, CHU de Rouen et CHU de Nantes (en volume d'activité produite hors séances).

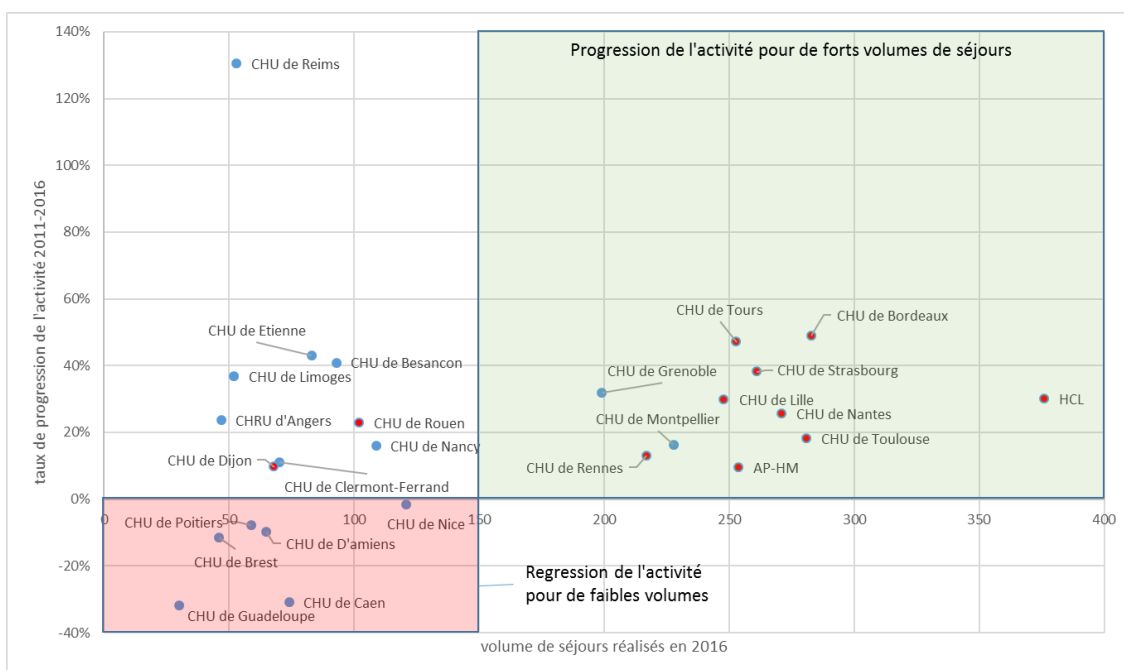
⁹⁷ Le CHU de Nantes, les HCL et le CHU de Strasbourg et hors surveillance de greffes.

⁹⁸ Cour des comptes, *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité de la prise en charge*, RALFSS 2017, p. 257, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹⁹ 212 séjours ont été réalisés en ESPIC.

Entre 2011 et 2016, cette activité a évolué de façon hétérogène, progressant fortement dans des CHU réalisant un volume de séjours important et situés pour la plupart dans des communes chefs-lieux de région (CHU de Bordeaux, HCL, CHU de Strasbourg). Cependant, cette forte évolution a concerné également des CHU à faible volume (CHU de Reims, CHU de d'Angers, CHU de Limoges, CHU de St-Etienne, CHU de Besançon).

Graphique n° 19 : évolution de l'activité de transplantation d'organe en fonction du volume de séjours réalisés en 2016, pour chaque CHU



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH, PMSI 2011 et 2016

Note de lecture : les CHU situés dans des chefs-lieux de région figurent en rouge.

Entre 2011 et 2016, le nombre de centres de transplantation d'organe situés en CHU n'a que faiblement diminué (-3 centres) et l'activité moyenne par centre s'est densifiée, en particulier pour les greffes pancréatiques et hépatiques.

Tableau n° 20 : évolution de l'activité de transplantation d'organe par CHU

| Activité de transplantation | 2011 | | 2016 | |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| | nombre de CHU autorisés | activité moyenne par CHU (en RSA) | nombre de CHU autorisés | activité moyenne par CHU (en RSA) |
| pancréatique | 7 | 9,7 | 5 | 18,5 |
| hépatique | 15 | 43,8 | 14 | 61,9 |
| ré nale | 28 | 79,8 | 28 | 96,4 |
| cardiaque | 18 | 15,4 | 18 | 17,1 |
| pulmonaire | 8 | 22,4 | 8 | 28,3 |
| Total | 76 | SO | 73 | SO |

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH, PMSI 2011 et 2016

Précaution de lecture : le nombre de CHU autorisés ne doit pas être confondu avec la notion de centre de transplantation. Ainsi, si 18 CHU sont autorisés en 2016 à l'activité de transplantation cardiaque, 24 centres l'exercent¹⁰⁰ (dont 5 à l'APHP, 2 à l'APHM et 2 aux HCL). Au cours de l'année 2016, le CHU de Limoges a perdu son autorisation de transplantation cardiaque, ce tableau n'en tient pas compte. En 2016, les HCL possèdent 2 centres de greffes hépatobiliaires et l'APHP 2 centres de greffes pulmonaires et 5 centres de greffes hépatobiliaires.

Au total, le constat est double : si une lente concentration de l'activité dans de grands centres régionaux est partiellement à l'œuvre, il persiste néanmoins des centres dynamiques, réalisant de faibles volumes de séjours ainsi que des centres dont la très faible activité est en régression.

Le maintien de centres de transplantation d'organe à faible activité conduit à s'interroger. Cette situation n'apparaît pas compatible avec la recherche de la meilleure qualité et sécurité des soins, pour une activité présentant des risques importants¹⁰¹. En effet, en chirurgie, la relation positive entre répétition du geste et sécurité des soins est bien démontrée, comme la Cour a déjà eu l'occasion de l'observer¹⁰².

Enfin, la dispersion de petits centres sur le territoire pose une question d'efficacité médico-économique. Ces activités présentent un coût important et mobilisent un nombre de professionnels considérable¹⁰³. Au total, l'absence de seuil minimal pour exercer ces activités dans le cadre du SIOS, à la différence des activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, ou de neuroradiologie interventionnelle, paraît non justifiée et fait courir aux patients des risques documentés.

¹⁰⁰ Cf. la liste des centres autorisés en transplantation cardiaque en 2016 en annexe 7.

¹⁰¹ À titre d'exemple, le CHU de Limoges s'est vu retirer en 2016 son autorisation de transplantation cardiaque suite à une surmortalité de ses patients constatée par l'ABM et l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

¹⁰² Cour des comptes, *Sécurité sociale 2017, septembre 2017*, chapitre VI : les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité de la prise en charge. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁰³ À titre d'illustration, l'activité de greffe hépatique au CHU de Tours mobilise 7 lignes d'astreinte ou de garde différente, 24h/24h au coût de 0,5 M€ par an et pour en moyenne 1 greffe tous les 3,6 jours, ce qui fait du CHU de Tours le 4^e centre français après l'APHP, le CHU de Rennes et les HCL.

La pertinence de la notion de seuil en matière de greffes d'organes

Une étude épidémiologique menée par l'Agence de la biomédecine en 2015, démontre que les résultats en matière de greffes d'organes sont en partie corrélés au volume d'activité des centres.

Pour l'activité de greffe cardiaque, un seuil critique de 10 à 15 greffes par an et par centre a été identifié. Ce point est également évoqué par un rapport de l'Académie de médecine¹⁰⁴, qui estime que l'activité de greffe « restera autour de 4 à 500 par an, ce qui pourra amener à rediscuter la pertinence des autorisations concernant des centres à faible activité (inférieure à 15 greffes annuelles) ». Sur la base de l'activité 2016, l'application d'un seuil à 15 greffes/an devrait entraîner le retrait de l'autorisation accordée à 7 CHU sur 18 (soit 10 centres en tout qui devraient cesser cette activité).

L'ABM n'a pas identifié de seuil pertinent pour la greffe hépatique, du fait d'une certaine homogénéité des centres et de la fermeture antérieure à l'étude de 2 centres à faible activité et présentant des situations critiques. En 2016, toutes les équipes ont une activité supérieure à 30 greffes par an à l'exception d'un CHU. Une étude européenne ne comprenant pas la France avait identifié un seuil à 30-35 greffes par an et par centre.

Concernant l'activité de greffe pulmonaire, une étude descriptive et une étude de survie du greffon à 1 an ont été réalisées. Au vu de la littérature¹⁰⁵ et de la répartition de l'activité, il ressort un lien statistiquement significatif entre un risque de survenue d'un échec de la greffe dans la première année suivant la greffe et un seuil d'activité inférieur ou égal à 30 greffes, confortant ainsi les publications internationales. En 2016, l'application d'un tel seuil aurait entraîné le retrait d'une autorisation à 5 CHU sur 8 autorisés.

C - Des transferts entre CHU qui restent marginaux

Du fait notamment de leur rôle de recours et d'expertise, les CHU réalisent une part de leurs activités suite aux transferts « entrants » de patients depuis un autre établissement MCO. Ces ré-hospitalisations en CHU permettent aux patients de profiter du plateau technique plus complet des CHU et des compétences hospitalo-universitaires des professionnels y exerçant¹⁰⁶.

L'outil de représentation des flux entre établissements de santé (ORFEE), développé par l'ANAP et l'ATIH au cours de l'année 2017, permet de mesurer et comparer les établissements dans leurs territoires en décrivant notamment les flux d'échanges du territoire entre établissements MCO. Les échanges entre établissements de santé sont mesurés en nombre de transferts dits MCO¹⁰⁷.

Les résultats de cette étude montrent que l'activité des CHU est essentiellement ancrée sur leurs bassins de population. En effet, le nombre de patients transférés dans un CHU en 2016 (transferts entrants) s'est élevé à 52 398 pour plus de 4 millions de séjours, ce qui représente une faible proportion de l'activité hospitalière totale des CHU (1,3 % des séjours en 2016). Ces constats présentent peu de variations dans le temps.

¹⁰⁴ PAVIE A., LOGEAIS Y., WATTEL F. *La chirurgie cardiaque en 2025*. Académie nationale de médecine.

¹⁰⁵ Kilic, *J Th Card Surg* 2012, UNOS 98-07, Weiss, *Ann Th Surg* 2009, SRTR 00-07, Scarborough, *Transpl* 2010.

¹⁰⁶ Ces transferts peuvent également correspondre à des choix de rapprochements géographiques de patients hospitalisés loin de leurs domiciles à la suite d'un problème médical intervenu au cours d'un déplacement. Il n'est pas possible de distinguer finement la cause du transfert dans les outils aujourd'hui disponibles.

¹⁰⁷ La notion de transfert MCO est défini par le nombre de séjours chaînés et transférés dans un autre établissement MCO, le jour de la sortie. Les transferts se basent donc sur le délai de ré-hospitalisation des patients (calculé à partir du chaînage des patients) et non pas sur les modes d'entrée et/ou de sortie présents dans les RSA (le délai de ré-hospitalisation pour les transferts MCO est égal à 0 jour).

L'APHP a cumulé en 2016, 7 406 transferts entrants, soit 14,1 % du total des transferts entrants en CHU mais moins de 0,8 % de son activité annuelle. 49 % des transferts entrants à l'APHP ne sont pas originaires d'Ile de France (3 652 séjours soit 0,4 % de son activité annuelle), ce qui place très nettement l'APHP en tête dans ce domaine¹⁰⁸. En 2016, seuls 195 transferts entrants à l'APHP étaient en provenance d'un autre CHU (soit 0,02 % de son activité).

Les cinq CHU les plus importants (en volume de séjours) réalisent 36,3 % de la totalité des transferts entrants en CHU au cours de l'année 2016 alors qu'ils réalisent plus de 43 % de l'activité totale des CHU.

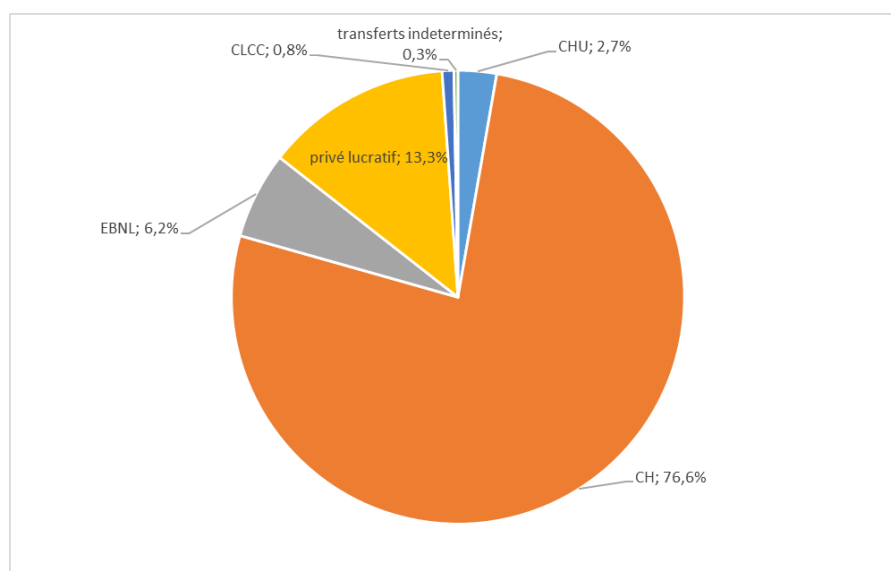
Tableau n° 21 : analyse des transferts entrants de patients dans les cinq CHU disposant de la plus forte activité en 2016

| CHU | Transferts entrants en 2016 | % du total des transferts entrants en CHU | % de l'activité du CHU |
|-------------------------|-----------------------------|---|------------------------|
| APHP | 7 406 | 14,1 % | 0,79 % |
| Hospices civils de Lyon | 3 140 | 6,0 % | 1,2 % |
| CHU de Toulouse | 3 029 | 5,8 % | 1,6 % |
| APHM | 2 490 | 4,8 % | 1,3 % |
| CHU de Bordeaux | 2 929 | 5,6 % | 1,6 % |
| Total des CHU | 52 398 | 100,0 % | 1,3 % |

Source : Cour des comptes d'après l'applicatif ORFEE, ATIH, 2016.

Par ailleurs, 76,6 % des patients transférés en CHU proviennent d'un CH et 86,4 % d'un établissement relevant du secteur ex-DGF. Seuls 2,7 % des patients transférés en CHU proviennent d'un autre CHU (soit 1 440 patients en 2016).

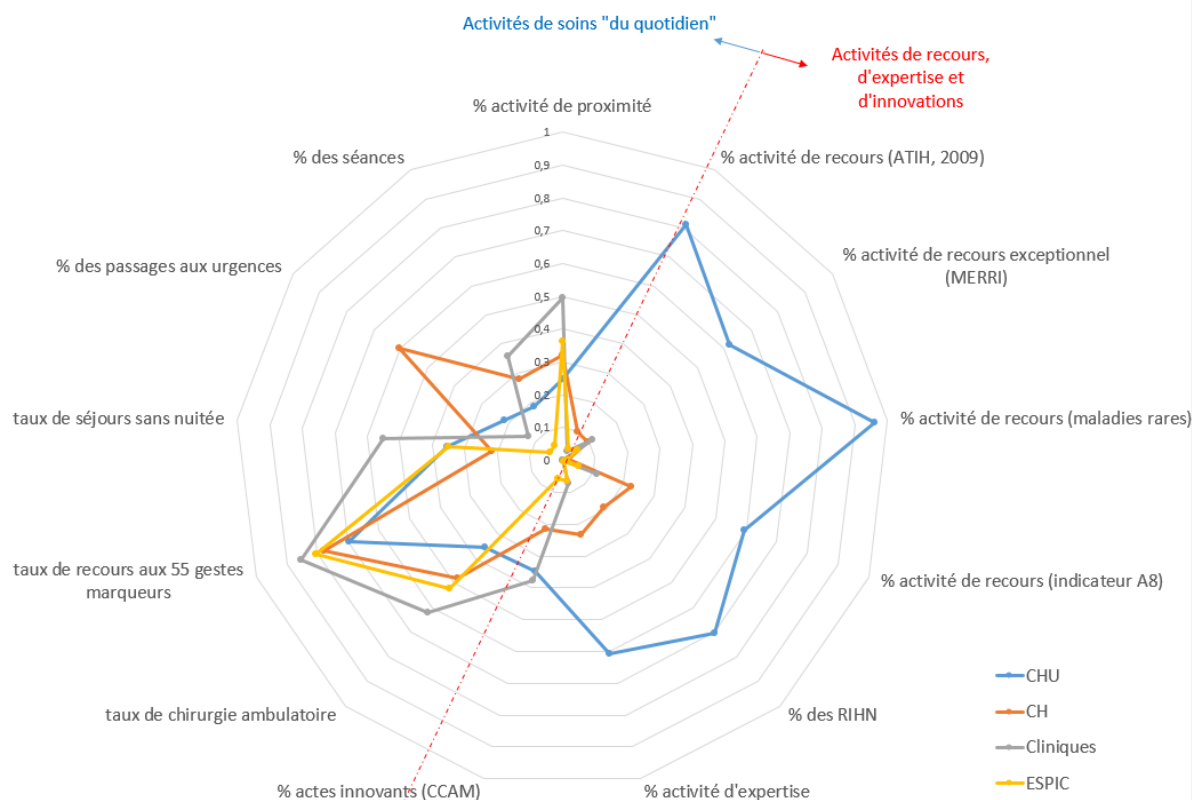
Graphique n° 20 : origine des transferts de patients entrants dans les CHU (par catégories d'établissements de santé)



Source : Cour des comptes d'après l'applicatif ORFEE, ATIH, 2016.

¹⁰⁸ À titre de comparaison, 1,1 % des transferts entrants au CHU de Bordeaux ne sont pas originaires de Nouvelle-Aquitaine (soit 31 séjours) et 5,8 % des transferts entrants au CHU de Toulouse ne sont pas originaires d'Occitanie (soit 177 séjours).

Graphique n° 21 : mise en relation des différents indicateurs de mesure quantitatifs et qualitatifs de l'activité hospitalière (2016)



Source : Cour des comptes sur la base de l'ensemble des indicateurs évoqués supra.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La caractérisation de l'activité de soins des CHU montre que ces derniers se distinguent des autres établissements de santé principalement en raison de leur activité de recours et d'expertise (cf. graphique n° 21). Pour autant, l'expertise et le recours ne représentent qu'une partie très faible de leur activité totale, par ailleurs très variable d'un CHU à l'autre. Si une dizaine de CHU assurent l'essentiel de ces soins, les autres continuent de mobiliser des moyens importants pour une activité parfois faible.

Concernant les soins de proximité, la spécificité des CHU apparaît moins clairement, les CHU assurant une activité similaire à celle des grands CH pour des patients qui ne présentent pas un état plus sévère. Ils sont également exposés à une concurrence croissante des établissements de soins privés qui se sont réorganisés beaucoup plus précocement pour prendre le virage ambulatoire.

Au total, la mesure de l'activité fait apparaître les CHU comme un ensemble d'établissements à deux vitesses, un premier groupe étant constitué d'établissements très tournés vers l'innovation et le recours alors qu'un second groupe, composé d'établissements de plus petite taille, voit cette activité devenir marginale.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 1. adopter rapidement une définition nationale des activités de recours, d'expertise et de proximité, qui doivent devenir des indicateurs de pilotage de l'offre de soins en région (DGOS, ATIH, ARS) ;*
 - 2. concentrer l'activité de transplantation d'organe dans un nombre restreint d'établissements par la mise en œuvre d'une politique de seuil minimal d'activité par site géographique (DGOS, ABM, HAS).*
-

Chapitre II

La situation budgétaire et financière des CHU : un déséquilibre installé, une fragilité croissante

Prise dans son ensemble, la situation financière des CHU est caractérisée par un déséquilibre installé depuis plusieurs années, résultant à la fois de l'inadaptation d'une partie de leurs recettes et des insuffisances dans la régulation de certaines de leurs charges (I). Il en résulte des marges de manœuvre de plus en plus limitées pour les CHU qui peinent à investir pour faire face à la vétusté croissante de leurs installations ainsi qu'à maîtriser leur endettement (II). Les insuffisances du pilotage des établissements en difficulté ne permettent pas aux établissements les plus en difficulté de revenir rapidement à l'équilibre (III).

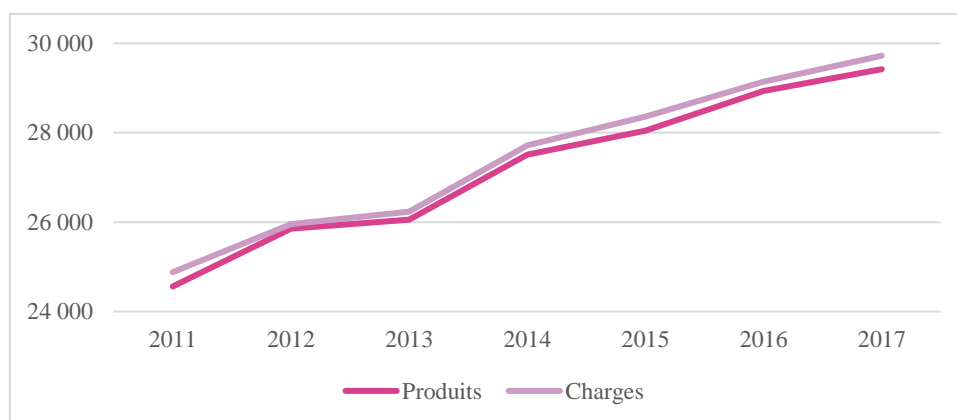
I - Un déséquilibre financier installé

Le résultat financier des CHU pris dans leur ensemble s'est dégradé entre 2011 et 2017. Au cours de ce dernier exercice, seule la moitié d'entre eux est parvenue à équilibrer son compte de résultat principal. La fragilité croissante des ressources des CHU, notamment celles provenant des dotations forfaitaires dont ils bénéficient, ainsi que les difficultés de maîtrise des charges, expliquent cette évolution.

A - Un déficit récurrent d'ampleur variable selon les années

1 - Une situation d'ensemble constamment déficitaire depuis 2011

Les CHU ont connu une situation d'ensemble déficitaire tout au long de la période 2011-2017. Ce déficit récurrent s'explique par des produits tirés de l'activité qui augmentent faiblement alors que les dotations diminuent. En parallèle, les charges sont en progression constante même si des mesures d'économie ont été engagées.

Tableau n° 22 : évolution des charges et des produits des CHU entre 2011 et 2017 (M€)

Source : Données ATIH, calculs Cour des comptes

Le produit cumulé de ces établissements était de 28,9 Md€ en 2016 et approche les 30 Md€ en 2017. Il progresse de manière importante depuis 2011 comme le montre le tableau n° 23 ci-dessous.

Tableau n° 23 : évolution des produits et des charges des CHU entre 2011 et 2016 (en €)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <i>T1 Produits assurance maladie</i> | 18 875 111 712 | 19 788 937 497 | 19 836 177 892 | 20 230 176 716 | 21 465 069 356 | 22 108 721 315 |
| <i>T2 Produits activité hospitalière</i> | 1 978 697 292 | 2 114 951 794 | 2 196 815 857 | 2 223 356 903 | 2 234 162 512 | 2 240 723 014 |
| <i>T3 Autres produits</i> | 3 707 008 166 | 3 947 504 752 | 4 023 661 124 | 5 054 231 884 | 4 346 073 004 | 4 585 938 447 |
| TOTAL des produits | 24 560 817 169 | 25 851 394 042 | 26 056 654 873 | 27 507 765 502 | 28 045 304 873 | 28 935 382 777 |
| <i>T1 Charges de personnel</i> | 14 684 843 256 | 15 480 020 194 | 15 862 776 937 | 16 288 046 585 | 16 565 651 857 | 16 841 395 884 |
| <i>T2 Charges médicales</i> | 5 015 853 817 | 5 360 351 232 | 5 519 391 205 | 6 540 934 665 | 6 665 900 847 | 6 978 900 980 |
| <i>T3 Charges générales</i> | 1 997 460 285 | 2 134 399 717 | 2 204 218 798 | 2 252 827 330 | 2 331 782 404 | 2 495 308 604 |
| <i>T4 Autres charges</i> | 3 182 698 984 | 2 979 385 414 | 2 646 592 374 | 2 634 295 962 | 2 798 093 883 | 2 827 632 197 |
| TOTAL des charges | 24 880 856 342 | 25 954 156 557 | 26 232 979 314 | 27 716 104 541 | 28 361 428 991 | 29 143 237 664 |
| Résultat budget principal | -320 039 173 | -102 762 514 | -176 324 441 | -208 339 040 | -316 124 118 | -207 854 887 |

Source : ATIH.

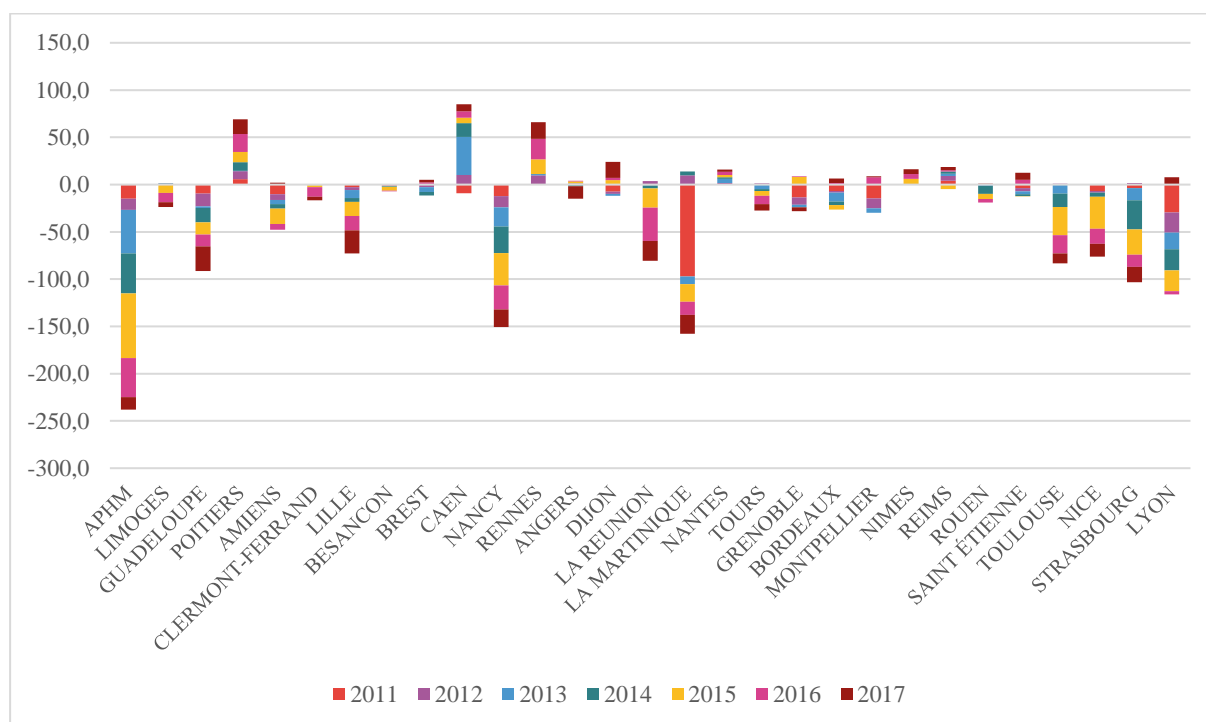
2 - Des résultats hétérogènes selon les CHU

Tous les CHU ne sont pourtant pas placés dans la même situation et certains établissements parviennent à dégager un excédent et une capacité d'autofinancement. Ainsi en 2011, 10 CHU étaient excédentaires¹⁰⁹ et 19 autres présentaient un résultat déficitaire¹¹⁰. Le déficit des établissements en difficulté était de -333 M€ dont, notamment, -89 M€ pour l'APHP, -97 M€ pour La Martinique, -29 M€ pour les HCL et -14 M€ pour l'APHM. En 2016, malgré un déficit global d'ampleur moindre, 13 CHU dégageaient un excédent qui représentait un montant de 70 M€ alors que les 17 autres atteignaient un déficit global de 277 M€.

Le caractère exceptionnel du budget de l'APHP fait fortement varier le résultat du budget principal global des CHU. Isolé de cette structure, les données sont significativement différentes et le résultat consolidé des CHU est alors de -231 M€ en 2011, -32,4 M€ en 2012, -115,2 M€ en 2013, -159 M€ en 2014, -277 M€ en 2015, -164 M€ en 2016.

La part du déficit de l'APHP dans le résultat global des CHU était en diminution entre 2011 et 2016, exercices où il représentait respectivement 27,8 % et 20,7 % du résultat comptable.

Graphique n° 22 : résultat comptable des CHU (hors APHP) entre 2011 et 2017 (en M€)



Source : DGOS (2011-2016) et ATIH (2017), calculs cour des comptes

¹⁰⁹ Il s'agit des CHU d'Angers (+0,2 M€), Brest (+0,14 M€), Limoges (+0,63 M€), Nantes (+0,21 M€), Nîmes (+0,08 M€), Poitiers (+5,9 M€), Rouen (+0,01 M€), Reims (+3,9 M€), Toulouse (+0,2 M€) et Tours (+0,21 M€), qui totalisaient un excédent de 11,48 M€.

¹¹⁰ Seuls 29 CHU sont comptabilisés, le CHR de La Réunion étant devenu CHU à compter de l'année 2012.

En 2016, seuls quatre CHU ont présenté un déficit comptable supérieur à 3 % de leurs produits : il s'agit des CHU de La Réunion (5,2 %) ¹¹¹, de Guadeloupe (3,7 %), de Nancy (3,1 %) et de Marseille (3,1 %). En contrepartie, seul le CHU de Rennes présentait un excédent dont la valeur (14,7 M€) était supérieure à 3 % de ses produits (3,1 %).

3 - Un exercice 2017 marqué par une forte dégradation du résultat financier des CHU

Selon les données provisoires disponibles, avec un montant de - 301 M€, le niveau de déficit enregistré par les CHU au cours de l'année 2017 est un des plus forts enregistré depuis la mise en place de la tarification à l'activité ¹¹². Cet exercice devrait aboutir à un résultat excédentaire de 93,6 M€ pour 15 CHU ¹¹³, qui ne permet qu'une compensation très partielle du déficit de -394,6 M€ enregistré par les autres CHU.

Dans cet ensemble, la situation financière de l'APHP s'est fortement dégradée en 2017, avec un résultat négatif de 199 M€, ce qui représente 66 % du déficit des CHU.

La dégradation du résultat du compte principal de l'APHP en 2017

L'APHP a connu cinq années successives de redressement entre 2011 et 2016. Le déficit du compte de résultat principal était ainsi de 89 M€ en 2011 et de 43 M€ en 2016. Cependant, la forte dégradation de son résultat, à -198,6 M€ en prévisionnel pour l'année 2017, remet en cause cette tendance.

La dégradation observée en 2017 s'explique par les éléments suivants :

- l'activité n'a progressé que de 0,9 % et les recettes d'activité ont baissé de 9 millions € au cours de cet exercice. Par comparaison les recettes d'activité avaient progressé de 64 M€ entre 2015 et 2016. L'activité d'hospitalisation complète est restée stable entre 2016 et 2017. En hospitalisation partielle, elle a connu une croissance de près de 2 %. La dynamique de l'activité aux urgences (+1,6 %) et en hospitalisation à domicile (+ 1,9 %) se confirme en 2017 ;
- les dotations de l'État sont restées stables alors qu'elles progressaient en 2016 ;

¹¹¹ Parmi ces établissements, seul le CHU de La Réunion ne bénéficiait pas d'aide d'exploitation du COPERMO performance en 2016, l'établissement ayant été programmé à cette instance en décembre 2016.

¹¹² En 2008, le déficit du compte principal des CHU de -405,1 M€ et celui des CH (toutes tailles confondues) était de -175 M€. Les années 2009 à 2010 ont présenté une tendance à la réduction des déficits avec -319 M€ pour les CHU en 2010 et -228,5 M€ pour les autres CH. Source : ATIH. *Situation financière 2011 des établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale et évolution 2008-2011*. 12 novembre 2012.

¹¹³ En 2017 les CHU qui devraient présenter un excédent sont : Amiens (+2,1 M€), Besançon (+0,1 M€), Bordeaux (+4,7 M€), Brest (+2,6 M€), Caen (+7,4 M€), Dijon (+17 M€), Lyon (+7,6 M€), Montpellier (+1 M€), Nantes (+2,2 M€), Nîmes (+5 M€), Poitiers (+15,3 M€), Reims (+3,2 M€), Rouen (+0,1 M€), Rennes (+17,4 M€), Saint Etienne (+7,2 M€).

- les charges d'exploitation sont en augmentation malgré des actions de maîtrise renforcée mise en œuvre en cours d'année. À ce titre, les charges de personnel progressent de 89 M€ en 2017 (soit +2,2 % par rapport à 2016), en raison des effets prix importants sur les salaires (revalorisation point fonction publique et accords catégoriels) alors que, cette même année, l'APHP enregistre une baisse de 170 ETP sur le PNM. Les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux sont en hausse de 1,8 % et celles à caractère général et hôtelier progressent de manière contenue à 1 % ;
- les dotations aux amortissements et aux provisions sont en nette augmentation (+41 M€) compte tenu notamment de l'ajustement des règles comptables dans le cadre de la fiabilisation et de la certification des comptes ;
- l'APHP s'est engagée à un retour à l'équilibre en 2022 et prévoit de réaliser 50 M€ d'économies supplémentaires en particulier sur les prescriptions médicales¹¹⁴ et une augmentation des recettes liées à la tarification des chambres individuelles (+15 M€ en prévisionnel). En complément une nouvelle organisation de l'APHP est en cours de définition en 2018.

D'une manière générale, l'année 2017 creuse le déficit du budget principal pour l'ensemble des établissements publics de soins, à l'exception des deux CHR. Le déficit des hôpitaux publics autres que les CHU augmente fortement pour atteindre 470,6 M€ alors qu'il était de 246 M€ en 2016.

Au global, le déficit du compte principal de tous les établissements publics de santé est estimé à -776 M€ en 2017, soit une dégradation de 322,5 M€ en une seule année. La baisse des tarifs pour la troisième année consécutive – dont l'impact est estimé à 100 M€ pour les CHU – la diminution des dotations¹¹⁵ et la stagnation de l'activité sont les principaux facteurs explicatifs de la dégradation observée. Ainsi, la progression des produits d'assurance maladie des CHU ne s'est établie qu'à 1,88 % en 2017 contre 3 % en 2016. Seules la hausse contenue des charges des CHU¹¹⁶ et la baisse des charges des autres établissements publics¹¹⁷ ont limité l'ampleur du déficit comptable de l'ensemble des établissements publics de santé en 2017.

¹¹⁴ Un plan d'action pour réduire les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux (1 Md€ en 2017 contre 742 M€ en 2012) a été présenté en commission médicale d'établissement en février 2018. Ce plan d'action vise à renforcer contrôles des prescriptions et à favoriser les prescriptions de molécules moins onéreuses.

¹¹⁵ Les données disponibles auprès de l'ATIH indique que le montant des MIGAC 2017 versé aux CHU était de 3,86 Md€ en 2017 alors qu'il représentait 3,91 Md€ en 2016 et 3,76 Md€ en 2015.

¹¹⁶ La progression des charges des CHU n'était que de 1,73 % en 2017 contre 2,76 % en 2016.

¹¹⁷ Les charges de l'ensemble des autres établissements publics ont diminué de 428 M€ en 2017. Elles se sont établies à 42,9 Md€ en 2017 alors qu'elles étaient de 43,3 Md€ en 2016.

Tableau n° 24 : résultats comptables 2016 et 2017 des comptes principaux des établissements publics de santé (en €)

| <i>Établissement</i> | 2016 | 2017 (données provisoires) | Différence |
|------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| <i>CHU</i> | -207 854 887,20 | -301 015 078 | -93 160 190,50 |
| <i>CHR</i> | -8 274 646,80 | -4 924 765 | 3 349 881,60 |
| <i>CH>70M</i> | -80 299 789,00 | -205 895 382 | -125 595 592,80 |
| <i>Autres CH</i> | -157 605 040,80 | -264 784 209 | -107 179 168,52 |
| Résultat global | -454 034 363,90 | -776 619 434 | -322 585 070,12 |
| <i>Dont CH</i> | -246 179 476,60 | -470 679 591,12 | -224 500 114,52 |

Source : données ATIH, calculs cour des comptes

B - Des ressources financières en partie inadaptées aux missions des CHU

La surface financière des CHU est fortement disparate. Ainsi, en 2016 les budgets les plus importants étaient concentrés à l'APHP avec 7,4 Md€ de produits (dont 5,6 Md€ pour les recettes d'assurance maladie), les HCL avec 1,7 Md€ (dont 1,3 Md€ pour le titre 1) et l'APHM dont les recettes s'établissaient à 1,3 Md€ (dont 1 Md€ pour le titre 1). La même année, les établissements présentant les produits les moins élevés étaient les CHU de Guadeloupe avec 329 M€ dont 253 M€ pour le titre 1, Limoges dont les produits étaient de 483 M€ et notamment 366 M€ au titre 1 et le CHU de Nîmes pour 456 M€ de recettes dont 352 M€ en provenance de l'assurance maladie.

Dans l'ensemble, ces produits ont progressé de 17,8 % entre 2011 et 2016. Cependant, ces produits connaissent des fragilités qui expliquent en partie la dégradation récente des résultats financiers des CHU : les produits de tarification à l'activité ne représentent que 55 % du total et sont peu dynamiques tandis que les dotations forfaitaires ont connu une forte baisse et que certaines dotations forfaitaires comme celle destinée à la prise en charge des maladies rares sont inférieures au coût réel des activités concernées.

1 - Un financement à l'activité qui ne représente que 55 % des recettes d'assurance maladie des CHU

a) La structure des ressources des CHU

La nomenclature comptable distingue trois types de recettes des établissements de santé : les produits d'assurance maladie (titre 1), les produits de l'activité hospitalière (titre 2) et les autres produits (titre 3).

La répartition des produits des CHU entre ces trois ensembles n'a pas varié depuis 2011. Les trois quarts des recettes sont ainsi versées par l'assurance maladie en contrepartie de l'activité par le biais d'un financement direct ou forfaitaire en fonction des types de prise en charge.

Les autres produits et notamment ceux du titre 2 (activité hospitalière), sont liés aux restes à charge pour les patients, les organismes complémentaires et les compagnies d'assurance en contrepartie des soins dispensés en hospitalisation complète ou ambulatoire. Ce titre comptabilise également les recettes tirées des forfaits hospitaliers payés par les patients (338 M€) et celles perçues au titre des soins délivrés aux patients étrangers qui ont représenté 483 M€ en 2016 (410 M€ en 2011).

Enfin, les produits du titre 3 résultent des rétrocessions de médicaments (1,4 Md€ en 2016), des diverses subventions d'exploitation et des écritures comptables (reprises sur provisions, comptabilisation des stocks...).

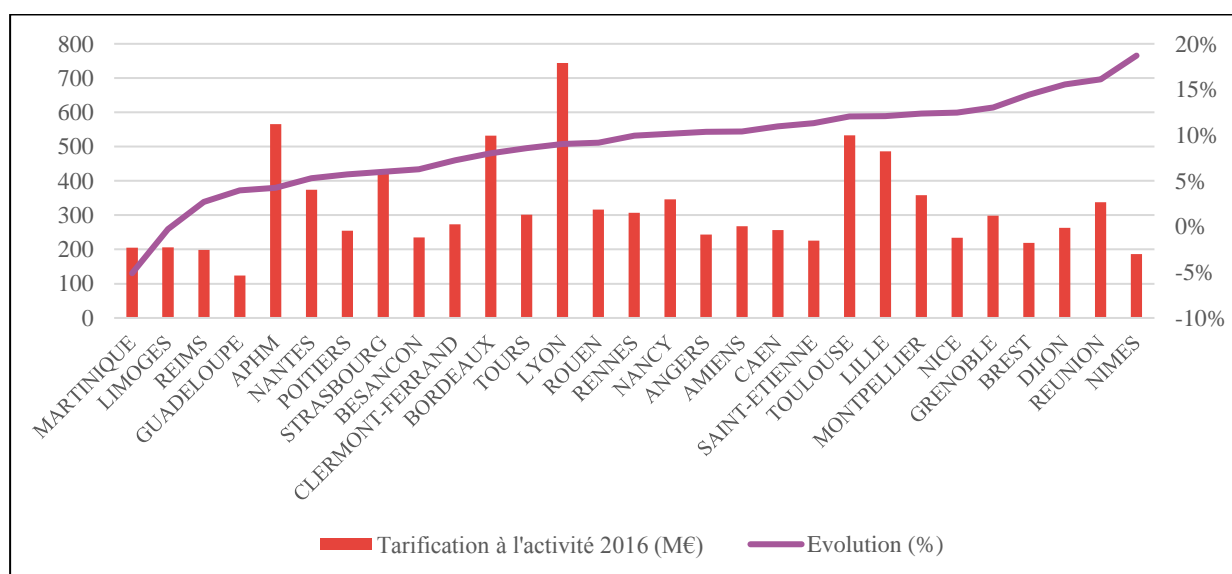
Tableau n° 25 : familles de produits des CHU en 2011 et 2016 (en Md€)

| <i>Produits</i> | 2011 | 2016 | Progression (Md€) |
|--------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------|
| <i>Titre 1 assurance maladie</i> | 18,9 (76,8 %) | 22,1 (76,4 %) | + 3,2 |
| <i>Titre 2 activité hospitalière</i> | 1,9 (8,1 %) | 2,2 (7,7 %) | + 0,3 |
| <i>Titre 3 autres produits</i> | 3,7 (15,1 %) | 4,6 (15,9 %) | + 0,9 |
| Total des produits | 24,5 | 28,9 | + 4,4 |

Source : ATIH, calculs Cour des comptes

La rémunération à l'activité a représenté 55 % des produits des CHU en 2016 (12,1 Md€) et a progressé de 13,6 % depuis 2011, année où elle représentait 10,6 Md€. Cette progression a été de 8,9 % entre 2012 et 2016. L'APHP se situe dans l'évolution moyenne des recettes d'activité des CHU avec une hausse de 227,1 M€ (+8,7 %) depuis 2012.

Graphique n° 23 : évolution des recettes de tarification à l'activité des CHU (hors APHP) entre 2012 et 2016 (en M€)



Source : ATIH, calculs cour des comptes

Par comparaison, la progression des recettes d'activité pour les autres établissements publics dont le budget était supérieur à 70 M€ était de 14,05 % (+ 1,2 Md€) entre 2011 et 2016 et de 12,8 % entre 2012 et 2016. La dynamique des recettes d'activité tirées des séjours est donc moins forte dans les CHU que dans les CH de taille importante.

b) Des écarts modérés entre tarifs versés et tarifs issus des coûts pour les activités de proximité

Devant les difficultés méthodologiques soulevées par une comparaison directe des coûts et des tarifs, l'ATIH a développé une méthodologie alternative fondée sur la mesure par GHM de l'adéquation entre le niveau de recettes versées et le niveau des recettes qui seraient perçues dans le cas où les tarifs respecteraient strictement des coûts standard pour chaque GHM¹¹⁸. Cette approche reste fragile, dans la mesure où elle compare des tarifs à des coûts standard qui ne correspondent pas à la réalité des coûts des CHU.

Les résultats de cette approche pour les 20 GHM les plus couramment codés sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 26 : comparaison entre tarifs moyens et TIC pour les 20 GHM les plus codés en CHU au cours de l'année 2016 (en €)

| <i>GHM</i> | Libellé du GHM | Effectif des séjours en CHU (RSA) | Écart entre le tarifs moyen et le TIC (par séjour) | Écart entre le tarif moyen et le TIC (pour le total des séjours de chaque GHM) |
|------------|---|-----------------------------------|--|--|
| 15M05A | Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif | 91 810 | -99 | -9 075 158 |
| 23M20T | Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée | 64 892 | -129 | -8 350 362 |
| 05K10I | Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1 | 32 386 | -188 | -6 101 944 |
| 06K04J | Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire | 36 174 | -128 | -4 632 965 |
| 01K04J | Injections de toxine botulique, en ambulatoire | 45 304 | -86 | -3 875 694 |
| 02C05J | Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire | 43 947 | -44 | -1 912 638 |
| 23K02Z | Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours | 33 382 | -41 | -1 362 538 |
| 23M21T | Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée | 23 309 | -13 | -291 545 |
| 14Z13A | Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative | 38 657 | 1 | 36 649 |

¹¹⁸ Pour ce faire, une échelle dite « échelle de coûts ajustés à la masse tarifaire » a été calculée. Il convient de noter que, puisque les coûts sont ajustés à la masse tarifaire, il ne s'agit plus réellement de coûts mais de « tarifs issus des coûts ». Cet ajustement permet de lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les coûts, qui ne peuvent pas faire l'objet d'évaluation dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts.

| <i>GHM</i> | Libellé du GHM | Effectif des séjours en CHU (RSA) | Écart entre le tarif moyen et le TIC (par séjour) | Écart entre le tarif moyen et le TIC (pour le total des séjours de chaque GHM) |
|--------------|---|-----------------------------------|---|--|
| 20Z05I | Ethylisme aigu, niveau 1 | 26 246 | 9 | 234 626 |
| 01M32Z | Explorations et surveillance pour affections du système nerveux | 48 239 | 14 | 660 766 |
| 23M14Z | Traitements prophylactiques | 25 156 | 30 | 753 986 |
| 17M06T | Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée | 32 700 | 24 | 788 638 |
| 14Z14A | Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative | 55 677 | 19 | 1 043 972 |
| 04M22Z | Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire | 31 489 | 41 | 1 286 039 |
| 10M13T | Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, très courte durée | 52 850 | 33 | 1 740 199 |
| 15M05B | Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif | 28 245 | 77 | 2 183 512 |
| 05M20Z | Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire | 26 134 | 126 | 3 296 914 |
| 13C16J | Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire | 23 135 | 329 | 7 611 617 |
| 23M20Z | Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 | 35 190 | 246 | 8 650 530 |
| <i>Total</i> | | 794 922 | SO | -7 315 395 |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2016 et TIC 2016

Au total, l'écart entre le tarif moyen versé en 2016 et le TIC pour ces 20 GHM est modérément défavorable aux CHU (-7,3 M€ pour l'ensemble des CHU). Cependant ce volume financier ne représente que 0,9 % de la masse financière dont ont bénéficié les CHU au titre de ces séjours (soit 827,4 M€). De ce fait, les CHU figurent parmi les établissements pour lesquels l'écart entre le tarif moyen versé en 2016 et le tarif issu des coûts est le moins défavorable, après les cliniques (-0,4 %) et les CLCC (+6,2 %). *A contrario*, les CH (-6,2 %) et les ESPIC (-7,1 %) présentent des écarts plus défavorables.

Ces résultats doivent toutefois être relativisés au regard des coûts à la journée plus élevés dans les CHU que dans les autres établissements du fait de leurs sujétions particulières. C'est particulièrement le cas pour les hospitalisations complètes MCO dont le coût en CHU est supérieur de 27 % à l'ensemble des établissements de santé et à 48 % aux CH. Cette situation se retrouve pour les séjours en HAD, SSR et psychiatrie. Seules les séances présentent des coûts journaliers légèrement inférieurs en CHU.

c) Une tarification des activités de recours de nature plutôt incitative

De la même façon que pour les soins de proximité – et avec les mêmes précautions tenant à la méthodologie employée – l'adéquation entre des coûts standard et les ressources issues de la T2A a été évaluée pour les activités de recours.

En l'occurrence, l'analyse tarifaire a porté sur un échantillon d'activités de recours comportant le plus grand nombre de séjours réalisés en CHU (soit plus de 3 000 pour l'année 2016). Cet échantillon d'activité de recours recouvre 32 GHM (123 564 séjours, soit 3,1 % de l'activité totale des CHU mais 66,6 % de leur activité de recours). Pour chaque séjour réalisé dans ces GHM a été déterminé l'écart entre le tarif moyen versé en 2016 et le TIC, selon la méthodologie évoquée *supra*.

Tableau n° 27 : comparaison entre tarifs moyens et TIC pour les 32 GHM de recours les plus codés en CHU

| <i>GHM</i> | Libellé du GHM | effectifs des séjours en CHU (RSA) | écart entre le tarif moyen et le TIC (par séjour) | écart entre le tarif moyen et le TIC (pour le total des séjours de chaque GHM) |
|------------|--|------------------------------------|---|--|
| 01C031 | Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 747 | -322 | -240 407 |
| 01C032 | Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 1 413 | 785 | 1 108 917 |
| 01C033 | Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 1 200 | 2 693 | 3 231 768 |
| 01C034 | Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4 | 964 | -684 | -659 495 |
| 01C041 | Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 4 996 | 221 | 1 105 259 |
| 01C042 | Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 6 094 | 1 986 | 12 100 224 |
| 01C043 | Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 4 126 | 3 042 | 12 553 208 |
| 01C044 | Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4 | 3 086 | -287 | -885 774 |
| 04M211 | Suivis de greffe pulmonaire, niveau 1 | 5 226 | 41 | 216 653 |
| 04M212 | Suivis de greffe pulmonaire, niveau 2 | 114 | -475 | -54 147 |
| 04M213 | Suivis de greffe pulmonaire, niveau 3 | 19 | -943 | -17 917 |
| 05K15J | Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, en ambulatoire | 3 839 | -51 | -194 645 |
| 05M191 | Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niveau 1 | 4 760 | 16 | 74 290 |
| 07M121 | Suivis de greffe de foie et de pancréas, niveau 1 | 3 689 | -18 | -67 814 |
| 07M122 | Suivis de greffe de foie et de pancréas, niveau 2 | 167 | -377 | -62 968 |
| 07M123 | Suivis de greffe de foie et de pancréas, niveau 3 | 44 | -1 200 | -52 821 |

| GHM | Libellé du GHM | effectifs des séjours en CHU (RSA) | écart entre le tarif moyen et le TIC (par séjour) | écart entre le tarif moyen et le TIC (pour le total des séjours de chaque GHM) |
|------------|--|---|--|---|
| 07M13Z | Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas | 9 017 | 4 | 39 461 |
| 08M35Z | Explorations et surveillance de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif | 20 372 | -64 | -1 308 020 |
| 09M12Z | Explorations et surveillance des affections de la peau | 11 799 | 84 | 994 974 |
| 11M171 | Surveillances de greffes de rein, niveau 1 | 20 844 | 21 | 430 587 |
| 11M172 | Surveillances de greffes de rein, niveau 2 | 209 | -100 | -20 938 |
| 11M173 | Surveillances de greffes de rein, niveau 3 | 55 | -125 | -6 863 |
| 18M12Z | Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires | 14 199 | -105 | -1 494 236 |
| 21M151 | Rejets de greffe, niveau 1 | 892 | -295 | -263 496 |
| 21M152 | Rejets de greffe, niveau 2 | 741 | 1 752 | 1 297 884 |
| 21M153 | Rejets de greffe, niveau 3 | 342 | 4 122 | 1 409 893 |
| 21M154 | Rejets de greffe, niveau 4 | 262 | 4 290 | 1 123 993 |
| 21M15T | Rejets de greffe, très courte durée | 1 008 | 14 | 14 026 |
| 27C061 | Transplantations rénales, niveau 1 | 394 | -941 | -370 789 |
| 27C062 | Transplantations rénales, niveau 2 | 1 946 | 726 | 1 413 693 |
| 27C063 | Transplantations rénales, niveau 3 | 661 | 1 597 | 1 055 352 |
| 27C064 | Transplantations rénales, niveau 4 | 339 | 2 178 | 738 370 |
| | Total | 123 564 | SO | 33 208 221 |

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATH, PMSI, 2016 et TIC

L'écart entre le tarif moyen versé en 2016 et le TIC pour ces 32 GHM est favorable aux CHU (+33,2 M€ pour l'ensemble des CHU) et représente 8,7 % de la masse financière dont ont bénéficié les CHU au titre de ces séjours en 2016 (soit 380,6 M€).

Une comparaison avec les autres catégories d'établissements de santé pour ces 32 GHM serait peu pertinente, étant donnée la faiblesse des volumes de séjours réalisés hors CHU (23 964 soit 16,1 % de l'activité nationale). Cependant, cette étude montre que la construction tarifaire pour les activités de recours est vraisemblablement avantageuse pour les CHU. Ceci est d'autant plus vrai que les coûts issus de l'ENC concernant ces 32 GHM sont pour l'essentiel des coûts mesurés par les CHU eux-mêmes et donc plus près de la réalité que les coûts mesurés pour les activités de proximité.

2 - Des dotations forfaitaires en diminution et partiellement inadaptées

a) Le recul des dotations MIGAC

La nature des CHU les conduit à exercer des activités d'enseignement, de recherche et d'innovation ainsi que d'intérêt général¹¹⁹ dans une proportion plus élevée que les autres établissements. Cette particularité des CHU se traduit dans la décomposition des financements versés par l'assurance maladie. En particulier, la part des dotations dites MIGAC¹²⁰ apparaît plus élevée dans les CHU que dans les autres établissements.

Toutefois, les MIGAC sont aujourd'hui en voie de diminution¹²¹. Ainsi, l'enveloppe MIGAC des CHU, qui représentait 4,14 Md€ en 2011, est passée à 3,91 Md€ en 2016. Sur ce total, l'APHP a perçu 1,1 Md€, les HCL 215 M€ et l'APHM 206 M€. L'enveloppe MIGAC moyenne des autres CHU était alors de 88 M€.

Tableau n° 28 : part des financements à l'activité et des dotations MIGAC dans les produits d'assurance maladie des établissements publics

| Établissement | 2011 | | 2016 | |
|--------------------|---------------------------|-------|---------------------------|-------|
| | Tarification à l'activité | MIGAC | Tarification à l'activité | MIGAC |
| CHU | 56 % | 22 % | 55 % | 18 % |
| CH > 70 M€ | 60 % | 10 % | 59 % | 7 % |
| CH > 20 M€ < 70 M€ | 60 % | 10 % | 57 % | 6 % |

Source : ATIH, calculs Cour des comptes

¹¹⁹ Il en est ainsi pour des activités telles que des soins réalisés à des fins expérimentales, des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs, des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise ou des actions de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage par exemple.

¹²⁰ Cette dotation permet de financer les activités des établissements de MCO qui ne sont pas tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le financement des SAMU et des SMUR, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

¹²¹ Cependant le transfert d'une partie des crédits AC (aides à la contractualisation) sur le FIR conduit à un taux de croissance de près de 12 % des dotations MIGAC et FIR affectées aux CHU entre 2011 (4,1 Md€) et 2016 (3,91 Md€ pour les MIGAC et 0,7 Md€ pour le FIR). Il est toutefois observé que la finalité des crédits MIGAC et des crédits FIR ne sont pas identiques, la comparaison entre ces deux systèmes de dotations comporte donc des limites. Selon les termes de la circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016, le FIR « repose sur une logique de résultats plutôt que sur une logique de moyens et des lignes fléchées ».

b) La dispersion de l'enveloppe MERRI

La dotation MIGAC comprend une part dite MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) destinée à financer l'enseignement, la recherche, la référence et l'innovation. Cette part est notablement plus importante dans les CHU que dans les autres établissements, les CHU ayant perçu 79 % des 3,5 Md€ de crédits MERRI versés aux établissements de santé en 2016 et en 2017. Par comparaison, les CLCC ont été destinataires de 9 % de ces crédits et les CH de 6,7 %¹²².

Les différentes réformes ayant affecté l'enveloppe MERRI et ses modalités de calcul ont conduit à une modification des règles de financement tirés de ces dotations¹²³. Lors de leur mise en place en 2004, les dotations MERRI comprenaient une composante fixe (en fonction des frais de structure) et une composante variable pour les appels à projets. À partir de 2007, une fraction de la part fixe a été intégrée dans une part dite modulable liée à des indicateurs d'activité de publication et de recherche. Enfin, à partir de 2011, la part fixe a été programmée pour s'éteindre progressivement jusqu'en 2016 au profit d'un déversement dans la part modulable. Cette même année, la part modulable a alors été dénommée part socle et la part fixe destinée à compenser les surcoûts des charges de structures a été supprimée. En 2017, la part socle des MERRI dont le montant était de de 1,57 Md€ était composée à 60 % de financements au titre des publications scientifiques, à 25 % pour les activités d'enseignement et à 15 % pour la recherche clinique. La part variable est quant à elle destinée à financer les appels à projets nationaux, les structures de recherche, les centres de référence, l'enseignement et la formation et les soins expérimentaux non couverts par le financement à l'activité.

Par ailleurs, en application de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, le nombre d'établissements éligibles aux dotations MERRI a augmenté à partir de 2012. Cet accroissement a notamment été destiné à faire bénéficier de ces dotations des établissements non CHU dont l'activité de recherche et d'enseignement représentait au minimum 0,25 M€. Le nombre d'établissements destinataires de crédits MERRI a ainsi progressé de 77 (dont 29 CHU, 18 CLCC et 18 CH) en 2011 à 117 (dont 52 CH) en 2017.

c) L'inadaptation du financement de certaines activités spécialisées : l'exemple des maladies rares

La part du financement à l'activité est moins importante dans les CHU que dans les autres établissements publics de santé. Pour autant, certaines activités particulièrement techniques et financées au séjour, tels que les traitements apportés aux patients affectés par des maladies rares, sont essentiellement exercés dans les CHU. La politique en faveur des soins et de la recherche en réponse aux maladies rares a été construite autour de deux plans de santé publique¹²⁴ pilotés par les ministères de la santé et de la recherche. La prise en charge de ces

¹²² Les MERRI représentaient 2,9 Md€ en 2011 et 3,5 Md€ en 2016. En application des différentes réformes, la part des CHU dans cette enveloppe a diminué de 83 % en 2011 à 79 % en 2016.

¹²³ Pour des développements approfondis sur les dotations MERRI, cf. Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹²⁴ Le plan national maladies rares 1 portait sur la période 2005-2008, le deuxième sur la période 2011-2014. En 2016, la mise en œuvre du troisième plan a été engagée dans la continuité des actions engagées au titre des deux premiers plans.

maladies est organisée de manière graduée autour des centres de référence maladies rares (CRMR). Le deuxième plan et sa prolongation à compter de l'année 2016 a permis de surcroît, la mise en place de 23 filières de santé maladies rares chargées de coordonner au moins trois CRMR et de favoriser les échanges et les partages entre les professionnels et les acteurs de santé, notamment ceux du monde libéral et associatif.

Deux facteurs pénalisent particulièrement les CHU pour la prise en charge des maladies rares :

- **Le financement insuffisant des structures de coordination.** Les CRMR ont progressivement été mis en place sur le territoire et sont aujourd'hui au nombre de 387 à la suite d'une procédure de labellisation conduite en 2016 sur la base d'un appel à projet national. Positionnés à plus de 90 % dans les CHU¹²⁵, ils sont chargés de coordonner et d'animer la filière de soins dans le bassin de santé et souvent au-delà, en raison de la rareté des professionnels experts sur certaines maladies. Ils exercent également le rôle de recours pour la prise en charge de ces maladies et animent le réseau de prise en charge sur l'ensemble du territoire. Les CRMR sont chargés de coordonner et d'animer des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) avec, notamment, pour objectif d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles nationaux de soins. Enfin, les CRMR animent et participent à la recherche translationnelle¹²⁶ et clinique. Le financement des CRMR est assuré par une MIGAC dotée de 88 M€ en 2016, soit un niveau sensiblement égal à celui de l'année précédente. En 2017, le financement des centres nouvellement labellisés a été porté à 119 M€ en tenant compte notamment de la mise en place des RCP et des travaux de recherche et du financement des 23 filières maladies rares. Ces crédits sont désormais destinés exclusivement aux structures de coordination (CRMR et filières), le financement des soins apportés aux patients relevant quant à lui de la tarification à l'activité. L'absence de règles communes de comptabilité analytique précises pour les CRMR conduit depuis plusieurs années certains établissements à utiliser les ressources de cette MIGAC pour financer la prise en charge de ces patients dans les services de soins. L'écart entre le financement alloué aux établissements porteurs de CRMR et leur utilisation en interne est alors difficile à évaluer. Cette situation a conduit les professionnels de la filière à porter les difficultés de financement qui en résultent à la connaissance du ministère de la santé et du grand public¹²⁷.
- **Le financement des soins apportés aux patients.** Le financement des soins dispensés aux patients porteurs de maladies rares relève de la T2A. Aucune majoration spécifique n'est prévue pour tenir compte de la lourdeur de la prise en charge de ces patients alors que la durée des consultations et la haute technicité de certains soins conduisent les établissements à maîtriser difficilement l'équilibre budgétaire de ces activités. À l'occasion d'une réponse apportée à une question écrite du Sénat¹²⁸, portant sur le financement des structures de coordination et des dérives consistant à orienter une partie des crédits MIGAC sur les soins,

¹²⁵ Les CH d'Annecy, de Boulogne sur mer, de Colmar, de Saint Denis, de Valenciennes, la Fondation Rothschild ou l'hôpital Foch font partie des établissements non CHU qui gèrent un ou plusieurs CRMR.

¹²⁶ La recherche translationnelle assure un lien entre la recherche fondamentale (en laboratoire) et la recherche clinique (auprès du patient). Elle est notamment particulièrement développée dans la prise en charge des cancers.

¹²⁷ *Les centres de maladies rares inquiets pour leur financement*, Le monde, 27 février 2018.

¹²⁸ QE n° 03589 de Madame Patricia Schillinger, publiée au JO Sénat du 1^{er} mars 2018, page 932.

la ministre de la santé a indiqué en avril 2018 que « *des efforts sont engagés pour rendre ce financement plus lisible* » et que les établissements devront établir une traçabilité précise des fonds attribués au titre du financement des maladies rares et « *engager un dialogue de gestion* » interne en ce sens. La ministre a par ailleurs indiqué que les comptes rendus annuels d'utilisation des MIGAC réalisés par les établissements de santé et adressés aux ARS au cours du premier semestre qui suit la fin de l'exercice budgétaire, « *vont être exploités* » afin de déterminer des règles de répartition financière des charges d'exploitation à imputer aux CRMR. Une révision annuelle des dotations pourra alors être engagée.

Le financement à l'activité des maladies rares nécessite une approche spécifique qui devrait être menée par le ministère de la santé. À l'occasion de la mise en œuvre du troisième plan maladies rares en 2018¹²⁹, il apparaît nécessaire de conduire rapidement des études de coûts du traitement des maladies rares afin d'adapter les tarifs ou de créer des GHS exclusivement réservés à ces traitements.

C - La régulation insuffisante des charges des CHU

Les charges des CHU, qui s'établissaient à 29,1 Md€ en 2016, ont progressé de 17,3 % entre 2011 et 2016. Cette progression est plus faible que celle enregistrée pour les produits (17,8 %) mais cette tendance n'a pas été suffisante pour combler le décalage qui existait antérieurement à l'année 2011 entre les recettes et les dépenses des établissements.

1 - La prépondérance des dépenses de personnel

La nomenclature comptable regroupe les charges des établissements de santé en quatre titres : les charges de personnel (titre 1), les charges médicales (titre 2), les charges hôtelières et générales (titre 3) et les charges à caractère comptable et financier (titre 4). En 2016, les établissements qui présentent les charges les plus importantes sont l'APHP (7,51 Md€), les HCL (1,75 Md€) et l'APHM (1,37 Md€). À l'inverse, les charges les plus faibles sont comptabilisées dans les CHU de Guadeloupe (341,4 M€), Nîmes (451,3 M€) et Reims (488,3 M€).

La répartition des charges des CHU entre les sous-ensembles qui les composent n'a pas varié depuis 2011. Près de 60 % des dépenses sont ainsi consacrées au personnel (16,8 Md€ sur 29,1 Md€ de charges totales en 2016). Les autres charges, et notamment celles du titre 2 (6,9 Md€ en 2016), sont liées aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux (5,4 M€), de petit matériel médical, d'entretien des matériels médicaux et des locations à caractère médical.

¹²⁹ Le troisième plan national consacré aux maladies rares a été rendu public en juillet 2018.

Tableau n° 29 : familles de charges des CHU en 2011 et 2016 (en Md€)

| <i>Charges</i> | 2011 | 2016 | Progression (Md€) |
|--|----------------|----------------|--------------------------|
| <i>Titre 1 personnel</i> | 14,7 (59,2 %) | 16,8 (57,7 %) | 2,1 |
| <i>Titre 2 charges médicales</i> | 5 (20,1 %) | 7 (24 %) | 2 |
| <i>Titre 3 charges hôtelières et générales</i> | 1,9 (7,7 %) | 2,5 (8,6 %) | 0,6 |
| <i>Titre 4 autres charges</i> | 3,2 (13 %) | 2,8 (9,7 %) | -0,4 |
| Total des charges | 24,8 | 29,1 | 4,3 |

Source : ATIH, calculs Cour des comptes

La progression des dépenses de personnel a connu un ralentissement progressif entre 2011 et 2016. En application du plan ONDAM, la montée en charge de l'ambulatoire et la réorganisation des prises en charge en faveur des alternatives à l'hospitalisation, ont conduit les CHU à réaliser des réductions d'effectifs en retravaillant les plannings et le fonctionnement des unités de soins. Les évolutions sont cependant fortement contrastées entre les CHU. En 2016, 14 CHU ont enregistré une hausse des dépenses de personnel supérieure à 1,7 %, c'est-à-dire plus élevée que celle de la moyenne de ces établissements. Les CHU de Clermont Ferrand, Dijon, Nancy et La Martinique présentaient notamment une progression supérieure à 3 %.

a) La progression importante des charges de personnel médical

Les charges de personnel non médical des CHU représentent en moyenne 68 % des charges de personnel et les charges de personnel médical 23 %. Cette tendance s'observe dans tous les CHU. Les écarts les plus forts à la moyenne sont observés dans les CHU de Besançon et de Caen dans lesquels ce ratio est de 65 % et dans les CHU de Guadeloupe et de La Réunion pour lesquels les charges de personnel non médical représentent 72 % et 71 % des charges de titre 1.

Tableau n° 30 : évolution des dépenses de personnel non médical et médical des CHU (en M€)

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Écart | Évolution |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| <i>Personnel non médical</i> | 10 879 | 11 190 | 11 494 | 11 645 | 11 764 | 885 | +8,14 % |
| Évolution | | 2,86 % | 2,71 % | 1,32 % | 1,02 % | | |
| <i>Personnel médical</i> | 3 445 | 3 506 | 3 640 | 3 764 | 3 899 | 455 | +13,21 % |
| Évolution | | 1,79 % | 3,82 % | 3,40 % | 3,60 % | | |

Source : DGOS¹³⁰, calculs Cour des comptes

La hausse des charges de personnel non médical a été plus contenue (+8,14 %) que celles du personnel médical (+13,21 %), ce qui peut s'expliquer par le caractère stratégique des recrutements médicaux dans des établissements assurant en plus des missions de soin, une mission de formation et de recherche.

¹³⁰ La DGOS indique que les données ne sont pas disponibles pour l'année 2011.

b) Des facteurs externes qui expliquent une partie de l'augmentation des coûts salariaux dans les CHU

En dépit de la poursuite des mesures d'économies, l'année 2017 présente un montant de charges de personnel de 17,2 Md€, soit une hausse de 2,1 % (+ 362,8 M€) nettement supérieure à celle constatée en 2015 et 2016 (+1,7 %).

Cette augmentation est en décalage avec l'objectif national de hausse de dépenses de personnel fixé à 1,5 % pour les établissements publics de santé en 2017. Elle s'explique en partie par la poursuite de la mise en œuvre du programme national en faveur des mesures salariales qui a conduit à l'augmentation du point d'indice en février 2017 (après celle intervenue en juillet 2016) et à la revalorisation des carrières des fonctionnaires. Ces mesures représentent une progression de 1,4 % de la masse salariale des CHU en 2017, c'est-à-dire 65 % de la progression réalisée effectivement (soit 235,7 M€ sur 362,8 M€).

Les incidences du protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR)

Le protocole pour la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR) conclu le 17 juillet 2015 a débuté en 2016 et doit s'achever en 2020. Ce plan d'action détermine de nouveaux principes pour les axes de la rémunération dans la fonction publique. L'objectif est de mieux reconnaître les qualifications, de diversifier les recrutements de fonctionnaires et de garantir une meilleure valorisation des carrières.

Le coût prévisionnel de la mise en œuvre de cet accord pour la fonction publique hospitalière est estimé à 351 M€ en 2017, 536 M€ en 2018, 621 M€ en 2019 et 773 M€ en 2020¹³¹.

Par ailleurs, d'autres dispositifs pesant sur les charges de personnel ont dû être pris en compte et mis en œuvre par les établissements publics de santé, certaines mesures ayant des incidences spécifiques pour les CHU :

- le plan attractivité des carrières médicales ;
- la hausse du *numerus clausus* pour les internes et les étudiants en médecine ;
- l'évolution des modalités de rémunération des gardes et astreintes des internes et des étudiants ;
- le dispositif de titularisation des personnels contractuels.

Enfin, les établissements publics de santé doivent faire face au coût annuel de la progression de leurs agents dans les grilles de rémunération¹³² (GVT) qui représente en moyenne une augmentation de 0,4 % à 0,5 % des dépenses de personnel dans les CHU c'est-à-dire 68,8 M€ en 2017.

Dans ces conditions, la limitation de la progression de la masse salariale à hauteur de 1,5 % aurait dû conduire les CHU à accentuer les réductions d'effectifs et les non remplacements des fins de contrats et des départs en retraite en travaillant particulièrement leurs organisations. Force est de constater que le contrôle budgétaire exercé par les ARS lors de l'approbation des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), des PGFP et des comptes financiers n'est pas allé dans ce sens.

¹³¹ Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*. La Documentation française, novembre 2012, juin 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹³² Cette incidence se mesure à travers le « glissement vieillesse technicité », GVT.

2 - Des charges médicales dont l'augmentation est essentiellement liée au coût de certains traitements nouveaux

Avec un montant de près de 7 Md€, les charges médicales représentent le deuxième poste de dépenses dans les CHU, soit 24 % des 29,1 Md€ de dépenses de l'année 2016. Elles ont progressé de 1,9 M€ depuis 2011 (soit une évolution de 39,1%).

Le poste principal de dépenses dans le titre 2 des CHU est celui des médicaments et dispositifs médicaux qui représente 5,4 Md€ en 2016, dont 3,4 Md€ pour les médicaments. Les hausses du titre 2 sont donc essentiellement liées à l'importance de ce poste de dépense qui a progressé de 1,4 Md€ depuis 2011, ce qui représente 73 % de la hausse des charges médicales observée depuis six ans.

Tableau n° 31 : évolution des charges médicales des CHU entre 2011 et 2016 (en M€)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Écart |
|----------------------|-------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|
| T2 charges médicales | 5 016 | 5 360 | 5 519 | 6 541 | 6 666 | 6 979 | 1 963 |
| Évolution | | 6,87 % | 2,97 % | 18,51 % | 1,91 % | 4,70 % | 39,14 % |

Source : ATIH, calcul Cour des comptes

La forte évolution (39,1%) des charges médicales se concentre sur l'année 2014 qui enregistre une hausse de plus de 1 Md€, soit 53 % de la progression cumulée depuis 2011. Cette hausse exceptionnelle était notamment liée à l'introduction de médicaments innovants de lutte contre l'hépatite C. Le coût très élevé de ces traitements (41 000 € pour 12 semaines) n'a été régulé à la baisse qu'à partir de l'année 2015, comme cela a déjà été noté par la Cour des comptes¹³³.

Cette situation propre à l'année 2014 a concerné l'ensemble des CHU. En isolant les comptes de l'APHP (dont les charges de titre 2 représentaient 1,7 Md€ en 2014 soit une hausse de 25% en une année), l'augmentation des charges médicales des autres CHU était de 16,4 % en 2014. De la même manière, la hausse observée sur l'année 2016 (+4,7 %) est en partie liée à l'introduction de nouveaux traitements de lutte contre le cancer dont le surcoût a été estimé à 230 M€ pour les établissements de santé¹³⁴, sachant que ces traitements sont essentiellement réalisés dans les CHU et les CLCC.

3 - Des dépenses générales et hôtelières insuffisamment contenues

Avec un montant de près de 2,5 Md€, les charges générales représentent le troisième poste de dépenses dans les CHU, soit 8,5 % des 29,1 Md€ de dépenses de l'année 2016. Elles ont progressé de 498 M€ depuis 2011 (+ 24,92 %). Par comparaison, les charges générales des CH dont le budget était supérieur à 70 M€ s'élevaient à 2,1 Md€ en 2016 (soit une augmentation de 17 % depuis 2011). La progression des prix des matières premières et de l'énergie contribue à expliquer ces évolutions.

¹³³ Cour des comptes, « La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer », RALFSS 2017, p 357. La documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹³⁴ Annexe 7 du PLFSS 2017, p 10.

Tableau n° 32 : évolution des charges générales des CHU entre 2011 et 2016 (en M€)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Écart |
|-----------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| <i>T3 charges générales</i> | 1 997 | 2 134 | 2 204 | 2 253 | 2 332 | 2 495 | 498 |
| <i>Évolution</i> | | 6,86 % | 3,27 % | 2,21 % | 3,50 % | 7,01 % | 24,92 % |

Source : ATIH, calcul Cour des comptes

Si les achats de produits courants stockés et non stockés des CHU¹³⁵ apparaissent bien maîtrisés (leur montant en 2016 est identique à celui de 2012 à 764 M€), les prestations extérieures¹³⁶ et la sous-traitance apparaissent moins bien maîtrisées, passant de 1,1 Md€ en 2011 à 1,28 Md€ en 2016, soit une augmentation de 13 %.

En complément des mutualisations d'achats déjà engagées, la mise en place des fonctions d'achat communes aux GH, accompagnée par les ARS, doit avoir pour objet principal de mieux maîtriser ces coûts.

II - Des marges de manœuvre financières de plus en plus limitées

Le présent rapport s'est attaché à analyser la capacité d'autofinancement et la marge brute, qui donnent une image de la capacité des établissements à investir sans avoir à recourir à l'emprunt. En complément, l'étude de l'actif des CHU apporte des éclairages sur la valorisation du patrimoine des établissements et sa détérioration au cours des six dernières années.

A - Une capacité d'autofinancement en voie d'érosion

L'évolution de la capacité d'autofinancement (CAF) est défavorable pour les CHU : de 1,4 Md€ en 2011, elle est passée à 1,1 Md€ en 2016. Dans la continuité de cette dégradation, la CAF des CHU devrait se situer en dessous du milliard d'euros en 2017.

Tableau n° 33 : montant de la CAF des établissements publics de santé entre 2011 et 2016 (en M€)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Variation |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| <i>CHU</i> | 1 408 | 1 508 | 1 403 | 1 195 | 1 193 | 1 111 | -297 |
| <i>Autres établissements publics</i> | 2 872 | 2 683 | 2 530 | 2 540 | 2 362 | 2 405 | -467 |
| <i>Part des CHU dans la CAF totale des établissements de soins publics</i> | 32,9 % | 36,0 % | 35,7 % | 32,0 % | 33,6 % | 31,6 % | -1,3 |

Source : DGOS, calculs Cour des comptes

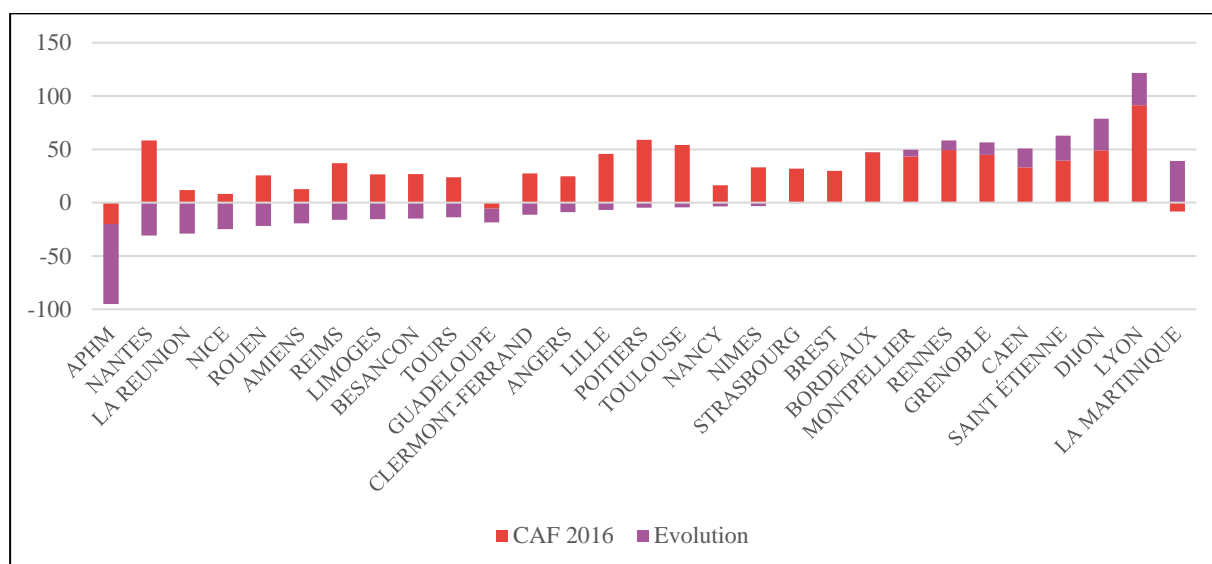
¹³⁵ Il s'agit de la somme des comptes 602 achats stockés (notamment alimentation) et 606 achats non stockés (électricité, gaz, eau ...).

¹³⁶ Les comptes considérés portent notamment sur les locations mobilières, les prestations informatiques et locations d'équipements diverses.

Cette dégradation, qui résulte directement de celle du résultat comptable, est observée dans les autres établissements publics. La perte de capacité d'autofinancement est en effet de 21 % dans les CHU et de 16 % dans les autres établissements publics. De surcroît, la part de la CAF des CHU dans la CAF des établissements publics a diminué de 1,3 point depuis 2011.

La dégradation la plus importante est observée au CHU de Guadeloupe où la CAF a diminué de 13 M€ pour s'établir à -5,5 M€ en 2016. L'APHM présente une baisse d'ampleur comparable depuis 2011 avec une CAF devenue négative à -20 M€ en 2016. La CAF de l'APHP s'établissait en 2016 à 195 M€, ce qui représente la plus forte CAF positive des CHU, dans un contexte où elle a cependant diminué de 187 M€ depuis 2011, soit une perte de 50 %. À l'inverse la CAF des HCL a progressé de 30 M€ pour s'établir à 91 M€ en 2016.

Graphique n° 24 : CAF 2011-2016 des CHU (en M€)¹³⁷



Source : DGOS, calculs cour des comptes

B - Un taux de marge brute en voie d'érosion

En complément du taux de CAF qui inclut les données financières et exceptionnelles, le taux de marge brute¹³⁸ hors aide mesure la rentabilité dégagée par le cycle d'exploitation pour développer l'activité et les investissements. Elle donne ainsi des indications sur la capacité de l'établissement à autofinancer ses investissements courants et à assumer, sans accompagnement spécifique, la charge de son endettement. Cet indicateur est particulièrement suivi puisqu'une instruction ministérielle¹³⁹ a fixé un objectif de 8 % de taux de marge brute pour les établissements de soins.

¹³⁷ Note de lecture : le montant de la CAF 2016 est représenté par la couleur rouge dans le graphique.

¹³⁸ Ce taux est calculé en rapportant la marge dégagée par le cycle d'exploitation rapportée aux produits de l'établissement.

¹³⁹ Instruction interministérielle n° DGOS/pf1/DSS/1a/DGFip/cl1b/DB/6bcs/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

Tableau n° 34 : évolution du taux de marge brute entre 2011 et 2016 dans les CHU et les autres établissements publics de santé (en %)

| Taux de marge brute hors aide | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CHU | 6,9 % | 6,3 % | 5,6 % | 5,2 % | 5,1 % |
| Autres établissements publics | 6,9 % | 6,5 % | 6,4 % | 6,0 % | 5,8 % |

Source : DGOS (donnée non suivie en 2011)

Graphique n° 25 : valeur et évolution du taux de marge brute des CHU entre 2012 et 2016 (en %)



Source : DGOS, calculs Cour des comptes

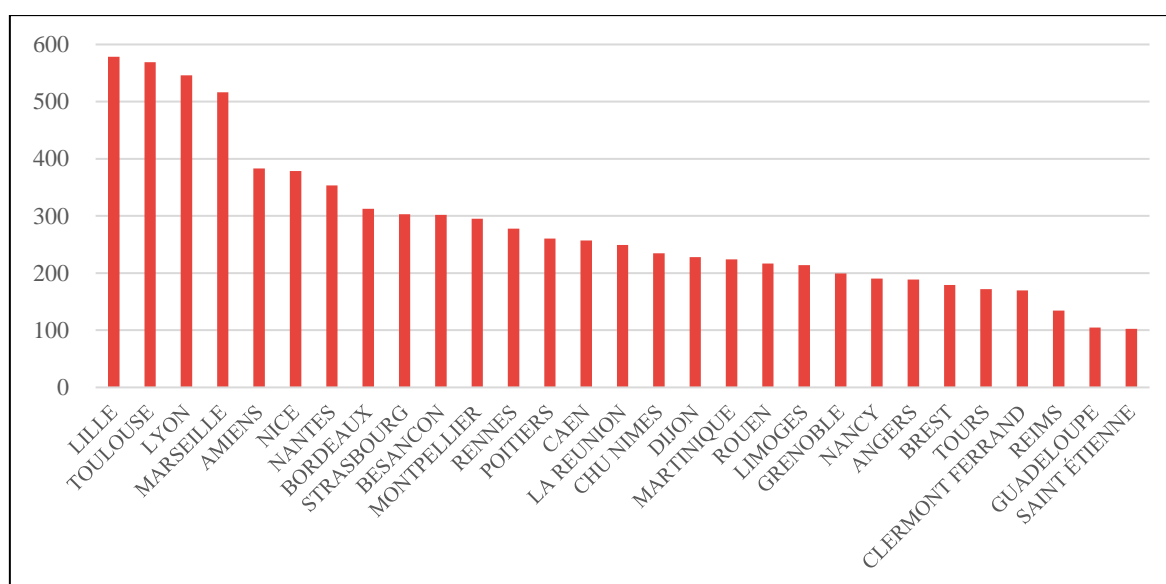
En 2016 seuls huit CHU présentaient un taux de marge brute hors aide au moins égal à l'objectif ministériel de 8% des produits : Poitiers (9,9%), Saint-Etienne (9,3 %), Reims (8,8 %), Grenoble (8,5 %), Nîmes (8,4 %), Nantes (8,2%), Caen (7,9 %) et Lyon (7,9 %). Tous les autres sont en-dessous de cet objectif, parfois de manière considérable avec des taux de marge brute négative comme cela est observé dans deux CHU ultramarins.

C - Des volumes d'investissement en diminution

Le montant cumulé des investissements annuels des établissements publics de santé entre 2011 et 2016 représente 41,7 Md€, soit une moyenne annuelle de 8,3 Md€. Les CHU sont à l'origine de près du quart des investissements hospitaliers depuis 2011 avec un montant cumulé de 10,3 Md€ (soit 2 Md€ par an en moyenne). Cette proportion était de 29,7 % en 2011 et de 37,5 % en 2016.

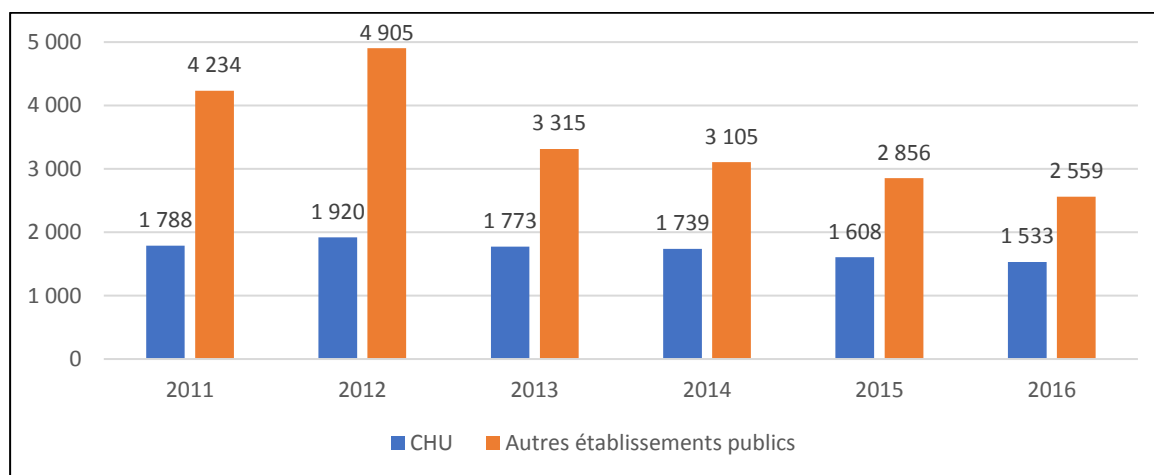
En montant cumulé sur les années 2011-2016, l'APHP réalisé un volume de 2,2 M€ d'investissements ce qui représente plus de 20 % des investissements des CHU. Les CHU de Lille (578 M€), Toulouse (569 M€), Lyon (546 M€) et Marseille (516 M€) ont réalisé des investissements supérieurs à 500 M€ sur ces cinq années, période au cours de laquelle chacun des 20 autres CHU a investi en moyenne 200 M€.

Graphique n° 26 : investissements cumulés des CHU entre 2011 et 2016 (hors APHP) en M€



Source : DGOS, calculs Cour des comptes

De manière cohérente avec la baisse de leur CAF, les investissements des CHU ont baissé de 14 % par rapport à l'exercice 2011 (-1,78 Md€). Cette baisse a été encore plus marquée pour les autres établissements publics dont l'investissement 2016 (2,5 Md€) était inférieur de près de 40 % par rapport au montant de 2011 (4,2 Md€). Cette tendance est confirmée au cours de l'année 2017, le niveau d'investissement des CHU étant sensiblement identique à celui de l'exercice 2016 et celui des CH en diminution à 2,3 Md€.

Graphique n° 27 : montant des investissements annuels des CHU et des autres établissements publics entre 2011 et 2016 (en M€)

Source : DGOS, calculs Cour des comptes

Le ralentissement des investissements s'observe pour l'ensemble des CHU et des autres établissements de manière continue depuis 2012. Il se traduit par une diminution de 14,27 % de l'effort moyen annuel d'investissement dans les CHU, pour une diminution encore plus marquée, de 39,56 %, dans les autres établissements publics de soins.

Tableau n° 35 : variation annuelle des investissements des CHU et des autres établissements publics entre 2011 et 2016 (en M€)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Évolution |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| <i>CHU</i> | 1 788 | 1 920 | 1 773 | 1 739 | 1 608 | 1 533 | -14,27 % |
| <i>Autres établissements publics</i> | 4 234 | 4 905 | 3 315 | 3 105 | 2 856 | 2 559 | -39,56 % |
| TOTAL | 6 022 | 6 825 | 5 087 | 4 844 | 4 465 | 4 092 | -32,05 % |
| <i>Variation CHU</i> | | 7,38 % | -7,68 % | -1,92 % | -7,49 % | -4,69 % | |
| <i>Variation autres EPS</i> | | 13,33 % | -25,46 % | -4,78 % | -7,83 % | -8,35 % | |

Source : DGOS, calculs Cour des comptes

D - La vétusté croissante des immobilisations

La baisse des investissements ne permet plus le renouvellement des immobilisations dont la valeur nette tend à s'éroder : alors que 13 CHU présentaient en 2012 un taux de vétusté¹⁴⁰ des bâtiments supérieur à 50 %, ce nombre était passé à 16 en 2016 traduisant un vieillissement de l'immobilier des CHU. Le taux de vétusté des équipements (toujours au sens comptable) s'établit à un niveau plus préoccupant encore : il était supérieur à 75 % dans 20 CHU tant en 2012 qu'en 2016.

¹⁴⁰ Le taux de vétusté est défini comme le rapport entre la valeur nette des actifs et leur valeur comptable brute.

Parallèlement, les capitaux permanents des CHU n'ont progressé que très faiblement (de 17,9 Md€ en 2012 à 18 Md€ en 2016). Le taux de couverture des emplois durables par les ressources pérennes, qui résulte du rapport entre les capitaux permanents et l'actif immobilisé, est ainsi passé de 0,55 en 2012 à 0,51 en 2016, ce qui traduit une structure de financement de plus en plus marquée par l'endettement.

Le prélèvement cumulé sur les fonds de roulement des CHU, dont la valeur était de 12 M€ en 2012, a fortement augmenté pour atteindre 260 M€ en 2016. Lors de cet exercice comptable, seuls 12 CHU - contre 16 en 2012 - ont réalisé un apport au fonds de roulement, pour une valeur globale de 154 M€. L'apport de 26,7 M€ réalisé par le CHU de Saint Etienne était le plus élevé en 2016 alors que le CHU de Lille terminait l'exercice 2012 avec un apport de 60 M€.

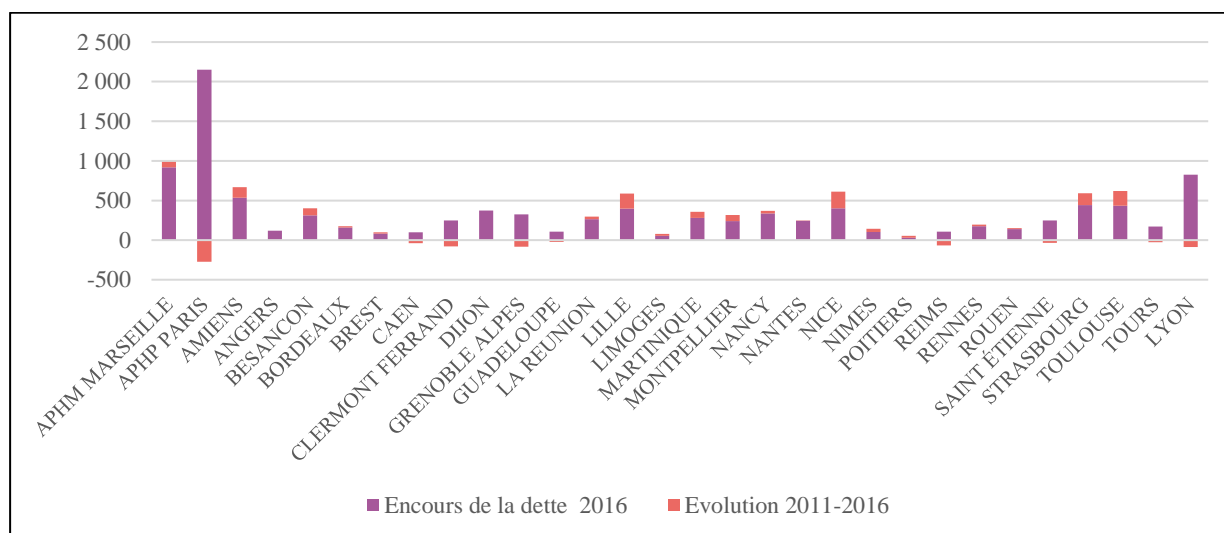
E - La maîtrise tardive de l'endettement

Au 31 décembre 2016, l'encours total de la dette des établissements publics de santé était de 29,7 Md€ dont 34 % (10,3 Md€) reposait sur les CHU. Celle des établissements hors CHU pesait donc pour 19,4 Md€ c'est à dire 66 % du montant.

En 2016, l'APHP représentait l'endettement le plus important en valeur absolue avec 2 Md€ d'encours, et taux d'endettement rapporté à la CAF de 27,3 %. Par comparaison, l'APHM présente un taux d'endettement de 68,3 % avec 917 M€. Le CHU d'Amiens est par ailleurs, endetté à hauteur de 85% avec un encours de 536 M€ alors que la dette moyenne des CHU est de 344 M€. La moyenne nationale de l'endettement des CHU était de 36 % et celle des établissements publics de santé de 37 %. Au plus faible niveau des CHU, l'encours de la dette du CHU de Poitiers était de 31,3 M€ et conduisait ainsi à un taux d'endettement de 4,8 %.

Entre 2011 et 2016, l'endettement des CHU a progressé de 900 M€. Elle s'est répartie sur la majorité des établissements, seuls cinq d'entre eux connaissant une diminution de leur endettement (APHP, Clermont-Ferrand, Grenoble Alpes, Lyon, Reims).

Graphique n° 28 : endettement des CHU 2011-2016 (en M€)¹⁴¹



Source : DGOS, calculs Cour des comptes.

¹⁴¹ Note de lecture : la valeur de l'année 2016 est représenté par la couleur violette.

Les efforts de maîtrise de l'endettement des CHU se sont traduits par :

- une part des CHU dans le total de la dette des établissements publics de soins restée stable à environ 35 % ;
- une durée de vie résiduelle de la dette qui était de 14,9 ans au 31 décembre 2016 pour les CHU contre 16,2 ans pour les autres établissements ;
- un montant des nouveaux emprunts contractés en 2016 par les CHU qui s'établissait à 905 M€, soit une diminution de 24 % (-271 M€) par rapport au montant 2015 (1,17 Md€) et de 51 % (- 951 M€) avec l'exercice 2011.

Cependant, l'importance des volumes empruntés en cumul et la dégradation de la situation financière des CHU a contribué à placer la moitié d'entre eux dans une situation d'endettement excessif au sens des critères fixés par le code de la santé public¹⁴². Ces établissements doivent désormais obtenir l'accord préalable de l'agence régionale de santé - après avis des services de la direction générale des finances publiques - pour contracter tout nouvel emprunt à long terme.

III - Les insuffisances du pilotage financier des CHU par les niveaux national et régional

La situation financière des établissements de santé et en particulier des CHU est soumise au contrôle des pouvoirs publics nationaux et locaux. L'atteinte de l'équilibre budgétaire implique une augmentation dynamique des recettes et une maîtrise de l'évolution des dépenses dans un contexte où les tarifs de la rémunération des activités sont en baisse continue depuis 2015.

L'encadrement des dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements de santé

Les charges des établissements de santé sont contraintes par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. L'évolution de l'ONDAM conditionne les mesures d'économies à appliquer aux établissements de santé pour contraindre la hausse annuelle de leurs charges. L'ONDAM hospitalier exécuté représentait 74,5 Md€ en 2012 et 79,1 Md€ en 2017. La progression de l'ONDAM hospitalier 2017 était ainsi de 1,90 % après avoir été de 1,55 % en 2016 et 2,09 % en 2015. L'augmentation significative de l'ONDAM hospitalier en 2017 était notamment destinée à prendre en compte les mesures salariales nationales (revalorisation du point d'indice et rénovation des grilles salariales de la fonction publique) applicables aux établissements de santé.

Évolution de l'ONDAM consacré aux soins de ville et aux dépenses hospitalières (Md€)

| ONDAM | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Evolution |
|---------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Ville | 77,3 | 77,9 | 79,2 | 80,9 | 83,1 | 85,1 | 10,1% |
| Hôpital | 72,9 | 74,5 | 76,1 | 74,8 | 76,4 | 77,6 | 6,4% |

Source : assurance maladie

¹⁴² En application de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, le niveau excessif de l'endettement est caractérisé lorsque pour un établissement, le ratio de dépendance financière excède 50 %, le ratio dette/CAF excède dix ans, l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues est supérieur à 30 %. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2018*, chapitre VI, « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir ». La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Un plan national de maîtrise de l'ONDAM a été mis en place à compter de 2014 et visait un objectif de 10 Md€ d'économies sur la période 2014-2017. Les moyens de réalisation de ces économies se caractérisaient par la progression des prises en charge en ambulatoire, la réduction des dépenses de fonctionnement des hôpitaux résultant notamment d'une meilleure efficacité des achats, la maîtrise des prescriptions de médicaments d'actes techniques et de transport sanitaire et des actions sur le prix des médicaments et la progression des génériques. En 2017, 1,1 Md€ d'économies étaient programmées sur les établissements de santé : il était notamment prévu 160 M€ d'économies au titre de l'ambulatoire, 80 M€ d'économies tirées de l'optimisation des circuits de facturation, 505 M€ d'économies en application du programme de maîtrise des achats hospitaliers et 250 M€ par le développement des alternatives à l'hospitalisation.

En complément de ces mesures d'économies qui contraignent l'évolution des charges, d'autres actions des pouvoirs publics limitent la progression des crédits d'assurance maladie versés aux établissements et tirés du paiement à l'activité. Certains crédits sont ainsi placés en réserve prudentielle chaque année¹⁴³ et de plus, les tarifs fixés pour les soins dispensés en établissement sont diminués progressivement. Cette mesure a pour effet de limiter le caractère inflationniste de la tarification à l'activité. Ainsi, les tarifs des hôpitaux publics ont diminué de 0,9 % en 2017¹⁴⁴ après avoir baissé de 1 % en 2016, de 1 % en 2015 et avoir été stables en 2014. Pour les CHU l'impact de la baisse tarifaire est estimé à près de 100 M€ en 2017 alors que cette incidence était de 70 M€ en 2015.

A - Le rôle des COPERMO

Afin d'identifier le plus tôt possible les situations financières les plus dégradées, un dispositif de détection a été mis en place par la circulaire interministérielle DGFIP/DGOS n° 2010/01/2637 du 10 février 2010. Il permet d'exploiter chaque année les données issues des comptes déposés à la direction régionale des finances publiques et d'évaluer, en association avec les ARS, le degré de gravité de la situation et des actions de redressement à conduire.

Le pilotage budgétaire et financier des établissements de santé par le ministère de la santé et le ministère des finances a été fortement renforcé en 2013 par la création du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)¹⁴⁵. Cette instance n'est cependant compétente que pour les hôpitaux totalisant plus de 80 M€ de produits au compte de résultat principal. Concernant les CHU, le comité s'appuie en outre sur les rapports IGAS dits « T0 » élaborés systématiquement lors d'un changement de direction générale¹⁴⁶. Il ne dispose donc pas d'une doctrine spécifique aux CHU qui fixerait des objectifs particuliers à ces établissements alors que près de la moitié des CHU est - ou a été - concerné par un passage en COPERMO performance.

¹⁴³ Les réserves prudentielles sont alors débloquées partiellement en fin d'exercice en fonction des réalisations constatées. En 2017, le montant de la mise en réserve prudentielle était de 0,7 % de l'enveloppe MCO. Il était de 0,5 % en 2016.

¹⁴⁴ La baisse des tarifs était de 1,39 % pour les cliniques privées en 2017.

¹⁴⁵ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP n° 2013-271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

¹⁴⁶ Les missions « T0 » sont conduites par l'IGAS à chaque changement de directeur général d'un CHU et sont principalement orientées sur l'analyse de la situation financière, des projets d'investissements majeurs et du projet médical de l'établissement. Selon les termes de la DGOS, ces éléments « *de l'IGAS permettent de mettre en évidence les enjeux majeurs de l'établissement et de mettre en lumière d'éventuels points de risques et d'alerte. Ils contribuent à cadrer la lettre de mission du nouveau chef d'établissement, et permettent d'orienter les analyses et les recommandations du COPERMO et/ou de son Groupe Technique si le CHU est par ailleurs suivi en COPERMO* ».

Depuis 2013, le COPERMO a ainsi examiné la situation de 70 établissements de santé et a validé plus de 40 projets d'investissements. La liste des établissements suivis comporte 14 CHU¹⁴⁷.

Les décisions du comité performance se fondent sur le diagnostic prospectif à cinq ans relatif à l'évolution de la situation budgétaire. Les objectifs du COPERMO pour le retour à l'équilibre financier portent sur l'atteinte d'un excédent budgétaire, d'une trésorerie positive et d'un fonds de roulement suffisant¹⁴⁸ pour couvrir les besoins de financement. Le respect de ces objectifs doit par ailleurs conduire à ce que les investissements courants représentent au maximum 3 % des produits d'exploitation et à un taux de marge brute hors aide égal à au moins 8 % des produits.

La fixation d'un objectif de 8 % de marge brute pour les établissements de santé

La marge brute hors aide fait partie des outils de mesure de la capacité future des établissements à investir. La définition du taux de marge brute hors aide a été déterminée dans le rapport réalisé conjointement en 2013 par l'IGAS et l'IGF et relatif à l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier¹⁴⁹. La marge brute hors aide résulte de la différence entre les produits bruts d'exploitation et la somme des consommations intermédiaires, impôts, taxes et des charges de personnel. Le taux de marge brute hors aide rapporte ce résultat aux produits d'exploitation de l'établissement.

Selon les travaux conduits par l'IGAS et l'IGF, la marge brute hors aide doit être suffisante pour répondre aux besoins d'investissements courants et pour financer le service de la dette des investissements lourds sans recours à l'emprunt ou aux subventions. Le taux de marge brute à atteindre a été fixé à 8 % des produits d'exploitation pour garantir l'autofinancement d'un montant d'investissement courant¹⁵⁰ et d'un service de la dette des investissements lourds qui représentent chacun 4 % des produits.

Tenant compte de ces éléments et pour permettre aux établissements de garantir la soutenabilité budgétaire de leurs investissements, la méthodologie de construction des prévisions budgétaires pluriannuelles obligatoires des établissements de santé et les attendus des équilibres financiers ont été précisés dans l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé qui positionne « *la marge brute d'exploitation tous budgets confondus comme indicateur central de la performance économique de l'établissement, dont l'évolution doit être réaliste, objective et documentée et dont l'amélioration ou le maintien doit reposer majoritairement sur des actions de maîtrise des charges et de sincérité des prévisions de recettes d'activité* ».

¹⁴⁷ Il s'agit des CHU de Caen, Clermont Ferrand, Dijon, Grenoble, La Guadeloupe, La Martinique, La Réunion, Limoges, Marseille, Nancy, Nice, Saint-Etienne, Strasbourg et Toulouse.

¹⁴⁸ Le fonds de roulement doit, selon la DGOS et la DGFIP, couvrir une période de 20 à 30 jours d'exploitation.

¹⁴⁹ Rapport IGAS/IGF RM2013-032P et n° 2012-M-072-02 : évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier.

¹⁵⁰ Le seuil de 3 % à 4 % des produits consacrés aux investissements courants étant considéré comme incompressible pour un fonctionnement en sécurité.

Pour veiller à la construction d'hypothèses réalistes et à la mise en œuvre de plans de retour à l'équilibre compatibles avec le projet médical, le ministère de la santé a par ailleurs diffusé 36 fiches techniques relatives aux attendus du COPERMO sur la politique structurelle de l'établissement¹⁵¹. Le plan de retour à l'équilibre s'articule toujours autour d'un redimensionnement capacitaire et d'une augmentation des prises en charge ambulatoires, d'une évolution maîtrisée des charges d'exploitation et notamment des charges de personnel - se caractérisant par des suppressions de postes - et d'un projet médical amendé ou rénové aboutissant aux éléments qui précèdent.

Les mesures d'économies prises dans ce cadre par les CHU se situent à plusieurs dizaines de millions d'euros par période de cinq ans pour chaque établissement. Ces plans exigeants s'avèrent cependant souvent partiellement efficaces. Ainsi, après avoir atteint un déficit de 40 M€ en 2014, le CHU de Nancy a par exemple mis en œuvre un contrat de retour à l'équilibre financier portant sur 42 M€ d'économies en supprimant près de 400 postes et 248 lits. Cet établissement présentait cependant en 2016 un déficit de 25,4 M€ et un taux de marge brute hors aide de 2,1 %, c'est-à-dire nettement en dessous des 8 % attendus.

Pour accompagner le redressement financier des établissements ou les projets d'investissement des opérations majeures, le COPERMO peut verser des aides d'exploitation ou d'investissement en fonction de la situation de l'établissement. Cette attribution n'est cependant pas automatique puisqu'elle est fonction de la capacité de l'établissement à atteindre une situation saine en cinq ans de manière autonome. Les accompagnements sont versés sous forme de dotation exceptionnelle.

Depuis sa création le COPERMO performance a ainsi accompagné les établissements à hauteur de 1,2 Md€ dont 869,3 M€ pour les CHU. Il est cependant observé que 83 % des montants accordés aux CHU l'ont été pour les CHU des Antilles avec 497 M€ pour le CHU de La Martinique¹⁵² et 212,6 M€ pour le CHU de Guadeloupe. Les CHU ont, par ailleurs, concentré 68 % des crédits d'aide versés par le COPERMO performance.

Concernant les investissements, le COPERMO a accompagné les CHU pour 2,1 Md€ ce qui représente 75 % des 2,8 Md€ d'aides accordées par le COPERMO au titre des opérations majeures depuis 2013 (cf. annexe n° 8 pour le détail des opérations).

Les projets examinés par le COPERMO investissement représentaient un montant total de 7,7 Md€ dont 5,4 Md€ pour les seuls CHU. Les accompagnements sont accordés avec un taux d'aide moyen de 39 % du montant des travaux. Ce sont ainsi 25 opérations qui ont été validées pour 22 CHU depuis la création du COPERMO.

¹⁵¹ Ces fiches techniques, disponibles en téléchargement sur le site du ministère de la santé (<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>), précisent les objectifs attendus dans de nombreux domaines tels que le dimensionnement capacitaire, le virage ambulatoire, la gestion des lits, le programme des achats, la facturation des séjours, la gestion patrimoniale, les systèmes d'informations ou les indicateurs financiers.

¹⁵² Cette somme cumulée représente proportionnellement 90 % des produits 2016 du CHU de La Martinique, qui s'élevaient à 540 M€.

Les aides à l'investissement des CHU sont à 75 % des aides en capital pour la réalisation matérielle de l'opération avec notamment 1,4 Md€ programmé par l'intermédiaire du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés¹⁵³. Parmi les accompagnements notables, le CHU de Guadeloupe a reçu 590 M€ d'aides, soit la totalité du montant de la reconstruction à mettre en œuvre au titre de la résistance aux séismes. Le CHU de Caen a bénéficié d'un accompagnement remarquable de 412 M€ principalement pour le désamiantage et la reconstruction de son site principal (soit 60 % du montant des investissements). Le détail des accompagnements décidés par le COPERMO investissement figure en annexe n° 8.

B - Les adaptations nécessaires au suivi des situations dégradées des CHU

L'action du COPERMO performance permet au niveau national et aux ARS de disposer d'éléments précis sur la situation des établissements soumis au suivi de cette instance. Avant son existence les tableaux de bord des établissements destinés aux ARS et au niveau national n'étaient pas normés, exceptés ceux relatifs au PGFP et à l'EPRD. Les éléments à verser au dossier donnent désormais une vision complète et homogène des projections budgétaires et financières et du chiffrage des mesures d'économies.

Les montants d'aide programmés par le COPERMO investissement n'ont pas tous été versés à ce jour puisqu'ils sont conditionnés à la bonne réalisation des travaux dans les conditions fixées par le COPERMO. Ainsi, sur les 2,8 Md€ d'accompagnement prévus, 1,2 Md€ ont été effectivement versés en 2017 dont 715 M€ pour les CHU. Le ministère de la santé dispose donc des marges de manœuvre lui permettant de conditionner effectivement le versement des aides à la réalisation d'un plan de retour à l'équilibre. Il en est de même pour le paiement des aides qui seront versées à l'avenir au titre de la performance.

Le COPERMO n'a pas élaboré de doctrine spécifique pour les CHU alors que la majorité des accompagnements financiers décidés par le COPERMO sont versés à ces établissements. Cette situation apparaît préjudiciable dans la mesure où elle ne permet pas aux décisions produites par cette instance d'apprécier la spécificité des CHU au regard notamment des éléments suivants :

- les partenariats des CHU et leurs conséquences sur les charges et les produits d'exploitation ; les CHU sont en effet engagés dans de nombreuses actions de coopérations, de soutien, d'expertise ou de recours avec d'autres établissements et la mesure précise de leurs répercussions budgétaires mériterait d'être portée systématiquement aux dossiers ;

- les incidences budgétaires du projet médical d'établissement notamment lorsque de nouvelles actions sont prévues. Cette attente est particulièrement forte pour les CHU qui sont responsables de projets à dimension régionale ;

- l'analyse financière de l'établissement à partir des exercices comptables au cours desquels le taux de marge brute de 8 % hors aide est atteint ; le diagnostic prospectif qui figure dans les documents obligatoires du dossier soumis au COPERMO, gagnerait à être accompagné d'une notice de la DGOS précisant les valeurs cibles attendues pour le besoin en fonds de roulement, le fonds de roulement et le niveau de trésorerie. Ces éléments devraient être documentés par type d'établissement, en particulier pour les CHU.

¹⁵³ Le solde étant versé en dotations non reconductibles.

IV - Une amélioration globale de l'efficacité malgré des écarts considérables entre CHU

A - Une amélioration de l'utilisation des capacités d'hospitalisation dans les CHU

1 - Une réorientation des capacités d'hospitalisation des CHU vers les activités ambulatoires

À l'échelle nationale, avec 59 209 lits et places MCO en 2016, les CHU représentent 24,4 % des capacités d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique pour 21,8 % de part de marché MCO. Les CH présentent un décalage plus important encore entre activité et capacité d'hospitalisation (35 % contre 41,5 %), à l'inverse des cliniques (35,9 % de l'activité mais 25,6 % des lits et places).

Tableau n° 36 : activité et capacité d'hospitalisation des différentes catégories d'établissements de santé.

| Catégorie | séjours 2016 (hors séances) | % | lits et places 2016 (MCO) | % |
|----------------------|-----------------------------|--------|---------------------------|---------|
| CHU | 4 050 213 | 21,8 % | 59 209 | 24,4 % |
| Centres hospitaliers | 6 482 592 | 35,0 % | 100 593 | 41,5 % |
| CLCC | 211 361 | 1,1 % | 3 436 | 1,4 % |
| ESPIC | 1 055 358 | 5,7 % | 17 191 | 7,1 % |
| Cliniques | 6 652 745 | 35,9 % | 62 043 | 25,6 % |
| Total | 18 452 269 | 99,5 % | 242 472 | 100,0 % |

Source : SAE, DREES, 2016, France entière

Entre 2011 et 2016, les CHU ont supprimé 316 lits et places (soit -0,5 %) contre 4 261 supprimés en cliniques (-6,4 %), 3 518 supprimés en CH (-2,4 %) et -901 en ESPIC (-4,2 %). Les principaux efforts de suppression de lits en CHU au cours de la période 2011-2016 ont porté sur les lits de chirurgie en hospitalisation conventionnelle dont l'effectif a diminué de 14,7 % sur la période et dans une moindre mesure sur les lits d'obstétrique (-5,9 %).

A contrario, l'ensemble des modalités de prise en charge ambulatoire a progressé. Les places de chirurgie ambulatoire en CHU ont connu une progression importante de +43,5 % (soit +474 places), suivies par les places en obstétrique (+20,9 % mais sur un nombre réduit de places) et en médecine ambulatoire (+15,2 % avec 665 places nouvelles). Au total, l'activité de médecine en hospitalisation complète est la seule modalité d'hospitalisation conventionnelle à avoir connu une progression de son nombre de lits (+1 231 lits créés sur la période).

Tableau n° 37 : évolution 2011-2016 des capacités d'hospitalisation en CHU

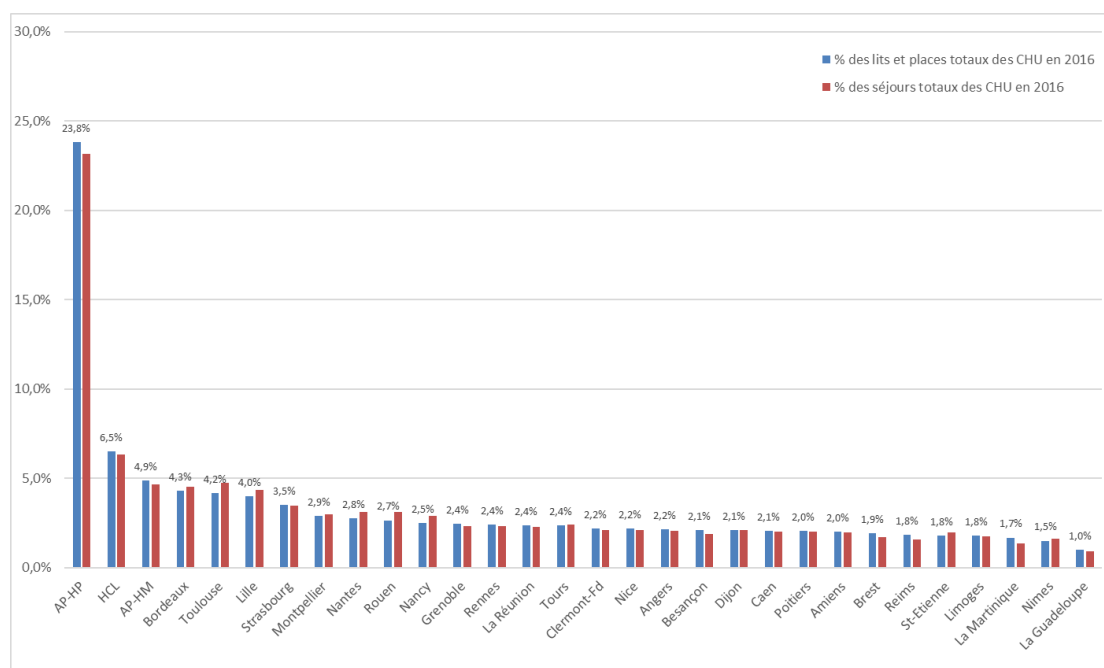
| Catégorie | Évolution 2011-2016 | |
|---|---------------------|---------------|
| | En lits ou places | % |
| <i>lits de médecine</i> | 1 231 | 3,8 % |
| <i>places de médecine ambulatoire</i> | 665 | 15,2 % |
| <i>lits de chirurgie</i> | -2 547 | -14,7 % |
| <i>places de chirurgie ambulatoire</i> | 474 | 43,5 % |
| <i>lits d'obstétrique</i> | -234 | -5,9 % |
| <i>places d'obstétrique ambulatoire</i> | 95 | 20,9 % |
| Total | -316 | -0,5 % |

Source : SAE, DREES, 2016 France entière.

2 - Des capacités d'hospitalisation utilisées de façon plus efficiente

En 2016, les CHU présentent globalement une bonne adéquation entre capacités d'hospitalisation MCO et nombre de séjours MCO produits. Ainsi, l'écart le plus important en la matière revient à l'APHP qui est à l'origine de 23,2 % des séjours totaux produits en CHU mais détient 23,8 % des capacités d'hospitalisation des CHU. À l'inverse, le CHU de Toulouse a produit en 2016 près de 4,7 % des séjours avec 4,2 % des lits et places des CHU.

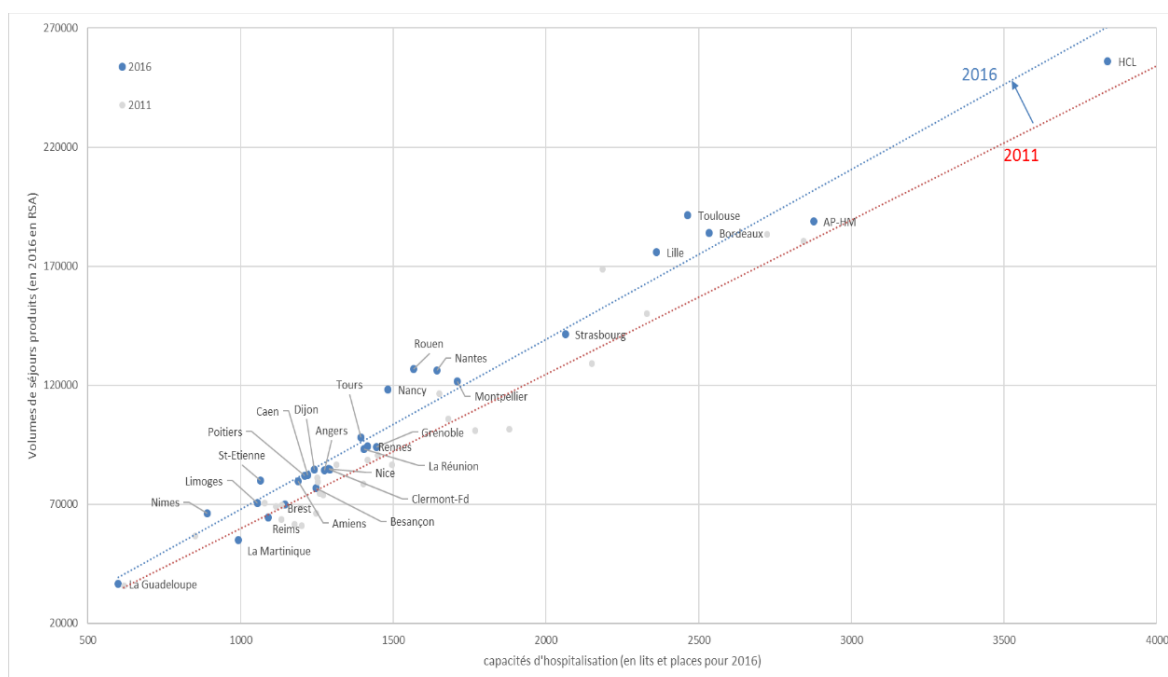
Graphique n° 29 : part de chaque CHU dans la capacité totale d'hospitalisation et l'activité totale des CHU



Source : ATIH, PMSI, 2016 (activité) et ANAP, données brutes d'Hospi Diag 2016 (capacité)

Entre 2011 et 2016, les 30 CHU ont amélioré l'efficacité de leurs capacités d'hospitalisation. En effet, le nombre de séjours réalisé par lit (61,2 séjours par lit ou place en 2011) a progressé de +12 % pour atteindre 68,4 séjours en 2016, dépassant la moyenne des CH (64,4 séjours/lit ou place en 2016 contre 62,1 en 2011). Cette moyenne dissimule d'importantes disparités : ainsi, alors que le CHU de la Martinique affiche un nombre de séjours par lit ou place de 55,5, le CHU de Rouen atteint un ratio de 80,9 séjours par lit ou place. Il est à noter par ailleurs que ces valeurs restent très inférieures à celles des cliniques (103,2 en 2016 et 95,8 en 2011) du fait de prises en charge majoritairement simples à DMS plus courtes que celles des CHU.

Graphique n° 30 : corrélation entre le volume de séjours et les capacités d'hospitalisation MCO des CHU (2016)



Source : ATIH, PMSI, 2016 (activité) et ANAP, données brutes d'Hospi Diag 2016 (capacité)

Note de lecture : Les constats de la bonne adéquation entre données d'activité et données capacitaires¹⁵⁴ et d'autre part d'amélioration du niveau d'efficacité des CHU, sont visibles dans le graphique ci-dessus. En effet, les CHU apparaissent en 2016 proches de la courbe de tendance. De plus, la courbe de tendance pour 2016 apparaît redressée au regard de 2011, traduisant le fait qu'à capacité égale, les CHU produisent plus de séjours en 2016 qu'en 2011.

Ces améliorations ont plusieurs causes.

La première est l'accroissement du taux de chirurgie ambulatoire dans les CHU. Celui-ci a permis de procéder à la fermeture de lits d'hospitalisation conventionnelle, sans pour autant créer un volume équivalent de places de chirurgie ambulatoire. Ainsi, le taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire a progressé : en 2016, plus de 50 % des CHU avaient un taux d'utilisation des places chirurgie ambulatoire supérieur à 103,6 % (contre 89,1 % en 2011)¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Le coefficient de corrélation est de 0,99 entre ces deux séries de variables pour l'année 2016.

¹⁵⁵ Source : indicateur P14, Hospi Diag, valeur médiane des taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire des CHU (hors APHM) : cet indicateur reflète l'organisation de la chirurgie ambulatoire, car il permet de mettre en évidence une sur ou sous capacité d'accueil des patients en chirurgie ambulatoire (hors endoscopies).

La deuxième cause des améliorations observées réside dans le fait que les CHU ont mis en place un ensemble de mesures visant à réduire la durée moyenne de séjours de leurs patients :

- par une meilleure organisation des flux entrants et sortants de patients : la plupart des CHU ont déployé des cellules de gestion des lits¹⁵⁶, notamment dans le cadre des projets performances formalisés avec l'ANAP. Entre 2013 et 2016, 13 CHU¹⁵⁷ ont ainsi bénéficié d'un accompagnement de l'agence dans le cadre du programme de gestion des lits. Ces accompagnements ont été initiés suite à divers constats faits par les CHU, tenant à la nécessité de trouver des marges pour le développement de l'ambulatoire, d'accroître l'adéquation entre activité et capacitaire, améliorer la programmation des activités, fluidifier l'aval des urgences ou faire diminuer les DMS ;
- par une amélioration de l'utilisation des équipements et des blocs opératoires permettant de densifier leur utilisation : selon l'ANAP, depuis 2010, 13 CHU ont conduit des projets performances visant à améliorer leur efficacité¹⁵⁸. Les résultats relevés par l'ANAP montrent qu'au cours des cinq dernières années, ces CHU ont procédé à des réorganisations de leurs blocs opératoires passant par un allongement des périodes d'utilisation des salles de blocs, une plus forte mutualisation, l'identification d'un circuit ambulatoire et une plus grande polyvalence des personnels. Plusieurs exemples de ce type ont été retrouvés au CHU de Limoges, de Grenoble, de Brest, de Rennes, de Nîmes, de Strasbourg ou de Montpellier ;
- par un rétablissement plus rapide des patients après chirurgie (RAAC)¹⁵⁹: bien que les CHU accusent un retard en matière de RAAC, un nombre croissant d'établissements¹⁶⁰ a déployé cette démarche, accompagné par des organismes reconnus dans ce domaine et qui accordent un label spécifique « RAAC ». À titre d'exemple, le groupe européen Eras a labellisé dès 2012 un service promoteur aux HCL. Depuis, sur les 52 sites hospitaliers labellisés RAAC en 2018 par le réseau GRACE¹⁶¹, 7 sont des CHU (et 35 sont des cliniques)¹⁶². En 2016, l'assurance maladie a réalisé un bilan médico-économique global de la RAAC¹⁶³. Les résultats montrent que les établissements pratiquant la RAAC ont vu leur DMS baisser de 0,9 jour de plus que l'ensemble des établissements sur la moyenne de quatre spécialités chirurgicales (orthopédie, gynécologie, chirurgie viscérale et urologie) ;

¹⁵⁶ Ces structures internes aux établissements visent à appréhender le parcours du patient dans sa globalité, depuis son entrée (préadmission/admission) jusqu'à sa sortie ; et même en amont et en aval de sa présence au sein de l'établissement (lien avec la médecine de ville et les structures d'aval : SSR, EHPAD, HAD...).

¹⁵⁷ 17 sites de CHU en tout dont 4 de l'APHP et 2 de l'APHM.

¹⁵⁸ Source : ANAP, CHU/CHR, rapport de bilan du programme national des projets performance annexe 1: bilan détaillé par établissement.

¹⁵⁹ La RAAC est une prise en charge basée sur l'implication du patient dans sa prise en charge qui favorise son rétablissement précoce. Ce concept inventé au Danemark dans les années 1990, s'appuie sur des protocoles précis pour chaque spécialité concernée avec des consignes communes pour tous les patients : faire des exercices préopératoires, jeûne réduit, accéder au bloc à pied ou en fauteuil, premier lever le jour de l'intervention, faire des exercices durant et en post-hospitalisation. Cette technique permet une récupération plus rapide après l'intervention, diminue les complications post-opératoires et autorise une sortie précoce de l'hôpital.

¹⁶⁰ CHU Nancy, CHU d'Amiens, CHU de Clermont-Ferrand, CHU de Montpellier, CHU de la Réunion, APHP (2 sites).

¹⁶¹ Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie.

¹⁶² Source : <https://www.grace-asso.fr/centres-grace>.

¹⁶³ *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017*, page 98, 2016.

- par un recours (faible) au dispositif PRADO¹⁶⁴ : le dispositif PRADO a été initié par l'assurance maladie pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation, fluidifier le parcours hôpital-ville et accompagner la diminution des durées de séjour. Le déploiement des programmes PRADO repose sur le volontariat des établissements de santé (et principalement des services de soins) et se matérialise par la signature d'une convention entre l'assurance maladie et l'établissement. L'appropriation du processus de sortie prévu par PRADO repose sur les praticiens des services, notamment la grille d'éligibilité à la sortie du patient. Or les CHU étant par nature des lieux de formation, le turn-over des internes est important conduisant l'assurance maladie à multiplier les actions d'information auprès de ces derniers pour qu'ils s'approprient le protocole. De ce fait, l'assurance maladie constate des taux d'adhésion plus faibles dans les CHU que dans les autres établissements.

Un indice dit IP-DMS¹⁶⁵ permet de mesurer l'efficacité des établissements de soins. Cet indice rapporte la durée moyenne de séjour à une durée de référence. Un indice supérieur à 1 est signe d'une efficacité plus faible que la référence alors qu'un indice inférieur à 1 est le signe d'une efficacité plus grande. Pour les CHU, cet indice est passé de 1,050 à 1,023 entre 2011 et 2016. Huit CHU présentaient un IP-DMS inférieur à 1 en 2011, ils sont 14 en 2016. La même tendance est observée pour les hospitalisations complètes de médecine où l'IP-DMS¹⁶⁶ s'est également amélioré au cours de la période, passant en moyenne de 1,00 à 0,977 (médiane de 1,0075 à 0,974). Cette tendance à la maîtrise des DMS en CHU se retrouve également en CH mais avec des valeurs supérieures : les CH présentent en moyenne des valeurs d'IP-DMS plus importantes que les CHU (1,18 en médecine et 1,25 en chirurgie), à la différence des cliniques privées pour lesquelles les IP-DMS sont meilleurs (0,92 en médecine et 0,95 en chirurgie).

B - Une grande hétérogénéité dans l'emploi des ressources humaines, notamment médicales

1 - Des effectifs médicaux utilisés de manière plutôt efficace

En 2016, 62 595 ETP médicaux exercent dans les spécialités MCO des établissements de santé du secteur public. Les CHU comptent 24 010 ETP, soit 38,4 % des effectifs médicaux de ce secteur, 51,2 % dans les CH et CHR et 9 % dans le secteur privé non lucratif. Le secteur privé lucratif compte 943 ETP médicaux salariés et 32 397 praticiens libéraux. Cependant, il s'avère difficile sur le plan méthodologique de comparer les effectifs du secteur privé lucratif

¹⁶⁴ En 2017, plus de 480 000 patients ont bénéficié de ce service. Initié sur les sorties de maternité, il a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de BPCO en 2015. Depuis 2017, il est progressivement proposé après une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le motif de leur hospitalisation.

¹⁶⁵ Source : Indicateur P2 (Hospi Diag). Cet indicateur compare la DMS en chirurgie de l'établissement à celle standardisée de son case mix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de chirurgie. Il synthétise ainsi la performance de l'organisation de l'activité de chirurgie, mesurée par la DMS dans l'établissement. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) sont souvent liées à des causes environnementales comme l'absence d'organisation de filières d'aval (SSR...) ou d'HAD, des causes liées à l'organisation de la gestion des lits, aux protocoles de prise en charge, à l'efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle). L'IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1. La DMS se calcule pour les séjours de chirurgie et non pour les séjours réalisés dans les services de chirurgie.

¹⁶⁶ Source : indicateur P1, Hospi Diag.

avec les effectifs du secteur public. En effet, la notion d'ETP pour un praticien libéral exerçant en clinique s'avère difficile à évaluer¹⁶⁷.

En variation depuis 2011, la très grande majorité des établissements de santé publics ont vu leurs effectifs croître. La croissance des effectifs médicaux MCO en CHU (+2,4 % par an en moyenne) apparaît cependant plus rapide que la croissance moyenne constatée pour l'ensemble du secteur public (+2,1 % par an en moyenne) mais moins rapide que dans le secteur privé non lucratif (+2,5 % par an en moyenne).

Tableau n° 38 : évolution des effectifs médicaux MCO (en ETP) entre 2011 et 2016 du secteur public

| | 2011 | 2016 | % | TCAM |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Total public | 51 439 | 56 936 | 10,7 % | 2,1 % |
| CHU | 21 306 | 24 010 | 12,7 % | 2,4 % |
| CHR | 675 | 769 | 14,0 % | 2,7 % |
| CH | 28 178 | 31 295 | 11,1 % | 2,1 % |
| autres, dont SSA et CHS | 1 280 | 862 | -32,7 % | -7,6 % |
| Total privé non lucratif | 4 999 | 5 659 | 13,2 % | 2,5 % |
| CLCC | 1 521 | 1 755 | 15,4 % | 2,9 % |
| autres | 3 477 | 3 904 | 12,3 % | 2,3 % |
| Total | 56 438 | 62 595 | 10,9 % | 2,1 % |

Source : DREES, SAE, 2011 et 2016 (France entière)

La croissance des effectifs médicaux des CHU est liée essentiellement à l'augmentation des effectifs de spécialistes médicaux (+12,4 %) contre +5,6 % pour les chirurgiens et +3,7 % pour les gynécologues obstétriciens. Les effectifs d'anesthésistes en CHU ont connu une baisse modeste entre 2011 et 2016 (-0,4 %) mais néanmoins marquée au regard de la croissance de l'activité de chirurgie (+9,6 %) et des activités interventionnelles (+30,5 %) sur la même période¹⁶⁸.

Tableau n° 39 : évolution des effectifs médicaux MCO par grande catégorie du secteur public entre 2011 et 2016

| Catégorie | ETP médecins (hors anesthésistes et hors chirurgiens) | ETP chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens) | ETP anesthésistes | ETP Gynécologues-Obstétriciens |
|-----------|---|---|-------------------|--------------------------------|
| CHU | 12,4 % | 5,6 % | -0,4 % | 3,7 % |
| CH et CHR | 11,8 % | 7,7 % | 3,2 % | 4,7 % |
| CLCC | 14,0 % | 13,6 % | 18,5 % | 96,1 % |
| ESPIC | 32,2 % | 35,1 % | 15,9 % | 9,5 % |

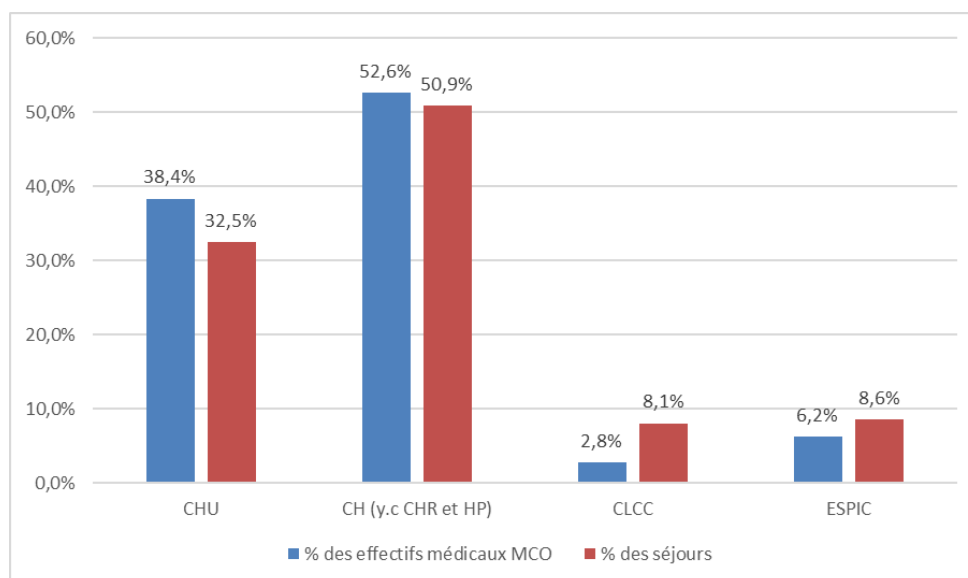
Source : Données brutes Hospi Diag, 2011 et 2016 (indicateurs CI-RH2 à CI-RH5)

¹⁶⁷ Selon la DREES, dans l'ensemble du système statistique publique, il n'est jamais proposé d'estimation d'une telle mesure, qui sous-entend de déterminer la durée travaillée d'un indépendant. Pour un médecin libéral, les établissements de santé privés lucratifs ne sont pas en mesure de réaliser une telle estimation.

¹⁶⁸ Données brutes 2011 et 2016 fournies par l'ANAP (outil Hospi Diag).

En termes de rapport entre effectifs médicaux MCO et volume total de séjours MCO produits, les CHU présentent la performance la plus faible du secteur public avec 38,4 % des effectifs médicaux en 2016 pour 32,5 % des séjours.

Graphique n° 31 : effectifs médicaux MCO (en ETP) et effectifs de séjours produits (y compris séances)



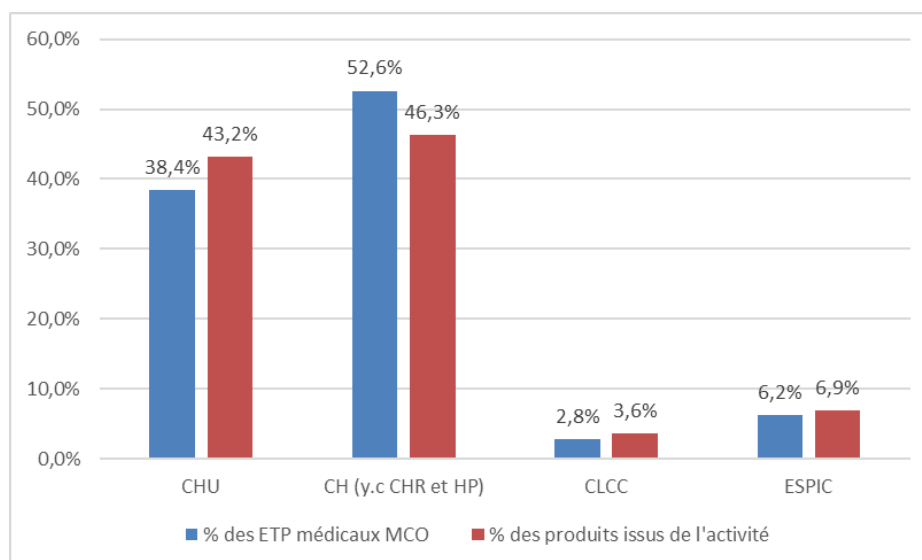
Sources : DREES, SAE, 2016 et ATIH, PMSI, 2016

Cette différence de performance entre les types d'établissements de soins s'explique toutefois en partie par la nature de l'activité des CHU :

- en effet, les activités de recours et d'expertise sont très largement exercées en CHU. Or le mode de décompte de l'activité met à égalité des prises en charge de patients très différentes à la fois en termes de temps médical (diagnostic plus long, consultations itératives, concertations pluridisciplinaires, temps opératoire, protocoles de recherches, aspect social, recherche d'une solution d'aval adaptée, etc.) et d'impact en termes de DMS. Ainsi, une intervention ambulatoire sur la cataracte et une greffe pulmonaire comptent toutes deux pour un seul et même séjour en mobilisant des ressources médicales très différentes ;
- par ailleurs, lorsque la part des effectifs médicaux des CHU est comparée à la part de valorisation financière de ces séjours¹⁶⁹ (et non au seul volume), cet écart devient favorable au CHU. Ainsi avec 38,4 % des ETP médicaux exerçant dans le secteur ex-DGF, les CHU bénéficient de 43,2 % des produits issus de la tarification à l'activité et des dotations MIGAC.

¹⁶⁹ Obtenu par la somme des produits issus de la tarification à l'activité (compte 73111 - Produits de la tarification des séjours) et des dotations MIGAC (compte 73118).

Graphique n° 32 : adéquation entre effectifs médicaux MCO (en ETP) et valorisation totale des séjours produits (y compris séances)



Source : DREES, SAE, 2016 et ATIH, RTC, 2016

2 - Des effectifs non médicaux en proportion de l'activité réalisée par les CHU

En 2016, 890 223 ETP non médicaux exercent en établissements de santé du secteur public dont 443 374 dans les spécialités MCO. En 2016, les CHU emploient au total 269 252 ETP non médicaux. Entre 2011 et 2016, les CHU ont vu ces effectifs croître sur un rythme annuel moyen conforme à la moyenne des établissements de santé du secteur ex-DGF soit +0,3 % (3 939 ETP créés sur la période).

Tableau n° 40 : évolution des effectifs non médicaux (en ETP) entre 2011 et 2016

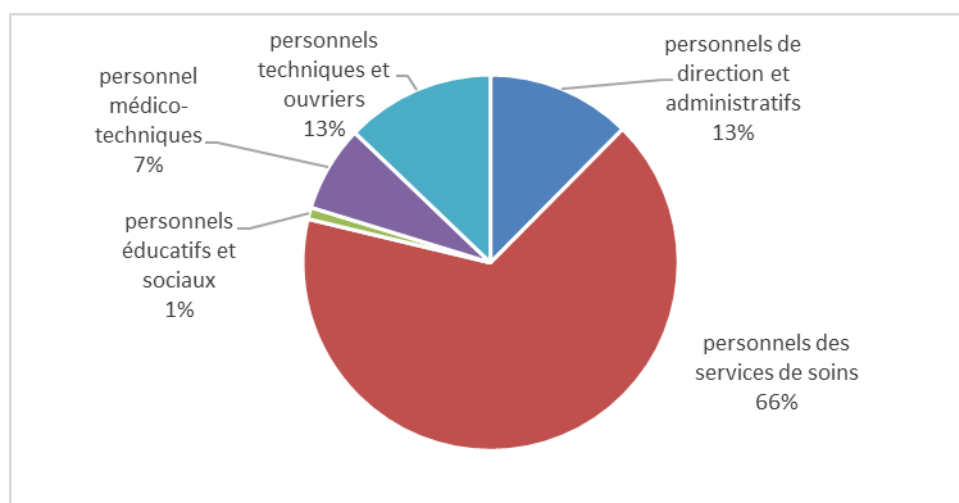
| Établissements | 2011 | 2016 | % | TCAM |
|---------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| Total public | 761 354 | 770 178 | 1,2 % | 0,2 % |
| CHU | 265 313 | 269 252 | 1,5 % | 0,3 % |
| CHR | 7 836 | 8 618 | 10,0 % | 1,9 % |
| CH | 395 930 | 402 211 | 1,6 % | 0,3 % |
| autres, dont SSA et CHS | 92 276 | 90 098 | -2,4 % | -0,5 % |
| Total privé non lucratif | 116 921 | 120 045 | 2,7 % | 0,5 % |
| CLCC | 13 046 | 14 532 | 11,4 % | 2,2 % |
| autres | 103 875 | 105 513 | 1,6 % | 0,3 % |
| Total | 878 275 | 890 223 | 1,4 % | 0,3 % |

Source : DREES, SAE, 2011 et 2016

D'après les données de l'ANAP, la structure de l'emploi non médical dans les CHU présente pour spécificité, au regard des CH, une légère surreprésentation des personnels du secteur médico-technique (7 % des ETP contre 5 % en CH) et une plus faible densité de

personnels de service de soins qui représentent 66 % de l'emploi non médical des CHU contre 69 % en CH. Cette situation peut s'expliquer par un besoin d'expertise médico-technique plus important en CHU, du fait de la richesse et de la variété des plateaux techniques.

Graphique n° 33 : structure de l'emploi non médical dans les CHU



Source : ANAP, données brutes Hospi Diag (indicateurs CI-RH7 à CI-RH11)

Au cours de la période sous revue, la croissance des effectifs non médicaux des CHU s'explique essentiellement par l'augmentation des effectifs de deux catégories de personnels :

- les personnels soignants, dont l'augmentation, bien que modeste (+1,2 %) au regard des CH représente néanmoins près de 2 100 ETP nouveaux ;
- les personnels techniques et ouvriers (+3,5 % entre 2011 et 2016 soit +1 167 ETP) qui paraît se faire à contre-courant de la trajectoire des autres établissements de santé du secteur public.

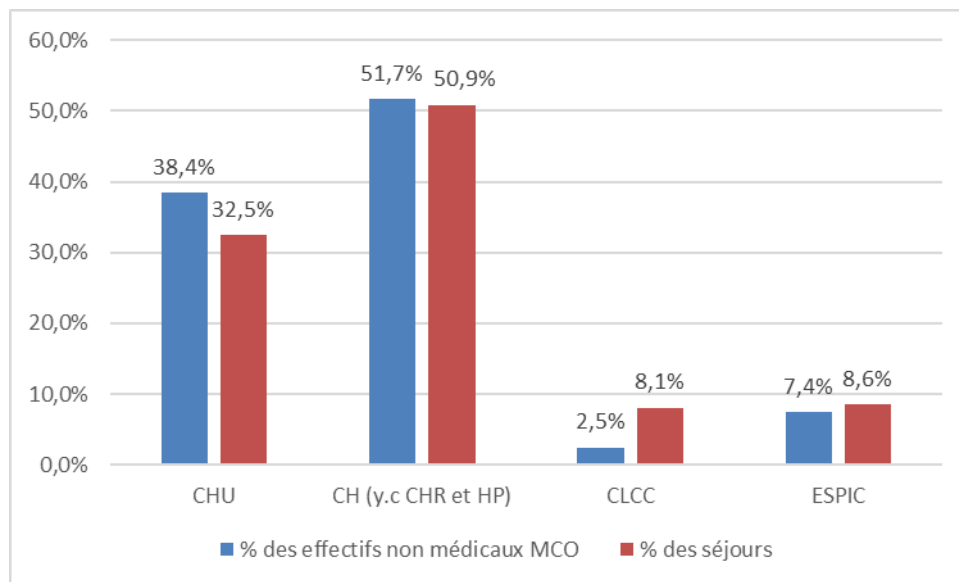
Tableau n° 41 : évolution des effectifs médicaux par grande catégorie entre 2011 et 2016

| établissements | personnels de direction et administratifs | personnels des services de soins | personnels éducatifs et sociaux | personnel médico-techniques | personnels techniques et ouvriers |
|----------------|---|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| CHU | 0,1 % | 1,2 % | 3,8 % | 1,0 % | 3,5 % |
| CH et CHR | 3,3 % | 4,1 % | 10,3 % | 6,2 % | 0,5 % |
| CLCC | -2,7 % | -8,1 % | -30,6 % | 24,1 % | -19,6 % |
| ESPIC | 14,2 % | 15,4 % | 29,4 % | 3,0 % | -3,9 % |

Source : ANAP, données brutes Hospi Diag (indicateurs CI-RH2 à CI-RH5).

Tout comme les effectifs médicaux, le rapport entre effectifs non médicaux exerçant en secteur MCO et le volume total de séjours MCO paraît défavorable pour les CHU, qui concentrent 38,4 % des effectifs non médicaux en 2016 mais n'ont produit que 32,5 % des séjours du secteur public.

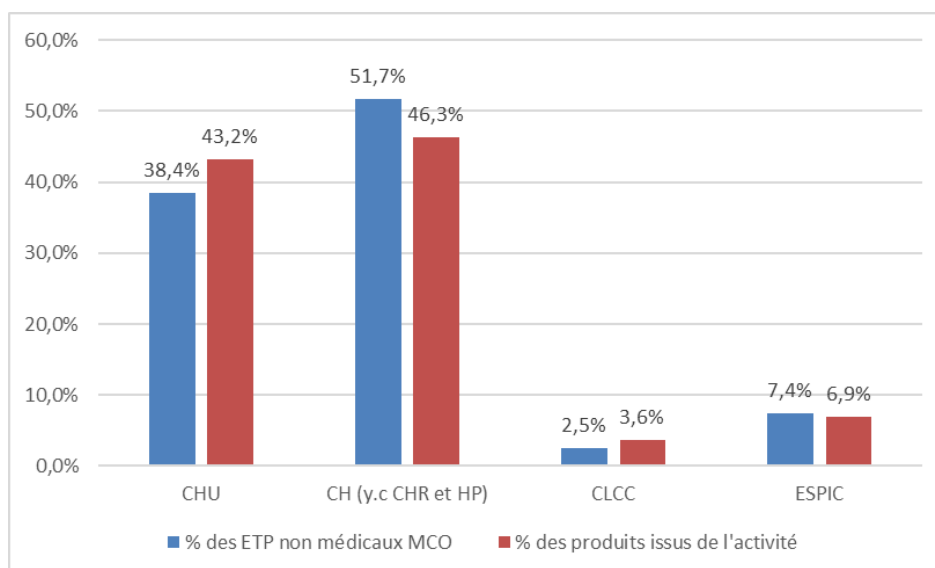
Graphique n° 34 : niveau d'adéquation entre les effectifs non médicaux MCO (en ETP) et effectifs de séjours MCO produits (y compris séances)



Source : DREES, SAE, 2016 et ATIH, PMSI, 2016.

Comme pour les personnels médicaux, l'appréciation de la performance varie considérablement si l'on prend en compte non le nombre de séjours produits, mais la valorisation financière de l'activité des CHU en part de la T2A et MIGAC.

Graphique n° 35 : adéquation entre effectifs non médicaux MCO (en ETP) et valorisation totale des séjours produits (y compris séances)



Source : DREES, SAE, 2016 et ATIH, RTC, 2016

3 - Des différences de productivité médicale considérables entre CHU

Au-delà des différences de productivité entre types d'établissements, il est également intéressant d'examiner la variabilité de cet indicateur à l'intérieur du groupe d'établissements que constituent les CHU.

La mesure de l'activité médicale dans les CHU

L'activité d'un médecin exerçant en CHU revêt un caractère multiforme qu'il est difficile d'appréhender dans une analyse chiffrée. En effet, au-delà du suivi des patients hospitalisés, les médecins exerçant en CHU sont amenés à conduire un nombre important d'activités, dont les proportions sont variables suivant leurs spécialités :

- réalisation de consultations et d'actes au profit de patients non hospitalisés (patients dits externes) ;
- élaboration d'avis médicaux au profit de confrères hospitaliers, dont les praticiens urgentistes et praticiens de ville ;
- participation à des réunions de concertations pluridisciplinaires ;
- réalisation d'expertises ;
- participation aux projets et réunions institutionnelles du CHU ;
- participation aux activités de recherche (publication direction de travaux) ;
- participation aux activités de formation initiale et continue.

Cependant, bien que diverses, ces activités peuvent être considérées comme s'exerçant de façon homogène au sein de l'ensemble que forment les CHU. Ainsi, une comparaison entre CHU est possible sous réserve de considérer que le niveau en valeur absolue des indicateurs utilisés n'est pas significatif, car il ne traduit qu'une fraction de l'activité des médecins à l'hôpital, les écarts entre CHU constituant le point d'intérêt principal.

a) Une première approche de la productivité des médecins en CHU : la comparaison entre l'activité produite et l'effectif médical

Cette première approche¹⁷⁰ illustre les différences importantes qui existent entre CHU. En effet, le CHU de Toulouse avec 807 ETP médicaux MCO¹⁷¹ en 2016 a réalisé 191 420 séjours (hors séances), soit plus que l'APHM (188 824 séjours) qui déclare en 2016 près de 1 042 ETP médicaux MCO.

Il n'existe pas de corrélation significative¹⁷² entre la valeur du ratio activité/effectif médical et la taille du CHU. Ainsi, l'APHM présente un ratio proche (181 séjours MCO par

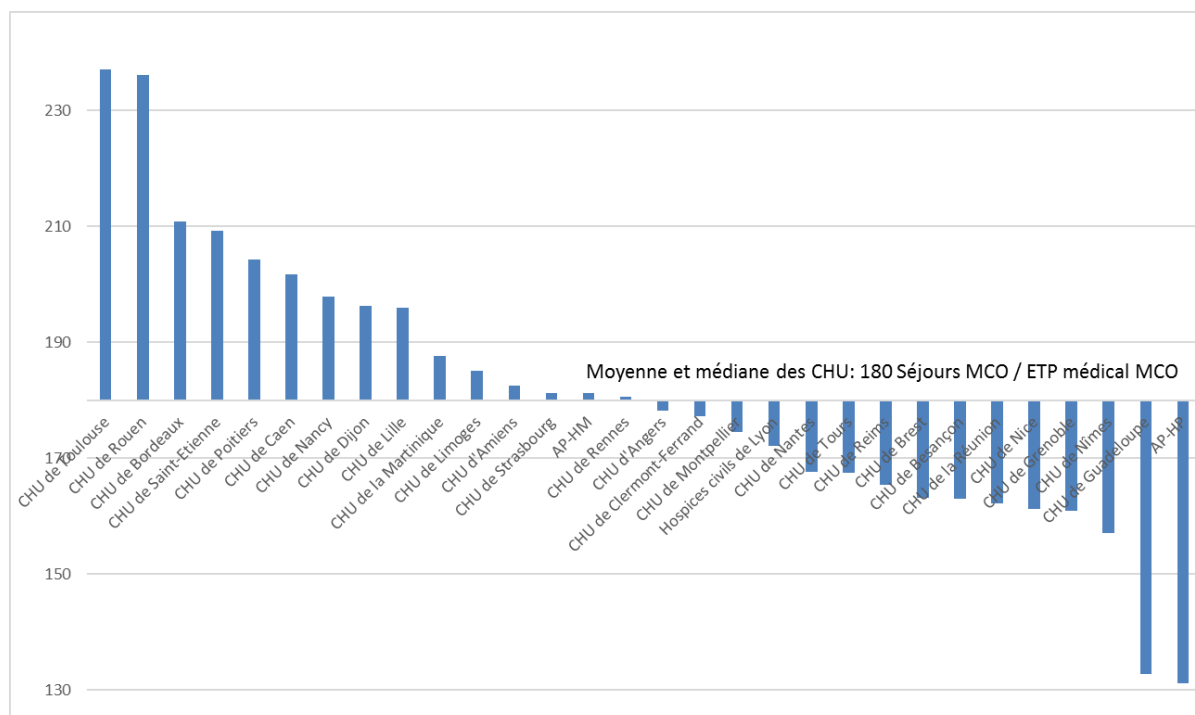
¹⁷⁰ Comparaison basée sur le ratio entre l'activité MCO (hors SSR, psychiatrie et HAD) réalisée en 2016 par un CHU (hors séances) et le nombre d'ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical salarié MCO (hors SSR, psychiatrie et HAD) du CHU (source : SAE, DREES, fiche Q21, indicateur 2100). La prise en compte des séances dans l'activité conduit aux mêmes conclusions en termes de dispersion des CHU.

¹⁷¹ En ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical salarié MCO (hors SSR, psychiatrie et HAD) du CHU (source : SAE, DREES, fiche Q21, indicateur 2100).

¹⁷² Le coefficient de corrélation entre le volume de séjour total réalisé par chaque CHU en 2016 et la valeur du ratio (activité/effectif médical) est de -0,2 (avec l'APHP) et +0,3 sans l'APHP.

ETP médical MCO) de celui du CHU d'Angers (178). Le CHU de Bordeaux présente un ratio (211) proche de celui du CHU de Saint-Etienne (209). Cette forte variabilité du rapport entre l'activité et l'effectif médical des CHU, alors que ces derniers sont soumis aux mêmes contraintes de formation, de recherche et de services publics, souligne l'importance des écarts de productivité entre les établissements¹⁷³.

Graphique n° 36 : rapport entre l'activité MCO et l'effectif médical MCO par CHU



Source : DREES, SAE, 2016 (bordereau Q21, indicateur 2100) et ATIH, PMSI, 2016 (séjours MCO hors séances)
 Note de lecture : un ETP médical MCO au CHU de Toulouse a produit en moyenne 237 séjours MCO (hors séances) en 2016.

b) Une deuxième approche de la notion de productivité médicale : le rapport entre la valorisation des séjours et les effectifs médicaux.

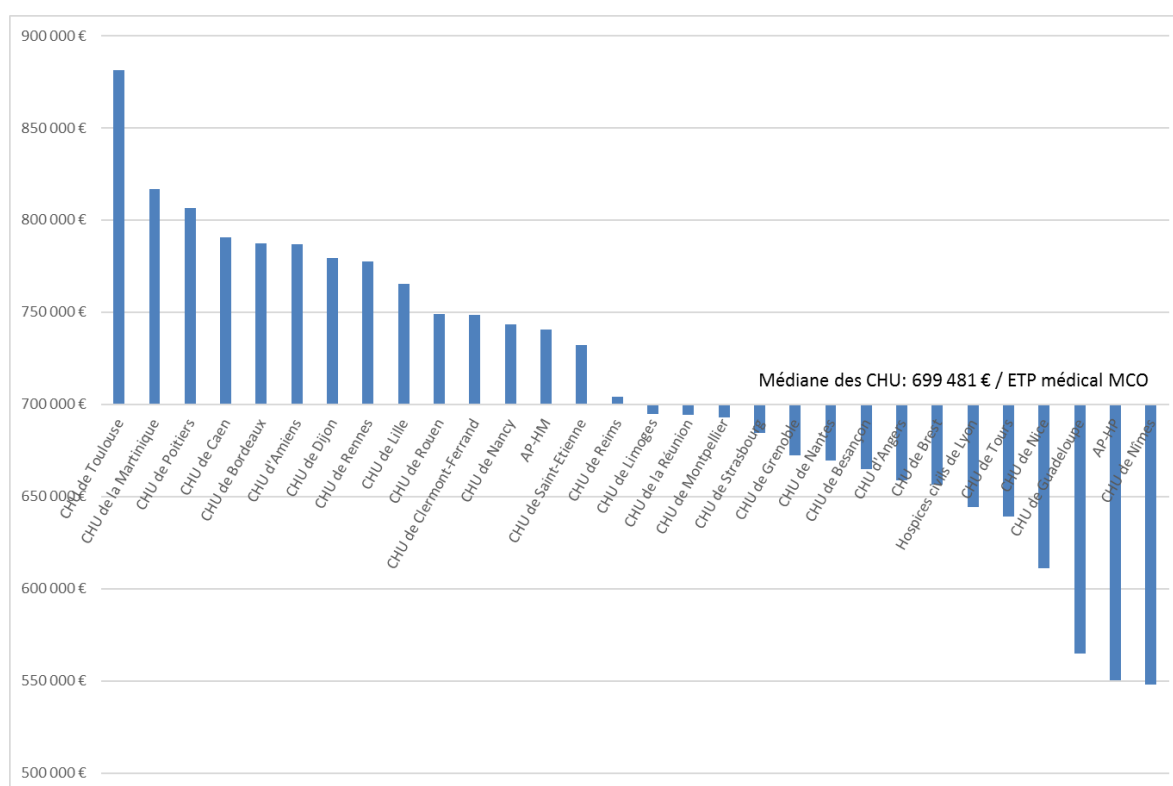
Au sein du budget principal des établissements de santé, le compte de recettes 73 111 retrace le montant des produits versés par l'assurance maladie aux établissements de santé en fonction de la valorisation financière des séjours produits. Ainsi, plus un séjour comporte un nombre important d'actes associés à des comorbidités importantes du patient et plus ce séjour est valorisé. Dès lors, comparer le volume d'ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical salarié MCO¹⁷⁴ au montant des produits versés par l'assurance maladie au seul titre de l'activité (hors aide, MIGAC et MERRI), permet de mesurer un versant de la productivité médicale entre CHU.

¹⁷³ Cependant, des erreurs de saisie des effectifs médicaux, ainsi que des erreurs d'interprétation du mode de recueil des données brutes de la SAE, ont été identifiés par la Cour et confirmées par les CHU interrogés. Ces erreurs peuvent entraîner des mouvements substantiels entre CHU mais ne permettent pas d'expliquer l'amplitude de ces écarts entre CHU.

¹⁷⁴ Source : SAE, DREES, fiche Q21, indicateur 2100.

Là encore, les différences entre CHU apparaissent importantes, bien que les ratios établis comportent des limites notamment en termes d'homogénéité de la description des effectifs médicaux du champ MCO dans la SAE¹⁷⁵. Ainsi au CHU de Bordeaux, un ETP médical MCO est associé à un produit de 609 882 € en moyenne, alors qu'à l'APHP ce chiffre n'est que de 394 649 €. Dans une approche plus large de la notion de produits issus de l'activité, incluant les recettes du compte 73 111 ainsi que les recettes du compte 73 118 (dotations MIGAC), les différences entre CHU apparaissent similaires¹⁷⁶, bien que ce mode de décompte entraîne quelques mouvements dans le classement des CHU.

Graphique n° 37 : rapport entre les produits issus de l'activité MCO (T2A et MIGAC) et l'effectif médical MCO par CHU



Source : DREES, SAE, 2016 (bordereau Q21, indicateur 2100) et ATIH, PMSI, 2016 (séjours MCO hors séances)

Précaution de lecture : plusieurs erreurs ont été relevées par la Cour dans la saisie par les CHU des données relatives aux effectifs médicaux de la SAE.

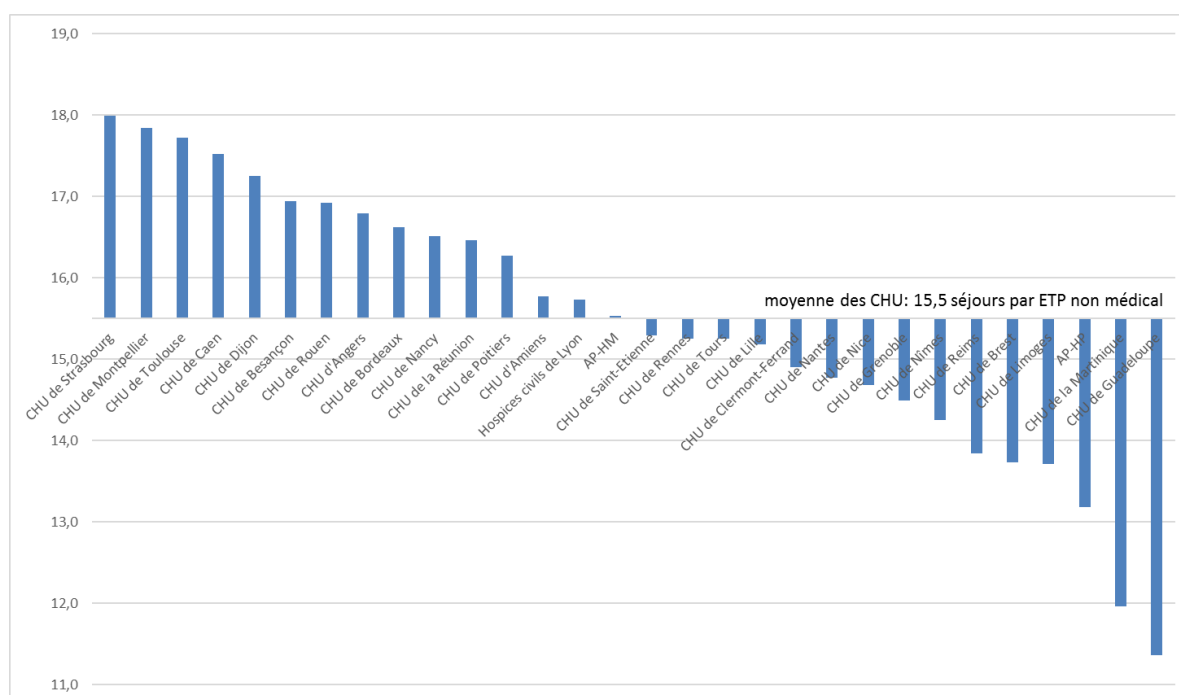
¹⁷⁵ Exemple : Le CHU de la Martinique déclare en 2016 plus de 293 ETP médicaux dans le champs MCO et près de 120 ETP médicaux affectés au domaine « administration, services hôteliers et technique ». Le CHU de la Guadeloupe déclare 275 ETP médicaux MCO et moins de 4 ETP médicaux du domaine « administration, services hôteliers et technique », ce qui témoigne d'une grande hétérogénéité dans le renseignement de la SAE par les établissements. D'autres exemples de ce type ont été retrouvés (exemple : CHU de Caen).

¹⁷⁶ Moyenne des CHU : 708 774 € de recettes produites par ETP médical (écart-type de 80 994 €, soit 11,4 % de la valeur de la moyenne).

4 - Des écarts de productivité constatés de la même façon pour les effectifs non médicaux

Selon la même méthodologie, il apparaît que le nombre de séjours réalisés par effectif non médical présente des disparités entre CHU, variant de 11 à 18 séjours par ETP non médical pour l'année 2016¹⁷⁷. À titre d'illustration, le CHU de Strasbourg a réalisé en 2016 plus de 141 000 séjours et dispose d'un effectif non médical de 7 858 ETP (soit un ratio de 18 séjours par effectif non médical en 2016). L'APHP affiche en 2016 un ratio de 13,2 séjours par effectif non médical.

Graphique n° 38 : rapport entre l'activité et l'effectif non médical par CHU



Sources : ANAP, Hospi Diag, 2016 (indicateurs CI-RH5 Hospi Diag) et ATIH, PMSI, 2016

Précaution de lecture : plusieurs erreurs ont été relevées par la Cour dans la saisie par les CHU des données relatives aux effectifs médicaux de la SAE.

Cependant, pour ce ratio, l'écart à la moyenne des CHU s'avère beaucoup plus faible que pour l'effectif médical¹⁷⁸. De plus, il n'existe pas de corrélation entre la taille des CHU et les valeurs de ce ratio. Ramenées aux seuls effectifs soignants, les valeurs de ce ratio conduisent à formuler des constats identiques.

Si les CHU ont notablement amélioré la performance de leur organisation sur le plan capacitaire, l'analyse de leur performance en matière de ressources humaines fait apparaître de fortes disparités, tout particulièrement concernant la question de la productivité médicale. Des différences considérables sont ainsi retrouvées entre établissements de santé sans que ces différences ne trouvent d'explications liées à la taille des CHU, ou au volume d'activité de recours.

¹⁷⁷ Comme pour les effectifs médicaux, des erreurs de saisie des effectifs non médicaux dans les données brutes de la SAE (reprises par Hospi Diag) ont été identifiées par la Cour.

¹⁷⁸ Écart type de 1,7 pour le ratio activité / ETP non médical contre plus de 24 pour le ratio activité / ETP médical.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La situation financière des CHU, qui s'était redressée en 2016, le déficit du compte principal diminuant de 108,2 M€ pour s'établir à 207,8 M€, s'est de nouveau détériorée en 2017, avec un déficit prévisionnel de près de 405 M€. Plus de la moitié des CHU ne parviennent pas à équilibrer leur compte de résultat principal en raison d'un ralentissement de la progression des produits et d'une trop faible régulation des charges.

Le mode de financement des CHU fait cependant apparaître des particularités puisque les dotations représentent en moyenne 18 % de leurs recettes d'assurance maladie alors que cette proportion varie entre 4 % et 6 % dans les autres établissements publics. Cette singularité expose les CHU à la volatilité des financements forfaitaires et conduit à les fragiliser. De surcroît, les coûts des prises en charge pour les soins hautement spécialisés, comme ceux relatifs aux maladies rares, ne sont pas correctement valorisés dans la tarification des séjours et contribuent à renforcer la vulnérabilité financière des CHU.

Les actions de maîtrise des charges des plans de retour à l'équilibre souvent approuvés et suivis par les niveaux nationaux et régionaux se révèlent insuffisantes et inadaptées aux enjeux auxquels sont exposés les CHU, notamment dans leurs fonctions de recours et d'expertise. En ce sens, le développement d'outils d'aide à la décision et de mesure de la performance à l'échelle des structures de coopération doit être accentué pour faciliter la détermination des actions de mutualisation des produits et des charges compatibles avec des objectifs de redressement des CHU.

Le financement à l'activité présente ainsi aujourd'hui des limites particulièrement sensibles pour les CHU qui ont la charge de l'animation d'un réseau de partenaires de santé sur un territoire. Dans ce contexte, le renforcement des filières de soins implique de réformer le mode de rémunération des établissements qui assument un rôle de tête de réseau dans le parcours des patients, ce qui est systématiquement le cas des CHU.

Les CHU ont toutefois optimisé leurs capacités d'hospitalisation par des suppressions de lits d'hospitalisation complète au profit des prises en charge en ambulatoire. Les progrès qui restent à accomplir pour améliorer leur performance résident principalement dans une progression de la productivité de leurs ressources humaines, notamment médicales.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 3. approfondir le dialogue de gestion entre les CHU et les ARS dans un objectif de meilleure maîtrise de l'évolution des charges (SGMAS et ARS) ;*
 - 4. objectiver le coût des contraintes de service public pesant sur les CHU financés en dehors de la T2A, notamment les activités d'intérêt général, et réformer le financement de la prise en charge des maladies rares en tenant compte d'une analyse des coûts engendrés par ces pathologies (DGOS).*
-

Chapitre III

Des marges de progrès en matière de gestion de la qualité

Les CHU sont perçus comme un lieu d'excellence médicale. Les patients sont attirés par des équipes médicales de premier plan, en pointe de l'innovation. Paradoxalement, cette situation ne se reflète pas dans les classements disponibles concernant la qualité des soins, ces classements ne mesurant pas la performance médicale mais essentiellement le management de la qualité et des risques (I). Ils ne se retrouvent pas davantage dans les enquêtes d'opinion auprès des patients, qui ne classent pas les CHU en première position parmi les établissements de soins (II). La constitution des GHT qui doivent mener une politique en matière de qualité pourrait être utilisée par les CHU afin de mieux se saisir de ce sujet (III).

I - Des CHU en retrait en termes de management de la qualité des soins

Tous les établissements de santé doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette dernière vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins d'un établissement¹⁷⁹. Dans sa version actuelle, la certification a pour objectif l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, elle est centrée sur le système de management de la qualité et la gestion des risques, avec des éléments d'investigation obligatoires sur des situations à risque. La certification ne porte pas sur les performances médicales qui fondent l'attractivité et la réputation des CHU, mais sur le respect de procédures et de normes d'organisation.

A - Des résultats de certification insuffisants pour certains CHU

La procédure de certification est élaborée et mise en œuvre par la HAS¹⁸⁰. Elle débouche sur une décision graduée en 5 niveaux¹⁸¹, qui donne une information sur le niveau de qualité et sur la dynamique d'amélioration engagée. Elle s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration concrétisée par un suivi régulier des établissements.

¹⁷⁹ Articles L. 6113-3 et suivants du code de la santé publique.

¹⁸⁰ Article L. 161-37 du code de la sécurité sociale et R. 161-74 du code de la sécurité sociale.

¹⁸¹ Certification (A), certification avec recommandation(s) (B), certification avec réserve(s) (C), décision de surseoir à la certification (D), non-certification (E).

Le contrôle de la sécurité des soins relève également des ARS qui veillent au bon fonctionnement des établissements et services de santé en termes d'effectifs, de permanence médicale, de qualification du personnel ainsi que sur les conditions d'installation et de fonctionnement des activités de soins. De plus, les établissements de santé ont l'obligation de déclarer les événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) aux ARS. Afin de disposer de données nationales, la HAS est désormais destinataire des EIGS et, à l'avenir, devra établir un rapport annuel¹⁸². Le premier rapport sera remis à la ministre de la santé en novembre 2018. Dans l'attente, la dernière enquête nationale disponible sur le sujet n'identifie pas de spécificités dans les CHU sur le sujet¹⁸³. De même, les échanges avec les ARS en cours de l'enquête ne révèlent pas de sujets de sécurité des soins propres aux CHU.

1 - Un quart des CHU non certifiés en A ou B

Au sein de l'échantillon¹⁸⁴, trois CHU sont certifiés avec des recommandations d'amélioration (B), les CHU de Tours, de Grenoble et de Poitiers¹⁸⁵. Deux CHU sont certifiés avec obligation d'amélioration (C), le CHU de Toulouse et celui de Clermont-Ferrand. Par exception, le site de la Conception de l'APHM est certifié en A et les autres sites de l'APHM en B. Les données de l'APHM et des autres CHU relèvent de deux versions différentes de certification, respectivement 2010 et 2014, qui ne sont pas comparables. Les résultats de l'APHM en version 2014 sont attendus.

À l'APHP, différentes situations cohabitent. Seuls les hôpitaux universitaires Henri Mondor sont classés en A. La plupart des groupes hospitaliers sont certifiés en B et quelques-uns en C (Hôpitaux Paris-Nord-Val-de-Seine, Hôpitaux universitaires Salpêtrière-Charles Foix, Paris-Ile-de-France-Ouest et Paris-Ouest). Quelques sites tels que Bichat, Beaujon et Bretonneau étaient jusqu'à récemment en sursis à certification (D), désormais certifiés avec obligation d'amélioration (C) en mars 2018.

La situation des établissements de l'échantillon reflète les difficultés des CHU à se hisser en haut du classement (A). Après la visite initiale, les démarches de certification dans les CHU débouchent plus fréquemment sur une certification en C avec obligations d'amélioration (47 % dans les CHU et 22 % dans les établissements de santé) ou sur un sursis à certification en D (11 % dans les CHU et 5 % dans les établissements de santé)¹⁸⁶.

Dans la dernière version de la certification (V2014), les établissements ne peuvent rester certifiés avec une obligation d'amélioration ou en sursis. Ils doivent mettre en œuvre des mesures de suivi qui visent à terme à les certifier en B ou A. Ces deux derniers niveaux sont atteints respectivement par 67 % et 6 % des CHU. Les démarches aboutissant à des certifications avec obligations d'amélioration (C) restent nombreuses (27 %), davantage que dans les établissements de santé (10 %)¹⁸⁷.

¹⁸² Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

¹⁸³ Études et résultats n° 761, *les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, viabilité et acceptabilité*, mai 2011. La fréquence des EIGS évitables n'est pas différente dans les CHU et les autres établissements de santé.

¹⁸⁴ Données HAS, juin 2018.

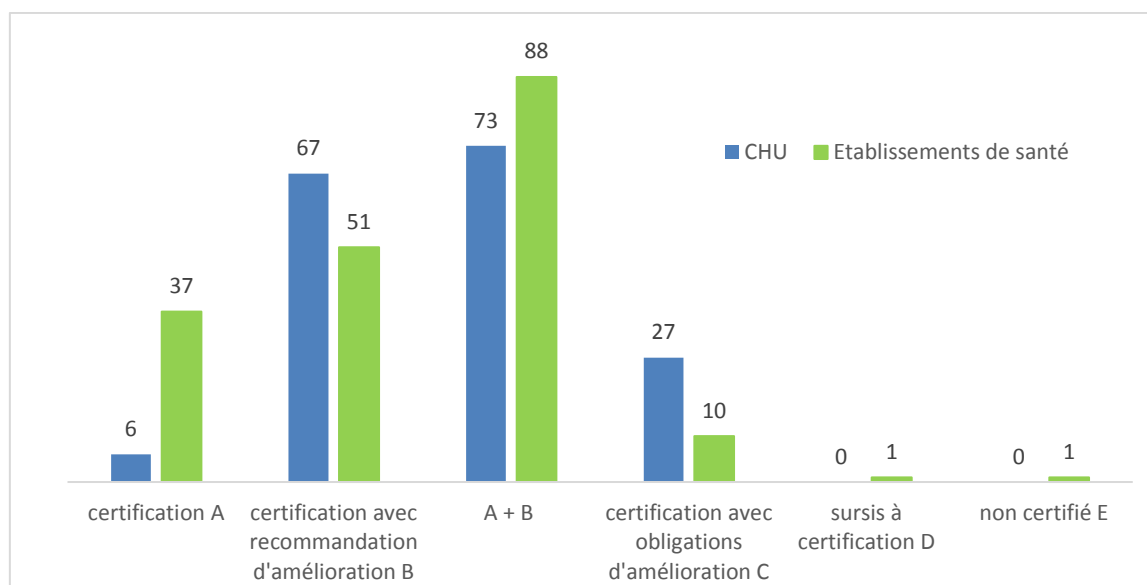
¹⁸⁵ Le site de Montmorillon rattaché au CHU de Poitiers figure à tort en C sur le site Scope santé. Ce site est classé en B. HAS, juin 2018.

¹⁸⁶ Données HAS au 4 septembre 2018.

¹⁸⁷ Données HAS au 4 septembre 2018.

Selon les dernières données disponibles¹⁸⁸, trois sites de CHU sont certifiés en A, trente sites de CHU sont certifiés avec recommandations d'amélioration (B), et 12 sont certifiés avec obligations d'amélioration (C). L'écart se creuse entre les CHU et les autres établissements de santé, avec un écart de 15 points entre les CHU certifiés en A et B et les autres établissements de santé. Un point d'amélioration néanmoins, avec la disparition des CHU en sursis à certification ou non certifié.

Graphique n° 39 : état des niveaux de certification par catégorie d'établissements, en %



Source : HAS, données au 4 septembre 2018

Certains CHU font valoir qu'un classement en B est satisfaisant. Il ne relève effectivement pas de risque qui justifierait pour la HAS de mettre en place un dispositif de suivi. Cette satisfaction traduit sans doute les efforts effectués par les communautés hospitalières pour lever certaines réserves révélées lors des visites initiales et obtenir une certification de niveau B. Elle peut cependant déconcerter des patients qui s'attendraient à trouver les CHU en A au regard du niveau médical des équipes. Un effort d'explication sur la portée de la certification pourrait éviter des incompréhensions.

Certains sites de CHU atteignent d'ores et déjà le niveau A, faisant figure de précurseurs (6 % des démarches) tels que l'hôpital Renée Sabran (HCL), Lyon Sud (HCL) et Henri Mondor (AH-HP). Des retours d'expérience de ces établissements pourraient permettre d'améliorer la situation des CHU moins bien classés.

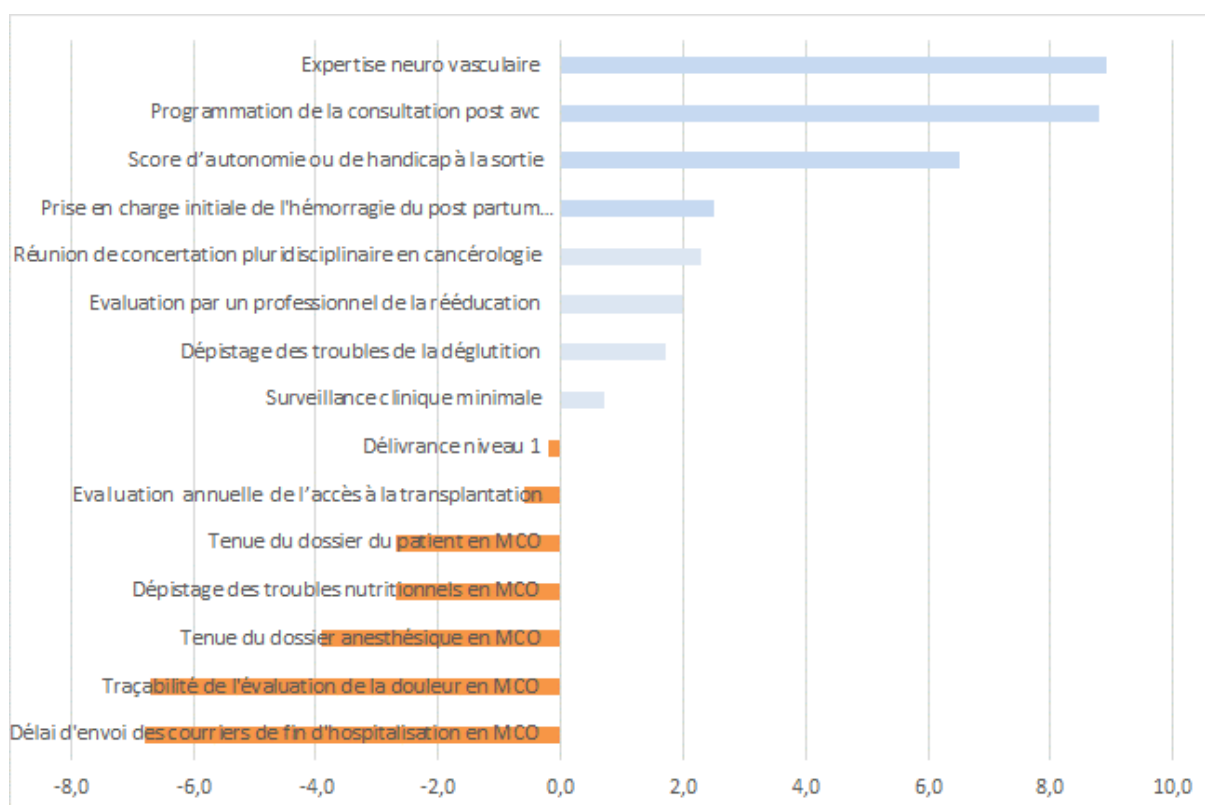
¹⁸⁸ HAS, données en version 2014 au 4 septembre 2018.

2 - Des points significatifs à améliorer

Les quatre thèmes les plus fréquents parmi les obligations et/ou recommandations d'amélioration sont le management des blocs, celui de l'endoscopie, des salles de naissance et la prise en charge médicamenteuse. Ces thèmes sont communs à l'ensemble des établissements¹⁸⁹.

L'analyse de quelques indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) en court séjour fait apparaître les points forts et points à améliorer dans les CHU. Parmi leurs points forts, des thèmes transversaux, l'arrivée des patients et la surveillance clinique minimale et des thèmes plus spécialisés tels que l'expertise neurovasculaire, le suivi post AVC, l'hémorragie du post-partum ou les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie. Ces données attestent de la performance des CHU, cohérentes avec leur positionnement en recours et référence.

Graphique n° 40 : écart à la moyenne nationale de quelques indicateurs de qualité et de sécurité des soins des CHU, en %



Source : Cour des comptes, données HAS au 31 janvier 2018

¹⁸⁹ Par ordre décroissant, les thématiques les plus fréquentes pour les CHU sont la prise en charge médicamenteuse, le management de la prise en charge du patient au bloc, le management de la prise en charge en endoscopie et le management de la prise en charge de la salle de naissance, suivies par le dossier du patient et les droits du patient. HAS, données au 1^{er} juin 2018.

Parmi les points d'amélioration figurent des sujets significatifs, parmi lesquels la délivrance de niveau 1, et de façon plus transversale, la tenue du dossier patient, le dossier anesthésique ou encore le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.

B - Un moindre niveau d'appropriation de la démarche qualité et de gestion des risques dans les CHU

Parmi les processus évalués par la HAS, ceux concernant la « qualité et gestion des risques » semblent moins appropriés dans les CHU que dans le reste des établissements, tous statuts confondus :

- 65 % des CHU atteignent les exigences de la HAS en matière de management de la qualité et des risques, alors que 75 % de l'ensemble des établissements de soins (ES) ayant une décision de certification en version 2014 l'atteignent ;
- 25 % des CHU sont visés par une recommandation d'amélioration (20 % de l'ensemble des ES ayant une décision de certification en version 2014) ;
- 10 % ont l'obligation de s'améliorer sur cette thématique (5 % de l'ensemble des établissements ayant une décision de certification en version 2014).

Ce constat est à nuancer si la comparaison est faite avec les seuls établissements publics.

Les CHU disposent pourtant d'équipes dédiées et plus étoffées que d'autres établissements de plus petite taille. Leur principale difficulté réside dans l'appropriation par les équipes sur le terrain et donc la mise en œuvre effective des organisations qualité prévues. La multiplicité des sites géographiques et l'existence de services cliniques très spécialisés qui structurent une démarche qualité et de gestion des risques spécifique, déconnectée de la démarche institutionnelle, peuvent expliquer ces difficultés. Ces raisons sont de nature à expliquer pourquoi les CHU rencontrent plus de difficultés à assurer un management institutionnel de la qualité et des risques que les autres établissements et contribuent à expliquer leurs résultats.

C - L'opportunité d'une démarche de certification spécifique pour les CHU

Le dispositif de certification est commun à l'ensemble des établissements, qui sont évalués sur la base d'un référentiel identique. Selon la HAS, ce dernier couvre aussi bien les soins de proximité que les soins de recours et de référence.

La HAS constate une corrélation négative entre les résultats de certification d'une part et les volumes de séjours et la diversité des activités d'autre part. Les établissements mono-prise en charge et mono-site bénéficient de meilleurs résultats que les établissements de taille plus importante, réalisant plusieurs types d'activités et disposant de multiples types de prises en charge et secteurs à risques. Pour expliquer cette situation, certains CHU mettent en avant les activités complexes qui leur sont réservées comme la transplantation d'organe ou la radiothérapie. Ces activités se traduisent par une multiplication des interfaces et donc des sources de risques.

Pour éprouver l'argument de la diversité des activités, les résultats des CHU ont été comparés à ceux d'établissements publics et privés ayant une activité de recours et de référence la plus proche possible de celles des CHU, en volume et diversité. Cette comparaison fait apparaître 24 % des établissements en A, 68,5 % en B, 5,5 % en C et 2 % d'établissements non certifiés (un établissement). Plus de neuf établissements sur dix (92,5 %) sont classés en A et B, soit 17,5 points de plus que les CHU (75 % dans les CHU)¹⁹⁰. Ces données tendent à montrer que la diversité de l'activité ne peut expliquer à elle seule la performance en retrait des CHU.

Les CHU mettent en avant d'autres éléments explicatifs tenant notamment au référentiel de certification, qui promeut un pilotage identifié et unique sur chacune des thématiques, parfois pénalisant pour les CHU adoptant un pilotage par pôle, à la complexité des organisations des CHU, moins réactives et adaptables, au nombre des professionnels à mobiliser ainsi qu'aux missions hospitalo-universitaires, en lien avec la complexité et le niveau d'exigence des soins de référence et de recours, à l'importance des professionnels médicaux et paramédicaux en formation au sein des CHU ou encore à l'imbrication des activités de soins et de recherche.

Face à ces éléments, les responsables de CHU interrogés font état de plusieurs positions allant d'une certification propre aux CHU au maintien d'une certification commune, néanmoins appliquée distinctement selon les établissements. Les tenants d'une certification distincte mettent en avant les surspécialités, les maladies rares, les techniques de pointe, parmi les spécificités justifiant d'un dispositif *ad hoc*. D'autres considèrent que les exigences en termes de qualité et sécurité des soins ne peuvent qu'être identiques dans l'ensemble des structures, ce qui justifie le maintien d'un référentiel commun. Dans ce cadre, les spécificités des CHU pourraient davantage être prises en compte par les experts-visiteurs de la HAS ou par des éléments de pondération distincts selon les établissements. La HAS n'est pas fermée à cette dernière proposition, tout en soulignant que sa mise en œuvre suppose de préciser les critères de pondération à prendre en compte.

La plupart des CHU constatent les limites de la certification pour leurs activités et souhaitent une évolution du référentiel de certification, avec un recentrage sur les points essentiels et incontournables de la sécurité du patient pour chaque prise en charge, laissant une plus large ouverture sur les modalités d'organisation internes des établissements pour atteindre le service médical attendu. La demande de référentiel propre exprime plutôt une aspiration des communautés hospitalo-universitaires à une plus grande « médicalisation » de la démarche qualité, plus proche de leurs préoccupations et de leurs activités, qui intégrerait les spécificités hospitalo-universitaires sous des formes qui restent à préciser. Une extension de la démarche du patient traceur¹⁹¹ pourrait constituer un élément de réponse. Si la perspective de la certification des GHT plaide pour le maintien d'un dispositif unique de certification, une plus grande souplesse paraît nécessaire pour mieux tenir compte des spécificités des CHU. Une évolution de la certification vers une plus grande médicalisation permettrait de davantage rendre compte des activités hospitalo-universitaires.

¹⁹⁰ HAS, données au 1^{er} juin 2018.

¹⁹¹ La méthode du patient traceur permet d'analyser collectivement et *a posteriori* le parcours d'un patient. En établissement de santé, l'analyse porte sur l'hospitalisation du patient, de l'entrée à la sortie, incluant les interfaces ville-hôpital. Patient traceur, juin 2017, HAS.

II - Des usagers moins satisfaits dans les CHU que dans les autres établissements de soins

Alors que la nécessité de mettre le patient « au centre du système de soins » est réaffirmée, la mesure de la satisfaction des usagers apparaît comme un indicateur important de la performance des établissements de santé. À cet égard, la situation des CHU paraît nettement en retrait.

A - Des indicateurs de satisfaction plutôt défavorables aux CHU

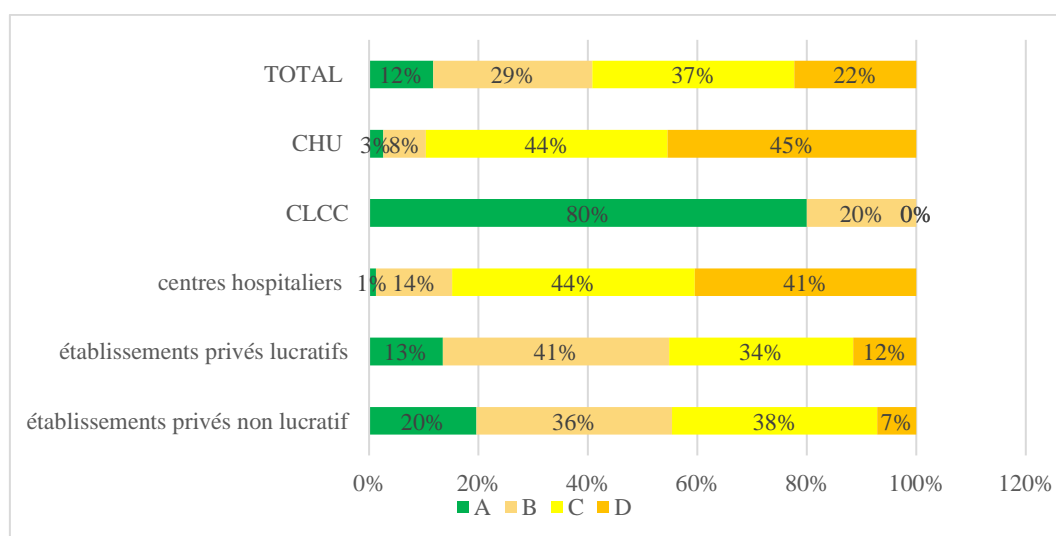
Depuis janvier 2015, la HAS pilote le dispositif national de mesure de la satisfaction des patients dans les établissements de santé (e-Satis), qui recueille l'expérience et la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Les résultats permettent aux établissements de se positionner les uns par rapport aux autres. Les résultats sont diffusés sous la forme de notes de satisfaction calculées sur 100 et d'un classement de A à D avec A>D. L'enquête est réalisée par entité géographique. En 2017, 1 465 sites relèvent de l'enquête, 1 101 ont participé et 623 sites ou établissements sont classés.

1 - Des CHU mal positionnés en termes de de satisfaction des patients

Au terme des deux premières campagnes nationales de mesure de la satisfaction, le classement n'est pas favorable aux CHU. Pour les établissements de l'échantillon, les sites de l'APHP, de l'APHM et des CHU de Clermont-Ferrand, de Grenoble, de Poitiers et de Tours sont classés en C ou D. Seuls trois sites du CHU de Toulouse figurent en A (Oncopôle) et B (sites de Purpan et Larrey).

Ces résultats illustrent la situation plus générale des CHU, dont 89 % des sites sont classés en C ou D (59 % pour l'ensemble des établissements de santé).

Graphique n° 41 : répartition des établissements selon la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine, chirurgie, obstétrique, en %



Source HAS, scores ajustés 2017

Les CHU se placent derrière les centres hospitaliers publics et les établissements privés. À noter la performance des CLCC, tous classés en A et B. Ces résultats sont néanmoins à relativiser car ils se fondent sur un nombre encore limité d'établissements participants¹⁹².

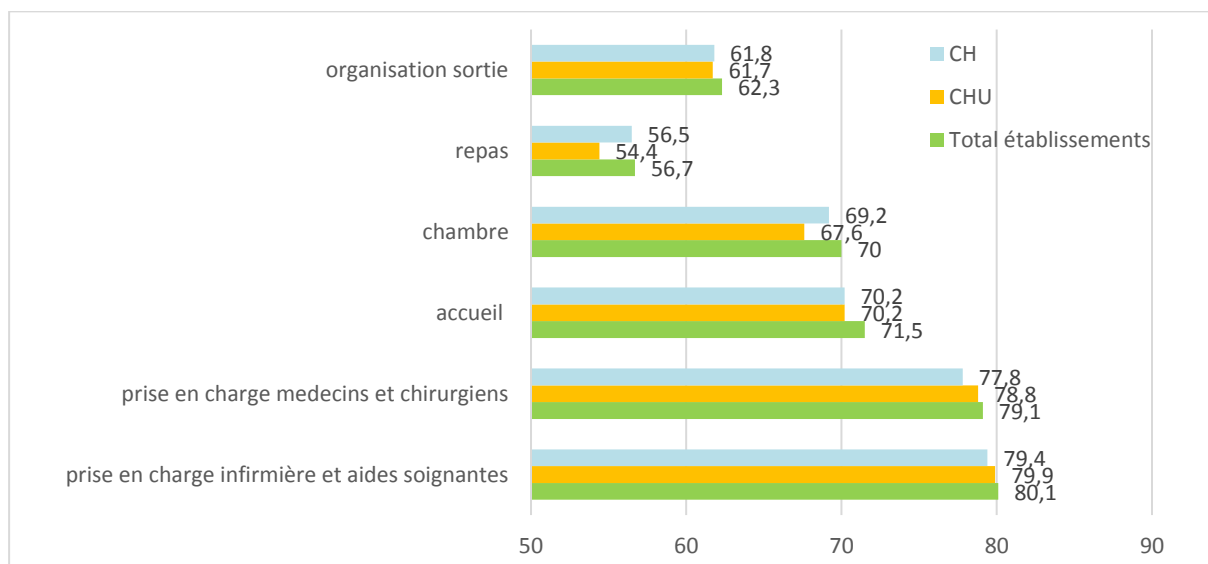
Entre 2016 et 2017, plus de deux tiers des sites n'ont pas changé de classe, 74 ont gagné au moins une classe et 45 ont perdu au moins une classe. Parmi ces sites, cinq sites de CHU ont amélioré leur classement (quatre sites classés en C et un en B) et 12 d'entre eux ont perdu une classe (10 sont désormais classés en D)¹⁹³.

La comparaison avec la liste des établissements publics ou privés dont les activités sont le plus proches possible de celles des CHU n'est pas favorable à ces derniers. 34 % des établissements sont classés en A et B, 47 % en C et 19 % en D. Les deux établissements placés en A sont l'hôpital Européen de Marseille (établissement privé à but non lucratif) et le centre hospitalier d'Aix « Reine Hortense » en Savoie (public).

2 - Des patients satisfaits des équipes soignantes et médicales, moins satisfaits de l'hôtellerie, de l'accueil et de l'organisation de la sortie

Les indicateurs concernant la prise en charge médicale et soignante dans les CHU sont proches de la moyenne des établissements de santé publics et privés, à un score élevé avoisinant les 80 %. Les difficultés des CHU tiennent notamment à l'hôtellerie (repas et chambre) et dans une moindre mesure à l'accueil et à l'organisation de la sortie.

Graphique n° 42 : composantes de la satisfaction des patients, moyenne par catégorie, en %



Source HAS, juin 2018¹⁹⁴

¹⁹² Parmi les 623 sites classés, 77 sites relèvent des CHU (sur 135 entités).

¹⁹³ HAS, *Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Campagne 2017*, Décembre 2017. Résultats complétés en juin 2018 pour les CHU.

¹⁹⁴ Données pondérées à l'activité produites par la HAS à la demande de la Cour afin d'assurer la comparaison entre établissements. 1026 entités géographiques participantes, dont 103 relevant des CHU. Juillet 2018.

Le CHU de Toulouse, qui est l'un des rares CHU ayant des sites classés A, explique cette situation par l'effort fait pour améliorer la qualité des locaux, rénovés en 2014, et par la réorganisation du circuit des patients opérée à cette occasion. Ces actions rejaillissent positivement sur les critères de l'accueil, de la chambre et des repas, que les patients choisissent. Alors que les repas servis sont identiques selon les sites, le taux de satisfaction va de 51 à 58 %. Ces variations pourraient s'expliquer par les différences de locaux et d'accueil qui influeraient sur l'appréciation de la qualité des autres prestations.

De ce fait, les résultats des sites hospitalo-universitaires sont à mettre en relation avec la vétusté de certains locaux, à l'instar du site de La Timone à Marseille. Ils peuvent refléter les difficultés des CHU à maintenir leur patrimoine immobilier au regard de leurs capacités d'investissement limitées et de la priorité donnée aux investissements liés directement aux activités médicales.

3 - Un dispositif qui doit être rendu plus robuste

Rendus publics sur le site « scope santé », ces indicateurs sont consultés de plus en plus fréquemment. Ils peuvent participer au choix d'un établissement pour les activités programmées. Dans un contexte de concurrence entre établissements, ils apparaissent comme des instruments d'attractivité.

La représentativité de l'enquête, qui n'en est qu'à sa deuxième édition, doit toutefois être confortée :

- les résultats reposent sur 125 000 réponses sur une population cible de plus de 4,8 millions de patients¹⁹⁵. Le score est calculé dès que 30 réponses complètes sont exploitables, avec un risque d'erreur limité selon la HAS, qui disparaîtrait à partir de 100 réponses de patients ;
- les patients sont sollicités par internet, ce qui peut introduire des biais entre les établissements selon les patientèles, leur caractère urbain ou rural, leurs conditions sociales voire leur âge¹⁹⁶ ;
- les données recueillies sont retraitées afin de tenir compte de deux variables explicatives du niveau de satisfaction du patient : la satisfaction du patient vis-à-vis de la vie en général et l'amélioration de son état de santé suite au séjour dans l'établissement. Mal expliqué ou compris, ce retraitement peut modifier le classement d'un établissement, ce qui alimente les interrogations à l'égard des indicateurs publiés ;
- le dispositif de contrôle qualité n'est pas encore mis en œuvre ;
- la mesure de la satisfaction des patients est encore partielle et ne porte que sur les disciplines de court séjour et les hospitalisations de plus de 48 heures. Elle ne sera étendue à la chirurgie ambulatoire qu'à partir de 2018.

¹⁹⁵ En 2017, 719 476 adresses de messageries ont été remontées à la plateforme nationale, ce qui représente 14,7 % de la population cible. Le questionnaire e-Satis a été rempli complètement par 124 628 patients (17,3 %).

¹⁹⁶ Au CHU de Tours, le taux d'adresses e-mail renseignées par les admissions varie entre 90 % pour le site de Clocheville (pédiatrie), 21 % environ sur le site de Trousseau et 11 à 15 % sur le site de Bretonneau (MCO).

B - Des usagers préoccupés par les enjeux d'accès aux soins

Au cours de l'enquête, la Cour a rencontré les représentants des usagers de différents CHU de l'échantillon. Leur connaissance des sujets locaux témoigne du souci d'association des directions des CHU à leur égard.

Leur première préoccupation est la qualité des soins. Outre les données nationales disponibles, les usagers rencontrés participent aux démarches locales d'amélioration¹⁹⁷, notamment dans le cadre de la commission des usagers¹⁹⁸.

Les recommandations de la commission des usagers pour améliorer la satisfaction des patients au CHU de Clermont-Ferrand

Au CHU de Clermont Ferrand, les sites Gabriel Montpied et d'Estaing ont été classés en D par la HAS. Le CHU considère ces résultats comme peu représentatifs, fondés sur le retour de 129 questionnaires pour le premier site et 119 pour le second.

Dans le prolongement de ce classement, la commission des usagers a été saisie, qui a dégagé trois recommandations d'amélioration concrètes : rappeler au personnel de nuit les consignes de discrétion dans le service d'obstétrique, formaliser l'organisation de la sortie des patients pour l'ensemble du CHU et mettre en place des actions d'amélioration de la qualité des repas servis aux patients.

La représentation des usagers est également assurée à l'échelle des GHT. La commission des usagers du GHT de la Vienne, qui regroupe des représentants de chaque établissement, s'est prononcée sur les axes transversaux au groupement, dont la politique qualité, le projet médical partagé et les différentes filières de soins¹⁹⁹. Les usagers ont insisté sur certains aspects, dont l'homogénéisation des méthodes de prise en charge de la douleur, qui ont été pris en compte.

L'accès aux soins sur les territoires est une source d'inquiétude pour les usagers, qui relaient des difficultés ponctuelles. Ils perçoivent les difficultés de recrutement auxquels sont confrontés certains établissements de santé et parfois certains CHU. Dans ce contexte, ils s'interrogent sur la possibilité pour les CHU d'épauler médicalement les établissements du GHT, dont certains sont parfois en grande difficulté pour assurer le fonctionnement courant des services de soins.

Outre la desserte des territoires, les usagers soulignent des délais parfois importants d'accès aux spécialités hospitalo-universitaires en consultation. Ce point a été expertisé plus particulièrement à l'APHM²⁰⁰.

¹⁹⁷ En 2017, pour préparer son projet d'établissement, le CHU de Tours a réuni à plusieurs reprises un forum citoyen, usagers ou non de l'établissement.

¹⁹⁸ Une commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé public et privé pour représenter les patients et leur famille par le décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé. La CUD remplace la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et dispose de compétences élargies.

¹⁹⁹ Procès-verbal du CDU du GHT de la Vienne de juin 2017.

²⁰⁰ Délais d'accès aux consultations et/ou praticiens par site hospitalier, APHM, juin 2018.

Les délais d'accès aux consultations dans les hôpitaux de l'APHM

Les délais d'accès aux consultations s'avèrent différents selon les hôpitaux, les spécialités voire les praticiens. Les délais sont indiqués en moyenne, hors urgences, prises en charge par surcroît sur le planning ou dans des délais proches.

À la Conception, les rendez-vous sont rarement fixés au-delà de 100 jours sauf exception (chirurgie plastique et réparatrice, urologie ; neurovessie et médecine interne et immunologie pour une première consultation). Les délais sont fréquemment inférieurs à 60 jours.

Dans les hôpitaux sud, le délai d'attente moyen est de 150 jours pour un rendez-vous en ophtalmologie (OPH) pour un enfant, 120 jours pour une consultation en cardiologie ou en endocrinologie, entre 90 et 120 jours en neurologie, en gériatrie ou pour un holter. Le délai peut être raccourci pour une première consultation (120 jours en OPH et endocrinologie et 21 jours en cardiologie). Les délais varient selon les médecins, entre 30 et 120 jours en rhumatologie.

À la Timone, certains pôles consultent à huit jours (Gériatrie SSR Thématique - GEST), d'autres à 15 jours (Anesthésie Réanimation centre - ARC). Les délais d'accès à certaines consultations en maladies infectieuses peuvent dépasser les 100 jours. Au sein du pôle neurosciences (hors consultations d'annonce en neuro-oncologie), les délais s'échelonnent entre 60 jours (neurochirurgie) et 300 jours (stéréotaxie), avec 153 jours pour la neurologie et pathologies du mouvement, 180 jours pour le centre de la douleur et 200 jours en neurophysiologie. Au sein du pôle pédiatrie, les délais sont particulièrement longs en endocrinologie (180 jours), en plastie, en neurologie et en pneumologie (120 jours), en gastroentérologie et en cardiologie (90 jours). En ORL enfants, les délais sont majoritairement supérieurs à 90 jours (6 praticiens sur 8), pouvant atteindre 120 jours (deux praticiens) voire 150 jours (un praticien). Par exception, un ORL consulte à 30 jours et un autre à 60 jours.

À l'hôpital Nord, l'accès à l'urologie et à la chirurgie digestive et générale est de l'ordre d'une semaine à deux mois. En revanche, pour une première consultation en OPH, les délais sont entre 6 à 8 mois pour quatre praticiens et les rendez-vous enfants, réduits à trois mois pour un médecin et deux mois pour quatre autres médecins. En dermatologie, l'accès à une première consultation va de quatre mois (un praticien), cinq mois (deux praticiens), six mois (sept praticiens) et neuf mois (un praticien) ; un praticien ne prend plus de nouveaux patients.

Difficiles à consolider, ces informations éclairent néanmoins la difficulté à accéder à certaines spécialités et surspécialités à l'APHM.

Ces données vont dans le sens d'une enquête IPSOS qui révèle une augmentation du délai d'accès aux spécialistes en ville de 13 jours en cinq ans, pour atteindre 61 jours (64 pour le dermatologue et 113 jours pour l'OPH)²⁰¹. Elles nécessiteront d'être confrontées aux résultats de l'enquête de la DREES sur les délais d'attente pour l'accès aux soins lancée en 2016, dont les résultats sont attendus²⁰². Elles soulignent l'opportunité pour les pouvoirs publics de se doter d'un observatoire qui objective de façon régulière les délais d'accès aux soins, dans une logique de parcours. L'accès aux consultations spécialisées dans les CHU, voire aux centres de maladies rares, constitue un point critique à apprécier particulièrement. Certains pays sont allés plus loin avec des objectifs de délais d'accès aux soins : Royaume-Uni, Irlande ou Suède. Une étude de faisabilité tirant les enseignements de l'enquête de la DREES permettrait d'avancer dans la création de cet observatoire.

²⁰¹ Observatoire de l'accès aux soins, IPSOS pour le cabinet JAMAL, mars 2017.

²⁰² DREES. *Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins*. Document de travail, série « Études et Recherches », n° 133, septembre 2018.

III - L'effet de levier attendu des GHT sur la qualité des soins

La création des GHT a créé un contexte propice à une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en provoquant une réflexion sur la réorganisation des filières de soins et l'amélioration de leur graduation dans les territoires. Les premières réalisations étudiées vont dans le sens d'une amélioration effective, comme le montre l'exemple de la réorganisation de la filière urgence du GHT de la Vienne. La situation est plus contrastée pour ce qui est de la certification.

A - Des CHU qui ne sont souvent pas les mieux placés en termes de qualité au sein des GHT

La participation des CHU à un GHT est le plus souvent présentée comme structurante pour les activités de soins et les activités support. Les conventions hospitalo-universitaires entre les CHU et les GHT incluent le plus souvent un volet d'appui méthodologique en matière de recherche, prenant acte des ressources particulières des CHU dans ce domaine.

Une telle démarche est envisageable en matière de qualité, les équipes des CHU étant plus développées et structurées. Certains CHU jouent un rôle moteur à cet égard, comme le montre l'exemple du CHU de Poitiers. Ce dernier regroupe aujourd'hui trois sites avec un niveau de certification homogène en B, dont l'un était en C lors de la fusion (Montmorillon).

Cet exemple ne peut toutefois pas être généralisé. Comme le montre le tableau ci-dessous, les CHU ne sont pas systématiquement les mieux classés en termes de démarches qualité au sein des GHT et sont souvent devancés par d'autres centres hospitaliers. Au surplus, il n'est pas certain que l'expérience des centres hospitaliers classés en A puisse servir aux CHU pour améliorer leurs résultats, compte tenu des différences entre ces établissements.

Tableau n° 42 : exemples de degré de certification des établissements dans deux GHT

| <i>GHT</i> | Certification en A | Certification en B | Certification en C | Certification en D |
|--|--|---|---|--------------------------------------|
| <i>GHT Alpes Dauphiné</i> ²⁰³ | CH Tullins CH Rives | CHU Grenoble Alpes CH La Mure CH Voiron CH Uriage | CH Alpes Isère St Egrève | |
| <i>GHT Territoires d'Auvergne</i> ²⁰⁴ | CH Bourbon l'Archambault CH Etienne Clementel | CH Montluçon CH Moulins Yzeure CH Neris les bains CH Thiers/Ambert | CHU Clermont- Ferrand CH Vichy Hôpital Coeur du Bourbonnais | CH Ainay le Chateau CH Issoire |

Sources : CHU de Grenoble, CHU de Clermont-Ferrand, juin 2018. En novembre 2018, le CH d'Ainay le Château apparaît classé en C sur le site de la HAS

²⁰³ Cinq établissements sur neuf ont eu une visite de certification en 2018, mais tous les résultats ne sont pas encore connus. CHU Grenoble, juin 2018.

²⁰⁴ En attente CH Billom, CH Mont d'Or, CH Riom.

B - Le rôle actif des CHU dans la préparation de la certification conjointe

À partir de 2020, les établissements de santé membres d'un GHT devront se doter d'un compte qualité unique en vue de leur certification conjointe²⁰⁵. Cette certification donnera lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement.

Sans attendre 2020, la HAS propose aux établissements membres d'un GHT de s'engager dans des visites synchronisées. Douze démarches synchronisées sont engagées dont 8 concernent des GHT. Des CHU sont établissements support pour quatre d'entre eux²⁰⁶. La certification synchronisée prépare les établissements à l'étape suivante de la certification conjointe.

Parmi les établissements de l'échantillon, le CHU de Tours participe de façon volontaire à cette démarche, avec les membres du GHT Touraine-Val-de-Loire (TVL), dont il est établissement support. Animée par le CHU, une réflexion a été engagée entre les établissements sur les risques inhérents au GHT. Fin 2017, les comptes qualité des établissements membres du GHT ont été transmis à la HAS, chacun comprenant une rubrique spécifique « GHT ». En avril 2018, la démarche de certification synchronisée a été lancée à Chinon, suivie des visites de certification des CH du Chinonais, de Luynes et de Loches d'avril à juin 2018. Les résultats sont attendus²⁰⁷.

Fin mars 2018, la HAS a ouvert une autre possibilité : les établissements de santé devant recevoir une nouvelle visite de certification en 2019 peuvent ainsi bénéficier d'un dispositif d'exception les dispensant de cette visite sous réserve de l'engagement des établissements du GHT dans une démarche de certification conjointe et solidaire entre juin 2020 et juin 2021. Huit des onze CHU concernés par le renouvellement de leur visite en 2019 sont engagés dans ce dispositif²⁰⁸. Cinq autres CHU en bénéficieront également entre mai 2020 et juin 2021²⁰⁹.

Très engagés dans ces démarches (17 CHU dont 4 démarches synchronisées et 13 démarches de certification conjointe), les CHU jouent un rôle important dans la préparation de la prochaine phase de certification sur les territoires.

Les modalités de la visite conjointe de certification ne sont pas encore validées par la HAS. L'innovation des GHT réside dans l'organisation de filières de soins graduées permettant des parcours de soins fluides et optimisés. La prochaine version de la certification devra intégrer cette nouvelle dimension territoriale. C'est l'un des trois objectifs retenus par la HAS pour la version 2020 du référentiel qui mettra en œuvre trois orientations : médicaliser et mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge, simplifier l'ensemble du dispositif de certification

²⁰⁵ Articles L. 6132-4 et R. 6132-20 du CSP. Décision du collège de la HAS du 20 avril 2016.

²⁰⁶ GHT TVL et CHU de Tours, GHT Loire et CHU de Saint-Etienne, GHT Somme Littoral Sud et CHU d'Amiens et GHT 10 et Hospices civils de Strasbourg.

²⁰⁷ État d'avancement de la certification synchronisée dans le cadre du GHT, Forum des Associations d'Usagers du CHRU de Tours, juin 2018.

²⁰⁸ CHU de Tours, de Bordeaux, de Limoges, de Poitiers, de Nantes, d'Angers, de Montpellier, de Nice.

²⁰⁹ CHU de Nancy, de Rennes, de Saint-Etienne, de Clermont-Ferrand et de Rouen.

et s'adapter aux regroupements d'établissements publics (GHT) et privés²¹⁰. La certification version 2020 pourrait être moins centrée sur les modalités de mise en œuvre des soins et davantage sur les soins eux-mêmes, dans une logique de parcours de santé.

À moyen terme, les GHT ouvrent de nouveaux champs d'investigation à l'évaluation de la qualité des soins notamment pour les parcours de soins et l'articulation entre professionnels de santé. Ils font de la qualité des soins un enjeu de territoire, appelant une réponse collective des acteurs et une adaptation du dispositif de certification à cette nouvelle échelle. Une certification intégrant les parcours de soins serait cohérente avec les projets médicaux partagés et l'organisation de filières de soins. Les CHU jouant un rôle central dans les filières de soins, leur rôle le sera tout autant dans une certification renouvelée à l'échelle des GHT, qu'ils préparent déjà activement.

IV - Des démarches qualité à conforter

Pour les patients, la performance médicale et l'accès à l'innovation sont au cœur du choix d'un établissement. Aucun indicateur ne vient directement répondre à ces préoccupations, à la différence de certains pays qui, comme la Suède, produisent des indicateurs en termes d'objectifs de taux de guérison.

Au niveau national, les orientations générales de la SNS contribuent à l'amélioration des soins, au travers du développement de l'ambulatoire (la situation des CHU dans ce domaine est abordée précédemment) ou de la politique d'amélioration de la pertinence des soins, commune à l'ensemble des établissements de santé. L'enquête s'est centrée sur un volet encore optionnel de cette politique, celui de la pertinence des actes médicaux.

A - Une faible visibilité sur la pertinence des actes dans les CHU

La politique d'amélioration de la pertinence des actes portée conjointement par la DGOS et l'assurance maladie concerne encore peu les CHU. Elle repose notamment sur l'appréciation du recours à certains actes sur un territoire.

1 - Une politique récente centrée sur les territoires et quelques actes parmi les plus courants

Étendue en 2011 à l'hôpital, cette politique privilégie les actions sur les actes réalisés en nombre important (supérieurs à 20 000 séjours), présentant des fortes dynamiques de progression et des variations régionales significatives en termes de taux de recours.

²¹¹ Amygdalectomie, appendicectomie, césarienne, chirurgie bariatrique, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du syndrome du canal carpien, cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire, hystérectomie.

L'atlas national des variations des pratiques médicales (2016) a retenu dix thématiques²¹¹. Parmi celles-ci, aucun des actes ne relève de l'activité de recours et de préférence des CHU.

Ces priorités nationales sont ensuite déclinées régionalement par les ARS dans le cadre de plans d'action régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)²¹² et contractualisées avec les établissements de santé via des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des Soins (CAQES)²¹³. Parmi les contrats transmis par les CHU de l'échantillon, aucun ne comprend de volet « pertinence des actes », à l'exception du CAQES signé par le CHU de Poitiers en 2018. Ce dernier l'oblige à conduire une revue de pertinence des amygdalectomies (en cours), au regard d'un sur-recours relatif constaté dans le PRAPRAPS de Nouvelle Aquitaine.

2 - Des atouts hospitalo-universitaires à mobiliser au service de la pertinence des actes

Peu concernés par la politique nationale de pertinence des actes, les CHU mènent toutefois des démarches internes dans ce sens, par exemple dans le cadre de revues de mortalité et de morbidité (RMM) et des comités de retours d'expérience (CREX). Ces démarches sont au confluent des missions de soins, d'enseignement et de recherche. Ponctuellement, les ARS sollicitent l'appui des spécialistes des CHU en matière de pertinence des actes²¹⁴. Plus largement, les personnels hospitalo-universitaires contribuent activement à l'amélioration des pratiques médicales, dans le cadre de leur triple mission, dans les CHU ou les sociétés savantes.

Outre la double expertise médicale et méthodologique de leurs équipes, les CHU disposent de deux atouts supplémentaires en matière de pertinence des actes : leur rôle dans la formation des futurs médecins et leur positionnement au sein des GHT.

Les personnels hospitalo-universitaires encadrent la formation des futurs médecins, ils les forment en partie dans leurs services, ils leur diffusent les derniers résultats de la recherche et, en tout état de cause, ils valident leurs études. Par ces actions, ils jouent un rôle moteur en matière de pertinence des actes, qui pourrait être amplifié au sein des GHT. Lorsque les GHT sont constitués autour d'un CHU à l'échelle d'une région, par exemple le GHT Limousin autour du CHU de Limoges ou d'un département par exemple la Vienne et le CHU de Poitiers, les CHU peuvent assurer un appui méthodologique à l'amélioration de la pertinence des actes, voire contribuer à la structuration d'une politique de territoire dans ce domaine, sous réserve des établissements privés non participants au GHT.

²¹¹ Amygdalectomie, appendicectomie, césarienne, chirurgie bariatrique, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du syndrome du canal carpien, cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire, hystérectomie.

²¹² Instauré par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

²¹³ Article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Le CAQES regroupe plusieurs contrats préexistants, le contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBU), le contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, la liste des produits et prestations et les dépenses de transport, le contrat de pertinence des soins, le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES).

²¹⁴ Le CHU de Tours a été sollicité en 2015 et 2016 par l'ARS dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017 pour travailler sur la pertinence des actes dans les domaines de la chirurgie du rachis, de la chirurgie bariatrique et du réseau périnatalité pour les césariennes programmées.

La perspective d'un plan d'amélioration de la pertinence des soins commun au GHT apparaît intéressante à la plupart des CHU de l'échantillon. Un tel plan permettrait de valider le positionnement de chaque établissement dans la graduation des soins proposés aux patients et de consolider les parcours de soins au sein du GHT. La production de ce plan d'amélioration nécessite un travail préalable important car il doit s'appuyer sur un projet médical partagé qui décrit précisément les parcours des patients.

B - Le cloisonnement de l'évaluation des missions hospitalo-universitaires

L'évaluation de la triple mission des CHU relève de deux organismes, la HAS pour les soins et le HCERES pour l'enseignement et la recherche.

Dans son précédent rapport sur les CHU²¹⁵, la Cour a souligné les lacunes de l'évaluation à laquelle procède le HCERES :

- en matière de recherche, l'évaluation reste en-deçà des exigences applicables aux laboratoires de recherche, avec un comité de visite constitué d'acteurs du monde des CHU, une analyse des résultats essentiellement quantitative, laissant peu de place à l'évaluation de la qualité de la recherche et de son impact sur l'amélioration des soins et des rapports qui ne se prononcent pas sur la qualité du continuum recherche fondamentale-recherche clinique ;
- en matière d'enseignement, l'évaluation reste encore expérimentale, limitée aux enseignements théoriques assurés à l'université, à l'exclusion des stages hospitaliers et du troisième cycle des études médicales qui se déroulent en établissements de santé, sous l'autorité de l'université.

Le rapprochement des travaux du HCERES et de la HAS font apparaître des différences d'approche. Les travaux du HCERES portent davantage sur les résultats tandis que ceux de la HAS portent principalement sur les processus, le management et la gestion des risques.

Leurs travaux ne sont pas mis en relation, en particulier sur certains critères à l'interface des soins et de la recherche. Les stages hospitaliers ne sont pas évalués ni en terme de pertinence de la formation ni en terme d'impact sur les soins, alors que la présence de personnels en formation dans les CHU impacte nécessairement les soins (examens, prescriptions, etc.). La Cour a préconisé de renforcer l'évaluation des formations médicales en étendant les évaluations du HCERES à la formation pratique des étudiants et des internes.

Les trois missions d'enseignement, de recherche et de soins sont imbriquées alors que leur évaluation est cloisonnée, sans échange entre les organismes évaluateurs. Le rapprochement des méthodes et des constats, ainsi que la synchronisation des démarches d'évaluation par la HAS et le HCERES paraît nécessaire pour s'assurer que l'ensemble des missions hospitalo-universitaires sont évaluées et disposer d'une vision consolidée de leurs performances.

La synchronisation des calendriers, le partage des méthodes d'évaluation, l'adaptation des contenus et l'appréciation de l'impact de la recherche sur l'amélioration de la qualité des soins sont autant de pistes à approfondir pour mieux coordonner l'action de ces deux autorités.

²¹⁵ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Alors que les CHU sont présentés comme un lieu d'excellence médicale, ils ne figurent pas parmi les meilleurs établissements au regard de la certification de la qualité des actes mise en œuvre par la Haute autorité de santé. Cette procédure vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins d'un établissement. Dans sa version en vigueur, elle est centrée sur le système de gestion de la qualité et la gestion des risques et n'aborde pas les performances médicales. Au terme de cette procédure visant le respect des normes d'organisation et de fonctionnement, un quart des CHU ne sont pas certifiés dans les deux notes maximales (A ou B). Ainsi, deux CHU (ceux de Clermont-Ferrand et de Toulouse) sont certifiés C avec une obligation d'amélioration. À l'APHP, différentes situations coexistent : seuls les hôpitaux universitaires Henri Mondor sont classés en A ; la plupart des groupes hospitaliers sont classés en B et quelques-uns en C (Paris Nord-Val de Seine, Salpêtrière-Charles Foix, Paris-Ile-de-France-Ouest, Paris-Ouest). Quelques sites comme Bichat, Beaujon et Bretonneau, récemment en sursis avec une certification D, sont certifiés C depuis mars 2018, avec obligation d'amélioration. Si cette situation s'explique en partie par le fait que les classements ne prennent qu'imparfaitement en compte les spécificités des CHU, elle s'explique aussi par des difficultés d'appropriation de cette démarche, dans laquelle d'autres établissements de santé sont entrés de manière plus précoce.

Ce classement défavorable se retrouve dans les sondages relatifs à la satisfaction des patients. Les CHU n'y figurent pas aux meilleures places, notamment en raison de la dégradation des conditions d'accueil. L'appréciation des usagers concernant les CHU est également marquée par les délais d'accès aux soins, particulièrement élevés dans certains établissements.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 5. rendre plus robuste l'indicateur de satisfaction des usagers (augmentation du seuil de calcul, amélioration de la qualité de l'échantillonnage, mise en place des contrôles qualité...) afin de pouvoir l'étendre rapidement aux disciplines encore non couvertes (SSR, psychiatrie) et d'en faire un véritable instrument de pilotage des établissements (HAS) ;*
 - 6. créer un observatoire de l'accès aux soins qui rendrait publics chaque année les délais d'accès aux soins dans les établissements de santé afin de les objectiver et de réduire les inégalités d'accès (DGOS) ;*
 - 7. mettre en place une organisation coordonnée de l'évaluation des CHU par la HAS et le HCERES (ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation).*
-

Chapitre IV

Des coopérations territoriales insuffisamment homogènes et structurées

Avec 30 CHU répartis en 41 entités juridiques, la France se caractérise par un système hospitalo-universitaire plus éclaté que certains de ses voisins. On y compte ainsi 1,6 million d'habitants pour un établissement contre 2,5 millions en Allemagne et 2,1 millions aux Pays-Bas. Contrairement à ce qui est le cas dans certains pays étrangers (Suède, Irlande...), les CHU français n'ont pas de compétence en matière d'organisation territoriale des soins. Pourtant, en raison de leur rayonnement et de leur place dans la gradation des soins, ils exercent nécessairement une influence sur l'offre de soins. Celle-ci est aujourd'hui inégalement effective selon les territoires (I). Elle est également en voie de structuration aux niveaux régional et supra-régional, où les CHU sont amenés à coopérer entre eux (II).

I - Les CHU et la structuration territoriale de l'offre de soins : une contribution inégale selon les territoires

En termes de soins, le rôle des CHU porte à la fois sur l'accueil de proximité et sur la fonction de recours, tant technique que géographique. Cette dernière mission se conçoit comme une admission du malade en seconde intention, du fait de la difficulté technique du diagnostic ou du traitement, du besoin d'un équipement ou d'une spécialité, ou de la lourdeur des pathologies accueillies (voir le chapitre I). Les CHU participent donc à la gradation des soins, telle qu'elle était présentée notamment dans le SROS et dans le SIOS, puis dans le Schéma régional de santé (SRS), et dans la structuration des filières de soins de leur territoire. La constitution des GHT a effectivement mis la place des CHU en évidence, au sein de leur GHT comme dans les GHT partenaires. Les CHU assurent un double rôle de structuration de la coopération territoriale : ils ont, logiquement, été désignés établissements supports de leur propre GHT, mais ils sont également signataires de « conventions d'association » avec l'ensemble des GHT de leur subdivision d'internat, au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3 du CSP. Les subdivisions d'internat sont inscrites dans des interrégions comportant au moins trois CHU²¹⁶.

²¹⁶ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

Avec la loi HPST du 21 juillet 2009, les SROS sont devenus des « schémas régionaux d'organisation des soins » (et non plus sanitaires). Aujourd'hui, le SRS préparé par l'Agence régionale de santé (ARS) doit fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs pour les activités de soins et équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation, énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de la santé publique (CSP). Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) prévus aux articles D. 6121-6 et suivants du CSP doivent être formalisés de façon chiffrée. Pour les EML, par exemple, cela concerne non seulement le nombre d'implantations mais également le nombre d'appareils. Les OQOS doivent être comptabilisés au niveau de l'entité géographique qui correspond au lieu de réalisation de l'activité de soins ou de détention de l'EML et non de l'entité juridique, cette dernière pouvant couvrir plusieurs lieux géographiques. Les OQOS doivent être fixés au niveau du ou des différents zonages donnant lieu à la répartition des activités de soins et EML soumis à autorisation.

A - La contribution des CHU au projet régional de santé : un rôle à préciser

Créées par la loi HPST, les ARS ont pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elles sont compétentes sur le champ de la santé dans sa globalité : de la promotion de la santé et la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Elles sont aussi en charge de la veille et de la sécurité sanitaires (qualité de l'environnement, contrôle des établissements, veille épidémiologique...), de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé ou des structures d'accueil médico-social.

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a affiché l'objectif de simplifier le projet régional de santé (PRS) et d'en améliorer l'approche transversale, au profit de l'organisation des parcours de santé. Les traditionnels schémas « prévention, SROS, SROMS pour le médico-social », ont laissé la place à un schéma unique, le SRS. Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) demeure comme le seul et unique programme du PRS. L'ensemble s'inscrit dans un cadre d'orientation stratégique (COS). Le PRS, réformé (de deuxième génération), est donc désormais constitué :

- d'un COS qui remplace le plan stratégique de santé et détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à l'horizon de 10 ans ;
- d'un SRS, désormais unique, établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, les prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ;
- et d'un PRAPS qui décline les objectifs opérationnels du SRS dans leur composante « réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies », à échéance de 5 ans.

Les PRS installés en 2018 par les ARS, ou en cours d'installation, doivent donc répondre à de nombreux enjeux stratégiques :

- réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé : améliorer l'accès à la prévention et aux soins ; renforcer la coordination, la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge ainsi que l'organisation des parcours ;
- indiquer les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours ;
- fixer pour chaque zone les OQOS et EML, les créations et suppressions d'activités de soins, les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux ;
- définir l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population.

Les PRS renouvelés s'accompagnent d'une refonte des logiques territoriales :

- les territoires de santé sont supprimés au profit de territoires de démocratie sanitaire qui sont délimités par l'ARS à l'échelle infrarégionale ;
- sur chacun de ces territoires, le directeur général de l'ARS constitue un conseil territorial de santé qui remplace la conférence de territoire.

La composition du conseil territorial de santé est fixée par arrêté. Il comporte une formation spécifique organisant l'expression des usagers en intégrant les personnes en situation de précarité ou de pauvreté. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

Un suivi annuel de la conception et de la mise en œuvre de ces plans d'action doit être réalisé. Il assure la visibilité de ces actions et de leurs résultats. Le suivi des plans d'action s'appuie sur des indicateurs dits de réalisation ou de moyens. Ce suivi régulier des plans d'action s'effectue au niveau régional et sur les territoires.

L'évaluation du PRS est réalisée au bout de 5 années pour le SRS et le PRAPS, en cohérence avec les objectifs stratégiques du COS. Des indicateurs cibles, correspondant aux attendus du COS, du SRS et du PRAPS et permettant d'en évaluer les résultats et les impacts, sont élaborés en concertation avec les partenaires institutionnels et la démocratie sanitaire. L'évaluation des objectifs stratégiques, généraux et opérationnels, vise à formuler des recommandations pour l'élaboration du SRS et du PRAPS suivants et, le cas échéant, à faire évoluer le COS.

La définition des questions évaluatives doit être réalisée également de façon concertée. Ces questions permettent d'interroger les attendus essentiels du PRS, en lien avec ses enjeux, et de tirer les enseignements de la conduite du projet. L'évaluation peut faire appel à des méthodes quantitatives, mais aussi qualitatives, pour connaître le ressenti des acteurs au regard de la mise en œuvre du PRS.

Pour autant, les modalités de la contribution des CHU aux PRS ne sont pas spécifiées, alors même que le SRS fait appel à de nombreuses compétences des CHU puisqu'il s'intéresse à « l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé » du territoire de l'ARS, mais aussi aux objectifs de santé publique que sont « la prévention, la promotion de la santé, la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles ou l'accompagnement médico-social ».

Les CHU interviennent ainsi dans les vigilances sanitaires (pharmacovigilance, biovigilance, matériovigilance, hémovigilance) et dans la résolution des situations sanitaires exceptionnelles. Mais ils ne sont pas impliqués par les ARS dans la « surveillance et l'épidémiologie territoriales », ni, en tant qu'effecteurs potentiels, dans la mise en œuvre de la prévention. Les équipes de CHU pourraient non seulement représenter des experts et des référents en prévention de l'ARS, aux côtés des organisations concernées (pôle régionaux de santé, associations...) mais aussi être impliquées ou associées dans les dispositifs de mise en œuvre de la prévention ou dans la mise en place des contrats locaux de santé (CLS), comme le sont déjà certains, tel le CHU de Grenoble qui s'est engagé, dans le cadre du CLS, dans de nombreuses actions dans le domaine de la prévention et du soin pour les populations fragiles. Dans avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention (publié le 24 septembre 2018), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) propose pour première mesure que l'ARS « confie aux offreurs de soins la réalisation de 8 missions essentielles de prévention » et de les inscrire dans les projets d'établissements, les projets de santé des équipes de soins primaires, des maisons pluri-professionnelles de santé, des centres de santé et dans les projets médicaux partagés définis au sein des groupements hospitaliers de territoire » (deuxième mesure). Le HCSP souhaite de plus que ces missions puissent être « prises en compte dans la certification des établissements de santé » pour ce qui est de la santé des équipes de soins.

Le pôle de santé publique de certains CHU peut déjà assumer cette approche territoriale de la santé des populations en lien avec d'autres pôles médicaux ou d'autres spécialités, à l'instar du CHU de Clermont-Ferrand. Son service de santé publique universitaire participe au suivi des inégalités sociales de santé des étudiants. Dans le cadre de la surveillance régionale, avec le Centre d'étude des malformations congénitales en Auvergne et le réseau de santé périnatal d'Auvergne, coordonnés respectivement au niveau des services de génétique médicale et de gynécologie-obstétrique du CHU, il contribue aux missions de l'Observatoire régional de santé (ORS) et à la surveillance de certains indicateurs. Le département d'information médicale du CHU fournit également à l'ORS des données issues du PMSI. Plusieurs praticiens (PU-PH ou PH) sont membres du conseil scientifique de cet observatoire et participent à ce titre aux réflexions de cette instance. De la même façon, le pôle de santé publique du CHU de Grenoble est impliqué dans des projets de recherche dans le domaine de la prévention et de la surveillance épidémiologique, en lien avec les laboratoires de recherche fondamentale et translationnelle du site universitaire grenoblois, une des thématiques phares étant la santé environnementale.

L'approche territoriale de la santé des populations par les CHU gagnerait à être systématisée pour compléter utilement, par l'approche préventive, l'action curative classique d'un établissement de soins. Le rôle de « formateur innovant » du CHU dans le domaine de la prévention, au service des objectifs de l'ARS, pourra ainsi s'exercer à l'occasion de la mise en place du nouveau « service sanitaire » des étudiants en santé, et ce, dès la rentrée universitaire 2018-2019. Le service sanitaire a engagé en septembre près de 47 000 étudiants en santé (futurs médecins, infirmiers, maïeuticiens...) et représente un levier pour la formation (pendant trois mois dédiés) à la prévention primaire ou l'éducation à la santé. Il replace ainsi l'Université et le CHU sur le chemin de la santé publique, de la formation à la prévention et au bien-être.

Les CHU forment les futurs professionnels de santé du territoire de l'ARS et sont les seuls à pouvoir répondre, à ce titre, aux « prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels » précisés dans le PRS. Le rôle d'interlocuteur territorial privilégié des CHU pour les ARS dans la formation des futurs professionnels de santé y trouve naturellement sa place.

B - Des instruments de coopération multiples entre les CHU et les autres établissements de leur territoire

1 - Des GHT qui ont doté les CHU d'instruments de coopération nouveaux dans leurs territoires de référence

Depuis la mise en place obligatoire des GHT créés par la LMSS, les CHU sont entrés dans la nouvelle logique de l'organisation des soins de leur territoire. Ce dispositif a été complété, en 2017, d'un nouvel outil de remaniement de cette organisation avec l'autorisation de dissolution des groupements de coopération sanitaire (GCS) devenus éventuellement sans objet. La coopération territoriale est proposée aujourd'hui comme un levier primordial de transformation²¹⁷ pour relever des défis aussi variés pour le système de santé que la complexification et le décloisonnement des parcours des patients, l'attractivité médicale, le développement de la recherche, la transformation numérique, l'accès aux plateaux techniques, ou l'amélioration des prestations logistiques et hôtelières. Le cadre juridique offert à la coopération territoriale devrait donc répondre aujourd'hui au large spectre des réalités de terrain : renforcement de la coopération hospitalière publique, coopération mixte entre établissements de santé publics et privés, partenariats entre offreurs sanitaires et offreurs médicosociaux, lien avec les soins de ville²¹⁸... Les situations observées montrent, cependant, un processus inégalement abouti, voire des résultats décevants.

Aux termes de l'article 107 de la LMSS, les GHT ont « *pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ». Ils sont conçus également comme vecteurs de rationalisation des modes de gestion, par la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements. Ils deviennent obligatoires pour tous les établissements publics de santé (EPS), avec des conditions spécifiques pour les CHU. Sans personnalité juridique, les GHT sont régis par une convention constitutive qui précise la gouvernance mise en place. Le comité stratégique, présidé par le directeur de l'établissement support du GHT, adopte son règlement intérieur. Il comprend les directeurs, les présidents des commissions médicales des établissements des EPS concernés (qui peuvent proposer ensemble une commission médicale de groupement), les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi que le président de la commission médicale de groupement ou du collège médical lorsqu'ils existent, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire et le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale. Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé (PMP) du GHT.

Le comité territorial des élus locaux du territoire du GHT ne participe pas au comité stratégique. Il se réunit au moins une fois par an, soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres. Il est uniquement chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

²¹⁷ Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie de transformation du système de santé*, « Repenser l'organisation territoriale des soins », 13 février 2018.

²¹⁸ Voir notamment : Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*.

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT a encadré dans le temps l'écriture du PMP : la définition des objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée devait être arrêtée au 1^{er} janvier 2017, le PMP complet au 1^{er} juillet 2017. Les CHU, en tant qu'établissements supports de leur GHT, contribuent à l'écriture du PMP qui constitue un des volets de la convention constitutive du GHT²¹⁹.

Le décret précité impose, de plus, la mutualisation obligatoire de fonctions support : système d'information hospitalier (SIH), fonction achat, coordination des écoles et des formations, DIM de territoire qui analyse l'activité de tous les EPS du GHT. À titre facultatif, les établissements parties peuvent déléguer au GHT la gestion d'équipes médicales communes, la création de pôles inter-établissements, la gestion d'activités administratives, logistiques, techniques et médicotechniques, l'organisation commune de la biologie, de l'imagerie ou de la pharmacie (liberté de définition des modalités du travail réalisé en commun).

Un premier rapport, préliminaire, de la DGOS sur les recompositions hospitalières, réalisé pour le Parlement à partir de données actualisées au 31 décembre 2017, fait état de vingt-neuf GHT incluant un CHU ou un CHR²²⁰ parmi les 135 GHT répartis sur le territoire national et qui réunissent en tout 891 établissements publics. Une majorité de GHT (126) ne comporte donc aucun CHU mais a cependant l'obligation de signer une convention d'association avec un CHU. En dehors des GHT, le rapport analyse trois autres types d'opérations de recombinaison emblématiques du contexte actuel de l'offre hospitalière de soins : les GCS, les directions communes, les fusions.

2 - La territorialisation croissante des équipes hospitalières

Les GHT offrent également une dynamique nouvelle aux praticiens et aux soignants en général : la territorialisation des équipes est porteuse de mobilité et de modularité dans l'exercice des professions. Les GHT permettent, dans le meilleur des cas, une redistribution des activités de soins entre les établissements constitutifs du GHT, permettant l'optimisation de l'utilisation des moyens humains ou des ressources, et favorisent donc l'efficacité et la performance ainsi que la « spécialisation » des filières de prise en charge, avec à la clé qualité, sécurité des soins et un meilleur contrôle possible de la pertinence (cf. chapitre III du présent rapport). La constitution d'une équipe territoriale des urgences par le CHU de Poitiers sur tout le GHT de la Vienne est, à cet égard, exemplaire.

Par ailleurs, les projets médicaux et de soins partagés constituent un véritable référentiel de prise en charge pour organiser le travail d'équipe et la collégialité. Une prise en charge hospitalière territorialisée peut favoriser ainsi une meilleure prise en charge du patient, selon différentes modalités à définir par les professionnels eux-mêmes. Ces équipes de territoire sont destinées à harmoniser les pratiques entre les établissements parties au GHT et à mutualiser les expertises²²¹. Le rôle du CHU, comme « organisateur » de la qualité et de la sécurité des soins, est crucial dans ce cas, notamment par le travail de recherche sur les bonnes pratiques. En effet,

²¹⁹ I. de l'article R. 6132-1 du code de la santé publique.

²²⁰ Source : ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au parlement sur les recompositions annuelles 2017*.

²²¹ Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*.

la recherche clinique améliore significativement la prise en charge des soins. Plusieurs études démontrent sans équivoque que les patients inclus dans un protocole de recherche ont de meilleurs résultats que ceux qui ne le sont pas. Le bénéfice pourrait provenir de la systématisation et de la meilleure standardisation des soins « protocolisés »²²². De ce point de vue, il peut être avancé que le maintien d'une recherche centrée sur les soins courants et portée, voire coordonnée, en de multiples sites sur un territoire par des équipes médicales « de proximité » venant des CHU, est de nature à permettre de conserver des professionnels toujours plus engagés dans une activité clinique de qualité.

Les modalités de la coopération territoriale du CHU sont nombreuses : praticiens ou assistants partagés, mises à disposition, consultations avancées, constitution d'équipes territoriales, mise en place de protocoles communs, conférences hospitalo-universitaires, fédérations médicales inter-hospitalières.

Au CHU de Clermont-Ferrand, le temps médical partagé représente 52,92 ETP qui concernent 45 établissements du GHT du CHU et l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales de l'ancienne région Auvergne.

Au CHU de Tours, les coopérations se sont bâties d'une part par la constitution de filières de prise en charge dans le cadre du projet régional de santé 2012-2017 puis dans l'élaboration de parcours de santé dans le cadre des projets médicaux partagés des GHT. À ce titre, le CHU participe à la constitution de filières spécifiques pour les patients polyopathologiques gériatriques, les patients nécessitant des soins palliatifs, les patients relevant de la chimiothérapie, les patients relevant d'une prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou encore les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral. Cette démarche s'est adossée à la mise en place, à partir de novembre 2015, de conférences hospitalo-universitaires, par discipline médicale, sous l'impulsion conjointe de l'ARS, du CHU, de la faculté de médecine de Tours et de la fédération hospitalière régionale, afin d'accompagner la construction des GHT. Elles permettent de structurer et de sécuriser les circuits de prise en charge des patients, d'organiser la gestion prévisionnelle des emplois médicaux, d'améliorer l'organisation hospitalo-universitaire de chaque discipline, de structurer une politique régionale de recherche et de désigner un coordonnateur médical de la recherche clinique dans chaque GHT, d'aider à l'élaboration et à la conduite de projets de recherche. Par ailleurs, afin de répondre au besoin de certains établissements de santé de disposer de compétences spécialisées à travers la mise à disposition de personnels médicaux hospitalo-universitaires ou hospitaliers (pour permettre notamment le déploiement de consultations avancées dans certains territoires), des postes d'assistants spécialistes partagés entre le CHU et les autres établissements ont été mobilisés, quatre chefs de clinique assistants ont été mis à disposition du CHR d'Orléans, mise à disposition assortie d'un projet de création de trois postes de PU-PH au CHR d'Orléans (financés par le CHR d'Orléans). Le CHU mène, de surcroît, sur le CHR d'Orléans, des actions de formation et d'intérêt général (tutorat, audit organisationnel de services). Enfin, en partenariat avec le CHR d'Orléans, sont organisés des inter-directoires. La mise en place, en 2012, d'une communauté hospitalière de territoire avec le CHU, transformée en 2017 en GCS, se complète également de la convention d'association signée en 2017 avec le GHT du Loiret.

²²² WEST J., WRIGHT J., TUFFNELL D., JANKOWICZ D., WEST R. *Do clinical trials improve quality of care ?* Qual Saf Health Care 2005; 14:175–178 ; KRZYZANOWSKA M. K., KAPLAN R., SULLIVAN R. *How may clinical research improve healthcare outcomes ?* Annals of Oncology 22 (Supplement 7): vii10–vii15, 2011.

²²³ Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*.

3 - Des formes de coopération multiples hors GHT : GCS, directions communes, fusions...

Les coopérations autour des fonctions logistiques, dont certaines sont devenues obligatoires au sein des GHT, sont fréquemment organisées, par exemple, et de longue date, entre EPS, par le biais de GCS. On peut citer, à titre d'exemple, la mise en place d'un GCS Blanchisserie Nord-Ouest Touraine pour la mutualisation de la lingerie entre les établissements parties du GHT (CH de Chinon, CH de Loches, CH Louis Sevestre, CH de Luynes, CH intercommunal d'Amboise-Château Renault, EHPAD de Langeais, EHPAD de Bourgueil et EHPAD de Semblançay-La Membrolle).

Les coopérations ont évolué selon diverses modalités juridiques correspondant à des degrés différents d'intégration ou de souplesse juridique : directions communes, GCS, FMIH/FMIHU (fédérations médicales inter-hospitalières/fédérations médicales inter hospitalo-universitaires) ou conventions (ex : biologie). La plupart de ces coopérations sont antérieures au GHT et témoignent d'un ancrage territorial ancien du CHU.

La FMIHU de soins palliatifs entre le CHU de Tours et le CH de Luynes

Le CHU de Tours a mis en place, depuis 2013, des fédérations médicales inter-hospitalières pour développer les complémentarités avec les autres établissements publics de santé et constituer des filières de prise en charge.

Une fédération médicale inter-hospitalo-universitaire en soins palliatifs (FMIHUSP) a été constituée avec le CH de Luynes, détenteur d'une autorisation pour une unité de soins palliatifs (USP), le 8 juin 2016. Placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalo-universitaire, responsable du service de soins palliatifs du CH de Luynes, elle associe étroitement les axes clinique, enseignement et recherche pour développer et harmoniser les pratiques de soins palliatifs afin d'assurer une continuité des soins et de l'accompagnement pour les personnes en phase palliative ou terminale d'une maladie létale ou en fin de vie. Elle organise la coopération clinique entre les équipes de soins palliatifs attachées au CHU, l'unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (UMASP), l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs (EADSP), l'équipe Pallience Centre-Val de Loire (équipe ressources régionale en soins palliatifs pédiatriques ou ERRSPP) et l'USP de Luynes. Elle vise par ailleurs à encourager le développement des pratiques de soins palliatifs par la formation initiale et continue des intervenants des champs sanitaires et médico-social et constituer une offre de formation dans le cadre du développement professionnel continu. Enfin, elle favorise la conception, la mise en œuvre et la participation à des actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire et multicentrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique, de l'éthique, des sciences humaines et sociales et de la pédagogie en situations palliatives.

Les GHT se sont greffés, parfois, sur des coopérations préexistantes, notamment des communautés hospitalières de territoire (CHT). Le CHU de Clermont-Ferrand a ainsi formalisé, dès 2011, un protocole organisant la filière gériatrique avec les établissements de Riom et d'Enval, en direction commune, visant à spécialiser chaque site par bloc de compétences. En 2013, il a signé un second protocole de coopération avec les CH d'Issoire et de Brioude organisant les filières de soins sur les activités de chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et médecine polyvalente, et qui a pour objectif de permettre au CHU de se recentrer sur ses missions de recours, en confortant une offre de soins publique de proximité dans les deux autres établissements, axée prioritairement sur le développement de la chirurgie ambulatoire. La

gradation et la complémentarité des plateaux techniques imposent le décloisonnement du fonctionnement et la modification de l'organisation médicale, ouvrant l'accès des praticiens des établissements périphériques aux plateaux techniques du CHU, et prévoyant leur participation à la permanence des soins du CHU (garde de chirurgie viscérale par exemple). Le protocole prévoyait la création d'une fédération inter hospitalière de médecine interne, et l'extension de la fédération inter hospitalière d'imagerie préexistante.

La création du GHT, qui résulte d'une obligation légale, a constitué en quelque sorte un catalyseur de ces processus de coopération, tout du moins au niveau départemental et régional. Au CHU de Clermont-Ferrand, la gradation des soins s'organise désormais par cercles concentriques au sein du groupement Territoires d'Auvergne, un des plus vastes GHT nationaux, qui rassemble 15 établissements des départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme : le premier cercle est constitué de 6 pôles inter-établissements, et dispose du mode de pilotage le plus intégré ; dans le deuxième cercle, les fédérations médicales inter hospitalières ont une gouvernance participative et un pilotage assumés par l'établissement support ; au troisième rang, les filières, pour des spécialités dont la démographie médicale permet une gestion territorialisée, sont pilotées directement par l'universitaire référent ; enfin, des réseaux permettent la structuration de protocoles entre professionnels, pilotés par le référent médical du réseau, système souvent préexistant au GHT, avec un dialogue organisé entre les services. Hors GHT, d'autres modes de coopération existent, en particulier les GCS de moyens qui permettent de mutualiser les SIH, par exemple.

4 - L'intérêt persistant des GCS malgré l'avènement des GHT

Au niveau national, 120 GCS comptent parmi leurs membres un ou plusieurs CHU. Le statut GCS, créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques jusqu'à devenir, avant l'avènement des GHT, un des outils de coopération privilégié des établissements de santé. Doté de la personnalité morale, de nature publique ou privée, il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (57 %). Le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet. Le GCS de moyens, forme la plus commune qui couvre 96 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature (moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc.). La vocation mixte du GCS a tendance à se confirmer avec la mise en place des GHT, instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public. Les établissements parties à un GHT n'ayant pour membres que des établissements publics, à infra ou iso-périmètre GHT, pourront réinterroger, selon l'objet et les objectifs poursuivis, la pertinence de la poursuite du GCS. Par ailleurs, les données de l'observatoire mis en place par la DGOS mettent en lumière une structure de coopération via le GCS similaire entre ESPIC et établissements à caractère commercial²²³.

²²³ Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*.

Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants, performance interne notamment. La prise en charge d'activités soumises à autorisation, agrément ou accréditation entre plusieurs acteurs souhaitant coopérer est également fréquente car elle permet à la fois d'atteindre les attendus qualitatifs toujours plus élevés et d'optimiser les investissements qui y sont liés. Un GCS a donné sa priorité à la recherche et à l'innovation, le GCS HU Grand-Ouest (HUGO), groupement constitué de cinq CHU (Angers, Brest, Nantes, Rennes et Tours), d'un CHR (Orléans), d'un CLCC (institut cancérologique de l'Ouest) et deux CH (Le Mans et la Roche sur Yon). Depuis sa création, HUGO permet le portage juridique de partenariats et consolide le développement des infrastructures d'intérêt commun dans le domaine de la recherche et de l'innovation, mais aussi de la stratégie, des soins et de l'enseignement.

La création du GCS HUGO

La création d'HUGO, en 2005, visait à conduire chacun des membres à obtenir de meilleurs résultats grâce à une action collective, qui devait se traduire par le maintien et le développement des activités et équipements de recours, la labellisation des structures et la progression des résultats de l'inter-région dans les appels à projet de recherche en santé, l'attractivité pour les personnels, en particulier médicaux, des formations et des carrières au sein de l'inter-région, la prise en compte des positions communes portées par HUGO pour le compte de ses membres.

Conforté par les relations entre les ARS des quatre régions (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Centre-Val de Loire et Poitou-Charentes jusqu'en 2016), le GCS HUGO a permis de faire avancer et de rendre opérationnelle la déclinaison de la politique interrégionale d'organisation des soins et en matière de d'enseignement et de recherche, ces trois dimensions découlant des trois grandes missions des CHU de l'inter-région. À partir du 1^{er} janvier 2016, en conformité avec la réforme territoriale induite par la loi NOTRÉ, la région Poitou-Charentes a été rattachée à la région Nouvelle-Aquitaine et le CHU de Poitiers a quitté le GCS HUGO.

En matière de promotion de la politique interrégionale d'organisation des soins, dix groupes de travail permanents ont préparé, entre 2006 et 2015, l'organisation des soins de recours pour une répartition équilibrée et complémentaire des activités sur le territoire. Ils ont contribué à l'élaboration et la mise en œuvre du schéma inter-régional d'organisation des soins (SIOS) 2014-2019.

Symétriquement aux dispositions du code de la santé publique, le SIOS 2014-2019 comporte un volet sur chacune de ses six surspécialités. Pour assurer le suivi de ces volets, 6 groupes de travail permanents ont donc été constitués avec un pilote médical (médecin) et un coordonnateur administratif (directeur). Quatre thématiques hors SIOS ont été ajoutées (génétique, simulation, plateformes de chirurgie expérimentale et biologie) et ont portées le nombre de groupes de travail permanents à 10.

Le CHU de Tours est ainsi le seul établissement de la région Centre-Val de Loire impliqué sur la totalité des autorisations du SIOS en tant que membre du GCS HUGO, à savoir la neurochirurgie de l'adulte et de l'enfant, la chirurgie cardiaque de l'adulte et de l'enfant, la prise en charge des grands brûlés adultes et enfants, la radiologie interventionnelle (neurologie et par voie endovasculaire) et toutes les activités de transplantation (cœur, reins, foies, cellules souches hématopoïétiques).

En matière de recherche et d'innovation, le GCS HUGO porte notamment le GIRCI du Grand Ouest dont la création a été validée par le ministère de la Santé afin d'assurer la formation et l'information des professionnels de recherche clinique, l'aide à la réponse aux appels d'offres européens en matière de recherche, l'appui à la réalisation de certaines missions spécifiques du promoteur, le soutien à la participation des établissements de santé non universitaires aux activités de recherche, la gestion de l'appel à projets PHRC inter-régional.

Contrairement aux autres inter-régions, le groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) Grand Ouest est inclus au sein du GCS HUGO et constitue ainsi le volet « recherche clinique et innovation » d'une collaboration plus vaste entre les établissements de l'inter-région du Grand Ouest. Le CHU de Tours a assuré la coordination régionale du GIRCI Grand Ouest du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2017.

Enfin, en matière d'enseignement, la réforme du 3^e cycle des études médicales a constitué un cadre pour la coordination des enseignements et a conduit les doyens des facultés de médecine et de pharmacie du Grand Ouest à poursuivre leur coopération à l'échelle de l'inter-région. Le GCS HUGO a donc décidé de la création d'un groupement inter-régional pour une pédagogie innovante (GIRPI) en mai 2017. L'enseignement faisait déjà l'objet d'actions dans le cadre du GCS HUGO avec notamment : des échanges de personnels médicaux (internes, assistants, chefs de clinique) favorisant la formation de spécialistes de haut niveau ; la mise en place de diplômes communs (diplômes inter universitaires) ; la matérialisation du partage de l'organisation de l'enseignement du 3^e cycle, pour enrichir l'apprentissage des étudiants qui viennent se former dans les facultés de santé de l'inter-région ; une démarche prospective sur les emplois et les compétences hospitalo-universitaires afin de favoriser l'attractivité des établissements membres d'HUGO, de préparer le renouvellement des générations de médecins hospitalo-universitaires et de garantir la pérennité des enseignements dans chaque discipline.

Le GIRPI, équivalent en pédagogie de ce qu'est le GIRCI pour la recherche, a pour objectif de constituer une réflexion pédagogique commune, de promouvoir la mutualisation d'outils et de diplômes partagés, de valoriser le label « HUGO » en pédagogie, de générer le concept d'anciens internes des hôpitaux universitaires du Grand Ouest et de promouvoir l'attractivité du Grand Ouest pour les étudiants.

Les missions confiées au GIRPI concernent quatre champs d'action prioritaires : la constitution d'une plateforme idéale d'enseignement 2020, visant à répartir entre les villes d'HUGO une offre de formation complémentaire, permettant un enseignement de la phase socle de qualité, quelle que soit la discipline, en tout lieu de HUGO ; la coordination de la formation des formateurs en simulation à partir des DU et DIU existants ; la constitution d'une collection HUGO de scénarios, à usage interne, permettant le partage des expériences et des productions pédagogiques ; le lancement d'appels à projets thématiques, afin d'enrichir l'offre pédagogique et les outils.

5 - La spécificité de l'offre de soins francilienne : une déconcentration lente des structures de l'APHP

En 2003, la direction de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (APHP) a mis en place, dans le cadre de la « nouvelle gouvernance », des regroupements d'établissements hospitalo-universitaires ou groupements hospitaliers universitaires (« GHU ») de l'APHP. Dès 2008, quatre groupements avaient été proposés, Nord, Est, Sud et Ouest. En 2010, 12 grands ensembles de groupes hospitaliers ont été réunis.

Cette réforme devrait enfin arriver à son terme puisque les 12 groupes hospitaliers existants seraient très prochainement organisés en GHU. Les contours de ces derniers pourraient en partie et assez naturellement se rapprocher au mieux de la carte universitaire, en particulier pour :

- le GH des hôpitaux Georges-Pompidou, Coeuron-Celton et Vaugirard d'une part, et le GH des hôpitaux Hôtel-Dieu, La Collégiale, Broca, La Rochefoucauld et Cochin, d'autre part, ainsi que l'hôpital Necker, seraient réunis avec Paris V (université René Descartes) et constitueraient le GHU APHP.5 (la numérotation renvoyant à la numérotation de l'université) ;
- le GH des hôpitaux Pitié-Salpêtrière et Charles-Foix, d'une part, et le GH des hôpitaux Saint-Antoine, Rothschild, Armand-Trousseau, Tenon, et La Roche-Guyon, d'autre part, seraient réunis avec Paris VI (université Pierre et Marie Curie) et constitueraient le GHU APHP.6 ;
- le GH des hôpitaux Saint-Louis, Fernand-Widal et Lariboisière, d'une part, et le GH des hôpitaux Bretonneau, Bichat, Beaujon, Louis-Mourier et Adélaïde-Hautval, d'autre part, ainsi que l'hôpital Robert-Debré, seraient réunis avec Paris VII (université Paris Diderot) et constitueraient le GHU APHP.7.

D'autres GHU sont prévus et pourraient éventuellement être adossés aux universités Paris XI (Paris Sud), Paris XII (université Paris-Est Créteil) ou Versailles Saint-Quentin. Ils pourraient également être rattachés à l'un des GHU APHP.5, .6 ou .7. Adoptée en mai par le directoire et présentée à la commission médicale d'établissement le 12 juin 2018, la plateforme « Nouvelle APHP » prévoit bien une évolution de l'organisation juridique de l'APHP permettant d'accorder plus d'autonomie aux GH transformés en « GHU au périmètre élargi » fin 2019, selon les termes de la plateforme. Parmi les objectifs principaux recherchés, peuvent être mentionnés la concentration des moyens humains et budgétaires dans le périmètre des territoires hospitalo-universitaires, et l'amélioration de la réactivité en allégeant les strates de décision.

Ces GHU pourraient effectivement constituer la base d'une véritable structuration en « réseau HU » pour l'Ile-de-France, à même de renforcer les dispositifs actuels des groupements hospitaliers, notamment pour ce qui est de leur autonomie de décision et de gestion, et d'alléger, en proportions équivalentes, le poids administratif du siège de l'APHP (estimé à environ 2500 emplois). Chaque GHU pourrait également, dans le cadre d'une véritable « autonomisation », devenir établissement support d'un GHT et développer, au sein de ce GHT, l'intégration de quelques CH de la région Ile-de-France, élargissant ainsi son territoire de coopération et rationalisant la gradation des soins territoriale de Paris et sa couronne.

C - Le rayonnement territorial encore hétérogène des CHU

De nombreux facteurs réduisent le possible rôle régional de certains CHU en maintenant le modèle initial « CHU-centré » ou « centripète ». Les CHU qui ne comptent pas dans leur GHT d'autres établissements que ceux qui les constituent tels que l'APHP ou les Hospices Civils de Lyon (HCL), essentiellement centrés sur eux-mêmes, ne jouent qu'avec difficulté leur rôle vis-à-vis des établissements périphériques. Ils apparaissent mal adaptables dans cette nouvelle logique territoriale, et plus en difficulté pour organiser autour d'eux la gradation des soins. Leur ressource principale reste, pour jouer ce rôle, la convention d'association avec les CH supports de GHT.

En contrepoint, la majorité des CHU sont exposés, simultanément, à des risques « centrifuges » : dispersion des équipes, concurrence des rémunérations entre les établissements, perte d'activité pour le CHU, dilution des moyens de financement de la recherche.

1 - Les GHT : un instrument encore inabouti

Les CHU de l'échantillon de l'enquête de la Cour permettent d'observer des tailles disparates de GHT et un modèle intégratif plus ou moins avancé qui pâtit de l'absence de personnalité morale et pénalise la finalisation des rapprochements d'établissements et la réorganisation territoriale.

Le périmètre des GHT observés varie de la réunion de quelques établissements à un collectif pouvant embrasser un département entier ou une ancienne région (le Limousin autour du CHU de Limoges par exemple). L'hétérogénéité des périmètres se vérifie aussi pour les GHT dont un CHU est établissement support : dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, les HCL couvrent leur propre GHT sans agréger d'autres établissements, alors que le GHT du CHU de Clermont-Ferrand fédère un ensemble d'établissements de deux départements. Selon le rapport de la DGOS sur les recompositions hospitalières, les GHT réunissent de 2 à 20 établissements membres (avec une médiane à 10 établissements), couvrent des territoires allant de 100 000 à 2 millions d'habitants, sont dotés d'équipes de 1 200 à 26 000 ETP (dont 83 à 4 700 ETP médicaux) et de budget de 100 M€ à 2 Md€.

L'hétérogénéité des GHT tient, de plus, à la nature des établissements parties ou associés. Dans la mesure où seuls les EPS ont l'obligation d'intégrer un GHT, on ne dénombre que 23 GHT (17 %) comptant des établissements médico-sociaux publics autonomes parmi leurs membres. En revanche, l'hospitalisation à domicile est incluse dans 85 % des cas. Par ailleurs, un certain nombre de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont obtenu une dérogation à l'obligation d'intégrer un GHT, dérogations qui, pour la plupart, prendront fin en 2018. Enfin, les PMP sont organisés selon diverses approches : une approche « pathologie » dans 45 % des cas, une approche « mode de prise en charge » dans 42 % des cas, et une approche « populationnelle » pour le restant.

La mise en place des GHT, dans un contexte de tensions sur la démographie médicale, est concomitante de la création de directions communes, souvent préliminaires à des fusions d'établissements. La progression de la structuration en réseau de soin a souvent connu plusieurs étapes marquées par des rapprochements deux à deux avant de connaître une avancée multipartenariale. Ainsi, le CHU de Clermont-Ferrand est en direction commune, depuis 2006, avec les CH de Riom, Issoire, Le Mont-Dore et Enval. La CHT du Grand Clermont, qui incluait, outre les établissements en direction commune, le CH de Billom, voit le GHT « Territoires d'Auvergne » agrandir la CHT et inclure, désormais, les établissements de deux départements, le Puy-de-Dôme et l'Allier.

Dans les situations les plus avancées, les GHT (que l'établissement support soit un CHU ou un CH) représentent un dispositif intégratif. Cependant, les fusions d'établissements ne progressent que lentement, rendues difficiles par les accords à obtenir entre les gouvernances sur les titres à partager et ralenties par l'absence d'outil juridique « facilitant » à l'échelle du GHT ou par des blocages statutaires, et par la lourdeur des instances. Les relations entre CHU et CH périphériques d'une part, entre CHU et GHT périphériques d'autre part, peuvent souffrir de la taille disparate des établissements et de déséquilibres territoriaux importants, qui accroissent l'appauvrissement de l'offre de soins dans certains départements ruraux.

Par ailleurs, le dispositif GHT peut nécessiter des efforts particuliers et des surcoûts avant d'être source possible d'efficience. Il en est ainsi de l'effort d'investissement important pour faire converger les systèmes d'information afin de construire l'interopérabilité du SIH qui facilitera le travail en réseau et les coopérations territoriales. L'absence de planification initiale de l'interopérabilité du SIH entre établissements engendre des difficultés et des coûts supplémentaires quand il s'agit de réaliser des directions communes suivies de fusion, comme cela a été observé avec le « chantier SIH » entre le CHU de Poitiers et le CH de Châtelleraut.

Conscients des transformations systémiques des organisations, qui se traduisent par la mutualisation des fonctions support, les organisations syndicales majoritaires ont pris une position nationale et refusé de participer aux travaux préparatoires à la mise en place des GHT. Depuis leur création, ils ne participent pas non plus à la commission territoriale du dialogue social instaurée à l'échelle des groupements. Les représentants des organisations syndicales, rencontrés dans les établissements visités par la Cour redoutent notamment des mobilités forcées d'un établissement à l'autre, alors même que les fusions déjà intervenues, telle que celle du CHU de Poitiers avec le CH de Montmorillon, n'ont conduit qu'à quelques mutations géographiques de cadres. Le blocage des organisations syndicales perdure et constitue un frein au fonctionnement des instances des GHT.

La mutualisation des fonctions support, qui impose des investissements parfois lourds, en particulier pour bâtir la convergence du SIH, est pourtant indispensable à une meilleure coopération territoriale. L'existence d'un dossier patient informatisé commun, du type de celui rencontré sur la CHT de « Grand Clermont » réunissant quatre CH autour du CHU et qui facilite les coopérations et la gradation des soins, mériterait d'être généralisée.

2 - Une gradation régionale des soins fragilisée par le retard des « conventions d'association » entre les CHU et les GHT

Les GHT peuvent faciliter la recherche de l'efficience et de la performance des établissements du groupement ou du GHT lui-même. À ce titre, il est à déplorer que par effet de taille, l'APHP ou les HCL ne soient pas en mesure de constituer un GHT avec des établissements périphériques. Les membres de GHT périphériques doivent compter sur les conventions d'association pour proposer un projet médical collaboratif permettant d'inscrire la logique de gradation des soins dans une démarche territoriale.

Or, les CHU peinent à finaliser les conventions qui établissent leurs relations avec les GHT hors CHU. La signature des conventions d'association entre les CHU et les GHT périphériques montre un degré d'engagement contrasté selon les établissements. La DGOS enregistre dans son rapport²²⁴ des retards importants par rapport à la date initialement prévue du 1^{er} juillet 2017. Dans le panel des établissements ciblés par l'enquête de la Cour des comptes, si le CHU de Clermont-Ferrand a signé, en mai 2017, les conventions avec les deux GHT périphériques, tout comme le CHU de Tours, en septembre 2017, avec les cinq GHT de la région Centre-Val de Loire, celles prévues entre le CHU de Toulouse et huit GHT d'Occitanie étaient, en cours de signature. Le CHU de Grenoble a signé deux conventions en 2017, la troisième étant également en cours de signature. L'APHP avait formalisé, en mars 2018, dix

²²⁴ Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*.

conventions sur quinze GHT. Pour les quatre GHT rattachés à l'APHM, les conventions étaient en cours de signature en mars 2018. En revanche, le CHU de Poitiers n'avait encore signé, en mai 2018, aucune des conventions prévues avec les quatre GHT de sa subdivision d'internat.

Les freins à la signature des conventions d'association peuvent être divers. Le CH de Chambéry revendique de pouvoir établir des relations « conventionnelles » avec plusieurs CHU, tant avec les HCL qu'avec le CHU de Grenoble qui lui est désigné par l'ARS. Cette aspiration du CH de Chambéry se fonde sur la circulation des patients comme celle des médecins, entre Chambéry et Grenoble, et entre Chambéry et Lyon. Le CH d'Annecy revendique la même double appartenance. La question du périmètre des subdivisions d'internat peut également contribuer à troubler les relations entre CHU et GHT : la subdivision de Grenoble comprend le département de l'Isère (38), à l'exception des communes de Bourgoin (38300) et Vienne (38200) qui sont dans la subdivision de Lyon, et les départements de la Savoie (73) ou de la Haute-Savoie (74), à l'exception des communes d'Annemasse (74100), Bonneville (74130), et La Roche-sur-Foron (74800), qui sont également dans la subdivision de Lyon.

Les GHT pour lesquels les CHU ne sont pas établissements support représentent ainsi un frein potentiel aux collaborations hospitalières régionales ou subrégionales : les établissements entourés de leurs GHT peuvent non seulement entrer dans des logiques de concurrence dans le domaine du soin ou dans celui de la recherche, mais également représenter une solution de continuité dans les filières de soins de niveau régional ou suprarégional. Un exemple peut servir d'illustration : celui de la filière de soins du polytraumatisé de « l'Arc alpin » par les GHT d'Annecy – autorisé en neurochirurgie – et de Chambéry – autorisé en radiologie interventionnelle par embolisation artérielle.

Trois GHT constituent l'Arc alpin, participent au Réseau Nord-Alpin des Urgences (RENAU) et contribuent notablement au *Trauma system* du Réseau Nord Alpin des Urgences (TRENAU) créé en 2008 par le CHU de Grenoble. Le CHU de Grenoble a pu récemment confirmer la gradation des soins mise en place grâce à TRENAU, malgré l'absence de signature des conventions d'association entre le CHU et ses partenaires. Le système des autorisations attribuées récemment aux centres de niveau I, Annecy (neurochirurgie) ou de niveau II, Chambéry (radiologie interventionnelle), permet qu'un polytraumatisé éligible échappe à une prise en charge au sein du centre de traumatologie de niveau I de Grenoble et des soins de recours de son plateau technique, et soit pris en charge au CH d'Annecy ou au CH de Chambéry, et bénéficie ainsi de la logique d'offre de soins gradués de TRENAU, organisée initialement et renforcée récemment par l'ensemble des médecins du réseau.

Le CH d'Annecy et le CHU sont effectivement entrés dans une négociation avec Chambéry pour établir des règles d'orientation. Préalablement à ces négociations, il était apparu que le taux de retransfert vers Chambéry était élevé (20 %) avec des difficultés pour la permanence des soins en radiologie interventionnelle alors que les deux niveaux I (Grenoble et Annecy) étaient accessibles facilement par moyens hélicoptérés avec une orientation des patients avec de potentielles lésions neurochirurgicales aisée vers les niveaux I. Pour les autres situations, il a été conclu que seuls les patients avec un délai de transport vers le niveau I de plus de 15-20 minutes étaient susceptibles de rester ou d'aller sur Chambéry, ce qui correspond *in fine*, et en pratique, à peu de patients.

Cette négociation entre médecins du TRENAU a permis de ne pas dégrader la qualité et la sécurité des soins, et donc le niveau de mortalité, observées lors de la première évaluation en 2011 (voir encadré), en particulier pour les patients avec traumatismes crâniens ou rachidiens sévères, et confirmées lors du dernier bilan de 2009-2017 publié en 2018, alors que la nouvelle organisation du *Trauma system* de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été conclue. Cette organisation fonctionne aujourd'hui sur une région de 12 départements pour près de 8 millions d'habitants et plus de cent services d'urgence.

Un exemple de gradation des soins entre le CHU et ses GHT : le *Trauma system* du REseau Nord Alpin des Urgences (TRENAU)

L'objectif de TRENAU est de « diriger le bon patient vers le bon établissement ». Lors d'une prise en charge, chaque patient est gradé A (cas les plus sévères), B ou C (cas les moins sévères) par le médecin urgentiste en charge du triage sur site et adressé au centre adapté.

En 2011, la première évaluation du TRENAU montre que ce réseau fédérait 22 établissements des départements de Haute-Savoie, Savoie et Isère, dont 13 étaient désignés en centres de traumatologie de niveaux I (CHU de Grenoble), II (à cette époque le CH d'Annecy et le CH de Chambéry) ou III (Thonon, Annemasse, Salanches...) selon les plateaux et capacités techniques disponibles sur leurs sites. Sur une période de 3 ans de 2009 à 2011, une cohorte prospective de 3 428 patients pris en charge par TRENAU a été suivie : 2 552 patients ont été pris en charge sur des sites de niveaux I et II et 876 en niveau III. Les patients présentant un score de sévérité supérieur à 15 ne devaient pas être pris en charge dans un niveau III (définissant ainsi un « sous-triage »), le besoin d'admission expresse vers le niveau I de TRENAU étant établi sur l'existence d'un traumatisme crânien sévère (score de Glasgow inférieur à 9) ou un traumatisme de la moelle épinière. À l'inverse, un patient avec un score inférieur à 15 ne devait pas être pris en charge dans un niveau I ou II (définissant ainsi un « sur-triage »). Des recommandations de 2011²²⁵ estiment que le sous-triage ne doit pas dépasser 5 % (le sur-triage devant être resté inférieur à 50 %). Le sous-triage est associé à un risque important de surmortalité (le sur-triage étant associé à un risque de mobilisation inutile de moyens).

Dans cette cohorte du groupe TRENAU, le sous-triage était de 8,5 % (et le sur-triage de 58,8 %) selon la gradation réalisée (2 572 patients). Quand la gradation n'était pas appliquée (856 patients), le pourcentage de sous-triage passait à 25,8 %. La mortalité globale enregistrée sur la cohorte était de 6 %, soit 2,3 % inférieure à la mortalité prédite par le score de gravité utilisé, laissant penser, pour les auteurs de la publication faisant état de ces résultats, à une meilleure adéquation de la prise en charge grâce au réseau et à la gradation des soins proposées par TRENAU²²⁶.

Le rapport d'évaluation globale 2009-2017 du TRENAU conclut sur une baisse de la mortalité en 2017 par rapport à l'évaluation de 2011, à *case mix* de patients identiques et scores de gravité stables. Cette baisse s'explique par le fait que « le nombre de patients admis directement en niveau I et II augmente et permet un meilleur triage pré-hospitalier et une meilleure orientation initiale dès le lieu de l'accident »²²⁷.

²²⁵ SASSER S. M., HUNT R. C., FAUL M., SUGERMAN D., PEARSON W. S., DULSKI T., et al., *Guidelines for field triage of injured patients: recommendations of the National Expert Panel on Field Triage*, 2011. MMWR Recomm Rep. 2012;61:1-20.

²²⁶ BOUZAT P., AGERON F.-X., BRUN J., LEVRAT A., BERTHET M., RANCUREL E., THOURET J.-M., THONY F., ARVIEUX C., PAYEN J.-F. ; TRENAU group. *A regional trauma system to optimize the pre-hospital triage of trauma patients*, Crit Care. 2015 Mar 18;19:111.

²²⁷ *Trauma system du Réseau Nord Alpin des Urgences, Rapport d'évaluation globale 2017*, 2018, p. 17.

3 - L'absence d'outil intégratif du GHT pour le privé lucratif et la médecine ambulatoire

Les PRS de nouvelle génération ne seront pas une addition des PMP des GHT de la région. Ils porteront également sur l'offre privée lucrative et non lucrative. Les PMP ne traitent pas de l'offre de soins extra-hospitalière, alors même que, pour respecter les objectifs de santé régionaux, ils organisent l'offre des établissements parties au GHT en tenant compte de cette offre privée lucrative et non lucrative sur le territoire et identifiée comme telle dans le PRS. Le directeur général de l'ARS garantit, à l'occasion de l'approbation des conventions constitutives de GHT et ultérieurement, la conformité du PMP au PRS (art. 107 de la LMSS, art. R. 6132-6 du CSP).

À côté du statut d'établissement partie au GHT, la LMSS a reconnu un statut d'établissement partenaire pour les établissements privés, quel que soit leur statut juridique ou leur caractère lucratif ou non lucratif (art. L. 6132-1 du CSP). Ce partenariat prend la forme d'une convention de coopération, distincte de la convention constitutive de GHT, qui n'est pas soumise à l'approbation de l'ARS mais peut lui être transmise pour information²²⁸. Dans une logique de filière, le partenariat peut se concevoir de manière collégiale (plusieurs partenaires privés du territoire) et transversale (sanitaire, médico-social et social/établissement et domicile). Cette convention prévoit l'articulation du projet médical de l'établissement privé concerné avec celui du groupement. Il est possible de prévoir une association à l'élaboration du PMP du GHT, afin notamment de faciliter l'articulation du projet médical du partenaire avec le PMP du GHT.

Les établissements privés lucratifs, comme d'intérêt collectif, ne se sont donc pas engagés dans les GHT de manière obligatoire. C'est le cas des centres de lutte contre le cancer (CLCC) qui disposent pourtant de ressources HU. Dans un souci d'intégration et de lisibilité des projets stratégiques de ces structures non parties au GHT, il se conçoit pourtant aisément l'utilité d'installer des conventions de participation au GHT pour ces établissements privés disposant de missions de service public, notamment universitaires, et pour les établissements privés d'intérêt collectif.

Un rapport récent de l'Association des directrices et des directeurs d'hôpital insiste également pour utiliser les conventions des GHT pour dynamiser les relations avec les libéraux et leurs réseaux, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment. Dans un rapport récent, le conseil national de l'ordre des médecins²²⁹ (CNOM) propose en première priorité de simplifier l'organisation territoriale des soins avec une gouvernance partagée. Dans cette optique, le CNOM suggère de mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins et appelle à la création du « bassin de proximité de santé » (BPS), lequel ne se superposerait cependant ni avec le GHT, ni avec les CPTS, ni même avec les schémas de permanence des soins ambulatoires. Dans un souci de construction de cohérence territoriale, il apparaît pourtant raisonnable d'envisager que le périmètre de ce BPS puisse correspondre au périmètre du GHT concerné, dans l'objectif de rendre plus lisible la coopération de tous les professionnels de santé du territoire et « faciliter les coopérations inter

²²⁸ DGOS, *GHT - Associations et partenariats avec le privé. 12 questions et points clés*, janvier 2017.

²²⁹ Conseil national de l'ordre des médecins, *Construire l'avenir à partir des territoires – La réforme voulue par les médecins*, janvier 2017.

et intra professionnelles » (6^e proposition du CNOM pour atteindre sa priorité de « décloisonner l'exercice professionnel des médecins »). Le rapprochement de la médecine hospitalière avec la médecine ambulatoire peut donc supposer d'améliorer la participation au cadre conventionnel des professionnels du premier recours, *a minima* au travers des CPTS.

4 - Une expertise des collectivités territoriales au service des GHT insuffisamment sollicitée

L'expertise territoriale des collectivités locales ne s'exerce que tardivement dans la structuration du projet médical des GHT, au stade de l'évaluation des PMP, alors que ces collectivités locales investissent de plus en plus pour maintenir une offre de soins locale. Aux termes de l'article L. 6132-2 du CSP, la convention constitutive du GHT définit « le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données »²³⁰.

Le comité territorial des élus locaux du territoire du GHT, qui ne participe pas au comité stratégique, reste cantonné au rôle d'observateur du PMP et de ses effets. Il ne rend pas d'avis et ne prend pas de délibération. Il peut émettre des propositions et observer les suites données. Or, les élus locaux revendiquent une meilleure part dans la gouvernance territoriale de la santé. Auditionnées par l'équipe d'enquête de la Cour, l'association des maires de France et l'association France Urbaine soulignent que les maires et présidents d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ont peu de compétences obligatoires en matière de santé, notamment pour ce qui concerne la répartition territoriale de l'offre de soins, mais qu'afin d'apporter des réponses aux besoins de leurs administrés et de garantir une offre de soins de qualité, ils sont de plus en plus nombreux à se saisir de ce sujet. Forts de la connaissance qu'ils ont de leurs territoires, ils réclament d'être étroitement associés à la gouvernance des hôpitaux et pointent la trop faible représentation des élus locaux dans les instances des GHT. Ils soulignent, de plus, que le conseil de surveillance des CHU devrait faire place au président de l'EPCI, l'enseignement et la recherche étant des compétences d'agglomération, voire régionales. Dès lors, ils souhaitent intégrer le comité stratégique du GHT ou que le comité territorial des élus soit obligatoirement concerté lors de la rédaction du PMP. Déplorant que les maires et présidents d'intercommunalité n'aient plus aucun moyen d'agir sur les décisions prises par les CHU alors que celles-ci ont des conséquences très directes sur le territoire, par exemple celles de ne plus ouvrir de postes d'internes, ils attendent donc des CHU qu'ils créent des conditions plus favorables d'échanges avec les élus locaux et qu'ils évaluent davantage l'impact de leurs décisions sur les territoires. Ils soulignent que, davantage associés au

²³⁰ Les comités territoriaux des élus locaux, qui se sont constitués à la publication des listes de GHT par les ARS, sont composés des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement. Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit. La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux (articles L. 1632-5 et R. 1612-13 du CSP).

diagnostic réalisé en amont de la restructuration territoriale de l'offre de soins, ils pourraient utilement accompagner la logique des GHT au lieu de constituer un front d'opposition alimenté par la méconnaissance des enjeux d'une telle restructuration. Enfin, ils attendent une meilleure communication des CHU autour de leur mission de recherche et d'enseignement afin que le transfert des ressources intellectuelles soit assuré et mieux valorisé vers les collectivités locales, les acteurs économiques et le grand public.

Pourtant, les collectivités locales ont parfois été associées aux coopérations médicales à l'échelle d'un territoire : ainsi, le « protocole Nord » d'accord et de coopération de trois établissements pour organiser la filière gériatrique, autour du CHU de Clermont-Ferrand (voir *supra*), a été signé, en 2011, par le président du conseil départemental en tant qu'associé au comité de suivi.

5 - Un rôle de soutien aux équipes médicales des autres établissements de plus en plus difficile à tenir pour les CHU

Sollicités pour apporter un renfort médical à de nombreux établissements dans certaines spécialités en tension, les CHU peinent à jouer ce rôle de soutien, dans la mesure où ils sont eux-mêmes confrontés à un manque d'attractivité des carrières hospitalières ou hospitalo-universitaires²³¹. Or, les conventions d'association prévoient toutes, en conformité avec les dispositions du CSP, de confier des missions de gestion de la démographie médicale au CHU.

Les établissements privés lucratifs ou d'intérêt collectif, voire le secteur public lui-même par le jeu des « statuts d'exception » (recrutement dérogatoire des contractuels, médecins cliniciens, intérim...), représentent de sérieux concurrents en ce qui concerne l'attractivité des CHU pour les professionnels, tant par le niveau de rémunération que par les conditions d'exercice, en particulier en raison de la moindre pénibilité de la permanence des soins. La concurrence des structures privées et de certains EPS s'accroît et les établissements visités font écho de rémunérations multipliées par 2,5 à 4 dans les cliniques de la même ville. Certains établissements sont exposés, au surplus, à la concurrence frontalière : le CHU de Grenoble souligne que la proximité de la Suisse exerce une pression supplémentaire sur les personnels médicaux et paramédicaux dans le nord des Alpes, attirés par des rémunérations plus attractives.

Le manque de valorisation de l'engagement territorial des PH et les sujétions de l'exercice dans un établissement de recours accentuent le désintérêt générationnel pour les carrières en CHU. La prime d'exercice territorial et la prime d'engagement dans la carrière hospitalière, instaurées en 2017 afin de favoriser le choix de carrières hospitalières et multisites, ne suffisent pas à inverser la tendance, aux dires des établissements rencontrés. La prime d'exercice territorial (PET)²³², créée en remplacement de la prime multisites, destinée à faciliter l'organisation d'activités partagées du personnel médical entre plusieurs établissements et à valoriser financièrement l'investissement personnel des praticiens acceptant d'exercer leur

²³¹ Voir aussi Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, p. 134 et suivantes. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

²³² Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière, et arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

activité sur des sites distants de 20 km au moins de leur site principal d'exercice, apparaît peu incitative²³³ sauf à ce que le praticien y consacre une part conséquente de son temps d'exercice. La prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH)²³⁴ permet aux praticiens contractuels et aux assistants des hôpitaux de s'engager avec un établissement public de santé, au travers d'une convention d'engagement de carrière hospitalière, à exercer sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est, ou risque d'être, insuffisante dans l'établissement au sein duquel ils exercent ou correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les EPS.

Les établissements font un bilan en demi-teinte de ces dispositifs. Contrairement à l'indemnité multi-établissements, la PET n'est pas prise en charge financièrement par les ARS, et représente donc un coût supplémentaire. Le CHU de Tours, pour tenir compte de ce surcoût, a « toiletté » toutes ses conventions de mise à disposition et a établi une politique de facturation de la PET. Bien qu'il considère que cette prime soit une réelle opportunité pour reconnaître la particularité de l'exercice médical à temps partagé, il souligne que son coût, comme sa gestion, dans un contexte de maîtrise des dépenses de masse salariale, peut également être un frein. Le déficit d'attractivité des carrières médicales apparaît, dans certaines subdivisions d'internat, dès l'issue de la formation des étudiants. Le CHU de Tours déplore que la majorité des étudiants formés dans la région ne s'y installent pas : si la première année commune des études de santé (PACES) attire chaque année autour de 1 500 étudiants qui proviennent essentiellement des trois départements ligériens d'Indre et Loire, Loiret et Loir et Cher, au terme de leur deuxième cycle, seuls 26 % des étudiants ont fait le choix de poursuivre leur internat en région Centre Val de Loire en octobre 2017, soit le plus faible taux de fidélisation à l'échelle de la France.

La situation, en matière de démographie médicale, est fortement contrastée entre les CHU, qui réussissent encore à recruter, peu ou prou, à hauteur de leurs besoins, et les établissements périphériques parfois confrontés à une réfaction drastique des candidatures, le déficit de praticiens libéraux dans les territoires ruraux pesant d'autant plus sur les établissements de recours²³⁵.

²³³ Arrêté du 14 mars 2017 précité, article 5 : « Le montant de la prime est fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice du praticien ainsi que du nombre de sites d'exercice différents le cas échéant : - 1 demi-journée : 250 € brut ; / - de plus de 1 demi-journée à 3 demi-journées inclus : 450 € brut ; / - de plus de 3 demi-journées à 4 demi-journées inclus : 700 € brut ; / - 4 demi-journées sur au moins 2 sites différents du site principal d'exercice : 1 000 € brut ; / - plus de 4 demi-journées : 1 000 € brut ».

²³⁴ Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux ; arrêté du 14 mars 2017 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière des praticiens contractuels et des assistants des hôpitaux, au titre des recrutements sur des postes correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé ; arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé.

²³⁵ Voir notamment Sylvie Castaigne et Yann Lasnier, *Les déserts médicaux*, Avis du Conseil économique, social et environnemental, décembre 2017.

6 - Des outils de financement des activités de soin inadaptés à la coopération médicale sur le territoire

Si la tarification à l'activité (T2A) vise à mettre en place une structure de financement cohérente avec les coûts de production, et incite les établissements à être efficaces et à optimiser l'utilisation de leurs moyens ou à les adapter au volume d'activité, la T2A, outre ses limites en matière d'orientation des pratiques et des choix stratégiques des établissements, n'avait pas vocation à être un vrai moteur du changement en matière d'organisation des soins sur un territoire.

Un outil comptable qui vise à faire converger les coûts sur des coûts standard peut certes générer des comportements visant à réduire la dépense à volume constant, à abandonner les activités structurellement déficitaires, mais aussi à rechercher une augmentation des volumes afin d'améliorer la couverture des coûts fixes. Cependant, comme a pu le constater l'IGAS²³⁶, en cas de concurrence directe de deux établissements sur des activités, dans le même bassin de vie, cet outil financier ne conduit pas au développement de coopérations, ou de partage d'activités. Chaque établissement a en effet intérêt à augmenter son volume d'activité, pour maximiser ses recettes. À titre d'exemple, le modèle de financement des consultations avancées pénalise aujourd'hui les établissements. Pour un médecin mis à disposition, le CHU n'est remboursé que sur la base du salaire utilisé pendant la vacation, mais n'est pas indemnisé pour la perte d'activité engendrée par l'absence du praticien, malgré une possibilité de « transfert d'activités » du CH bénéficiaire de la consultation avancée vers le CHU pour des prises en charge qui sont alors programmées au CHU.

L'intervention du régulateur peut être nécessaire pour encourager une répartition optimisée de l'offre de soins sur le territoire, mais son action est délicate : le retrait d'autorisation peut profondément déséquilibrer l'activité d'un établissement ; la fusion entre deux établissements, qui devrait limiter *de facto* les aspects concurrentiels de la T2A, ne garantit pas un projet médical cohérent entre les deux anciens établissements. Seule une vision territoriale de projet médical partagé (PMP) est susceptible de permettre une approche intégrative d'établissements partenaires soucieux de construire le meilleur parcours de soins possible pour leurs patients. Le PMP devient l'outil du rapprochement et de la non-concurrence, si et seulement si les recettes et les dépenses sont partagées, les gains des uns compensant les pertes des autres.

Le suivi comptable des recettes et des dépenses de fonctionnement et d'investissement de la filière pourrait être réalisé dans le budget G du GHT ou un budget annexe du CHU lorsque le périmètre dépasse celui du GHT. Ces modalités comptables permettraient l'élaboration de stratégies financières communes à l'ensemble des établissements qui participent au projet médical régional.

Le financement au parcours, tel qu'il est prévu par la LFSS 2018, peut être assimilé à la reproduction de modèles étrangers. Il est particulièrement adapté au financement des soins dispensés aux patients atteints de maladies chroniques. Dans certains pays étrangers, le financement forfaitaire pour ces pathologies est rendu possible par la prise en compte d'épisodes de soins ou d'une prise en charge globale. Contrairement au financement au

²³⁶ IGAS, *Rapport 2012 : L'hôpital*, La Documentation française.

parcours, la rémunération à l'épisode de soins est adaptée à l'attribution de crédits pour un ensemble de soins chirurgicaux, lourds ou aigus²³⁷. L'article 51 de la LFSS 2018, autorise également cette modalité.

Le financement au parcours existe dans de nombreux pays tels que le Portugal et les Pays-Bas et le financement à l'épisode est notamment mis en place en Suède et aux États-Unis. Dans ces pays, ces modalités de rémunération sont parfois en œuvre depuis près de 30 ans pour certaines pathologies.

Dans certains systèmes étrangers, comme en Suède, le financement au forfait – épisode ou parcours – répond à des objectifs de qualité puisqu'il doit couvrir un minimum d'actions (par exemple : la consultation préopératoire, la chirurgie, un dispositif médical et des actes techniques de rééducation). La concordance des soins dispensés avec des recommandations de bonnes pratiques est alors une fonction importante de ce type de financement. La maîtrise des coûts associée aux financements forfaitaires est assurée par le caractère non inflationniste du système, les acteurs n'ayant aucun intérêt à prescrire des actes inutiles ou redondants ainsi que des médicaments non pertinents. Il est par ailleurs observé une diminution des ruptures de soins liées à une mauvaise orientation du patient, à un partage défailant de l'information entre acteurs de santé ou à des protocoles non respectés²³⁸.

Le conseil stratégique d'innovation en santé²³⁹ dont la première séance s'est tenue le 5 avril 2018, prépare et assure la mise en œuvre des innovations portées par l'article 51 de la LFSS 2018. Il sélectionnera les projets expérimentaux en termes d'organisation en santé et de dérogation aux financements de droit commun.

II - Des coopérations inter-CHU qui s'établissent au niveau régional ou suprarégional

A - Des structurations en groupements qui ne correspondent pas nécessairement au découpage régional

1 - La relation des CHU à leur territoire redéfinie par la création des nouvelles régions

La réforme territoriale de 2015 (loi NOTRÉ) a redéfini la relation des CHU à leur ARS.

D'une part, les nouvelles régions ont apporté deux périmètres supplémentaires aux autres découpages territoriaux : celui des GIRCI (groupements interrégionaux de recherche clinique

²³⁷ « Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ? », finances hospitalières, avril 2018, p. 15 à 19.

²³⁸ HCAAM. *L'organisation de parcours de soins l'apport des expériences étrangères*. Document annexé au rapport « innovation et système de santé », séance du HCAAM du 22 octobre 2015.

²³⁹ Cette instance, représentative des acteurs du système de santé dans leur diversité, a été créée par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et a été installée par la ministre de la santé le 5 avril 2018.

et d'innovation) et celui des interrégions d'internat²⁴⁰. Or, tant les régions nouvelles que les GIRCI et les interrégions d'internat présentent des contours qui ne se rejoignent pas nécessairement. Au surplus, ils ne coïncident pas avec ceux des SIOS, alors même que le régime des autorisations de soins interrégionales doit être revu prochainement pour les activités de soins de greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie²⁴¹.

D'autre part, l'élargissement important de certaines régions nouvelles, telles que la Nouvelle-Aquitaine (NA) ou Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) par exemple, a changé la relation des CHU les plus périphériques vis-à-vis des sièges de leurs ARS. Ainsi, les CHU de Poitiers et de Limoges pour NA, de Clermont-Ferrand pour ARA, où étaient auparavant des sièges d'ARS, ont vécu la nouvelle organisation comme un éloignement par rapport à leur ARS. Cet éloignement n'a pour le moment pas été compensé par une relation renforcée avec les délégations départementales de ces ARS. Les CHU concernés n'ont pu que constater la diminution des rencontres à l'échelon des directions générales.

2 - Un souhait de renforcement des coopérations inter-CHU

Une première réponse à cette nouvelle donne territoriale est une volonté affichée des CHU de se rapprocher entre eux et le souhait de renforcer une organisation en « réseau ». Cette organisation en « réseau » a été le plus souvent préexistante à la loi NOTRé ou à la LMSS. Les CHU de la nouvelle région ARA, accompagnés de leurs CLCC, se sont par exemple organisés en réseau en renforçant le réseau régional « AURA » alors que trois régions de l'Ouest se sont associées pour construire le réseau supra-régional « HUGO » (voir encadré *supra*).

Le réseau « AURA »

« AURA » reprend le périmètre du GIRCI qui réunit les anciennes régions Auvergne et Rhône-Alpes et qui existe depuis l'année 2012. Les instances HU d'AURA envisagent des actions communes des CHU : préparer la révision des effectifs HU 2019 ou proposer des actions d'innovation répondant à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. AURA réunit les HCL et les CHU de Grenoble, Clermont-Ferrand et Saint Etienne. Si les critères d'activité des CHU décrits dans le chapitre I sont repris, il est établi que le plus gros établissement de ce réseau est constitué par les HCL. En lui associant les trois autres CHU AURA, le réseau représente un collectif qui se rapproche d'un ensemble tel que l'APHP.

²⁴⁰ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, p. 153. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁴¹ Pour les activités de soins qui en relèvent, le découpage territorial du SIOS 2014-2019, arrêté le 16 janvier 2015, demeure applicable, conformément à l'article 196 de la loi 2016-41, jusqu'à la publication du schéma interrégional de santé prévu au 2° de l'article L. 1434-6 du code de la santé publique. Les SIOS en cours conservent donc leur validité et ne sont ni révisables ni abrogeables avant leur échéance. Le PRS rénové proposé par les ARS s'inscrit également, pour une région donnée, dans une logique de planification et de programmation des moyens, en cohérence avec la stratégie nationale de santé du gouvernement et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale.

Les regroupements GIRCI constituent, du point de vue de la répartition du volume de l'activité nationale, des ensembles plus homogènes que ceux constitués par les CHU eux-mêmes. Le volume d'activité par GIRCI représente un poids moyen de l'ordre de 14 % du total de l'activité de l'ensemble des CHU, que cette activité soit spécifique des CHU ou non.

B - Le recours aux GCS pour organiser les relations inter-CHU

L'organisation regroupée peut aussi adopter au niveau national une structuration en groupement de coopération sanitaire (GCS). Le GCS « HUGO »²⁴² réunit les CHU de Brest, Rennes, Angers, Tours et le plus important d'entre eux, en parts d'activité, le CHU de Nantes. HUGO s'appuie également sur un GIRCI, le GIRCI des CHU du Grand-Ouest. Il dépasse ainsi les limites d'une seule nouvelle région et fédère aujourd'hui les régions Bretagne, Pays-de-Loire et Centre Val de Loire. Le GCS a proposé en juin 2018 un projet stratégique pour « approfondir les partenariats avec le monde scientifique », il envisage « un travail de diagnostic partagé concernant les effectifs HU », mais souhaite aussi organiser et renforcer les complémentarités en soins afin « d'éviter que les patients ne s'adressent à des établissements situés en dehors de l'interrégion »²⁴³.

D'autres références à des GIRCI peuvent être présentées pour illustrer ce travail collaboratif en « réseau de CHU » : le « G4 » pour les CHU des régions Haut-de-France et Normandie (avec les CHU de Caen, Rouen, Amiens et le plus important d'entre eux en volume d'activités, le CHU de Lille), ou le GIRCI « Grand-Est » pour les régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand-Est (avec les CHU de Dijon, Besançon, Reims, Nancy et Strasbourg, le plus important pour l'activité).

Le GCS « PARC » (Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie) créé en mars 2016 entre le CHU de Bordeaux et l'Institut de Cancérologie Bergognié va être rejoint en 2019 par les CHU de Poitiers et de Limoges, lesquels, en l'absence de CLCC dans leur ancienne région, jouent pleinement le rôle de recours en cancérologie. Ce GCS, qui réunira donc les trois CHU de la nouvelle région NA et le CLCC de Bordeaux, a pour objectif de « promouvoir les complémentarités et les synergies en cancérologie et de favoriser la mutualisation des moyens et des équipements entre les établissements adhérents ». Ce GCS vise également une meilleure utilisation jointe des moyens mis en commun par les partenaires à un moment où le déficit du CHU de Bordeaux atteint 3,8 M€ en 2017 et celui du CLCC affichait, en 2016, un déficit de 1,6 M€.

Cette organisation de type « réseau » installe donc progressivement, dans le paysage de l'offre de soin territoriale, une logique coopérative qui tend à se substituer à l'esprit de concurrence qui peut exister entre les CHU, ou encore entre les CHU et les CLCC, que ce soit en matière de recours, de recherche ou de gradation des soins.

²⁴² Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, p. 154. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

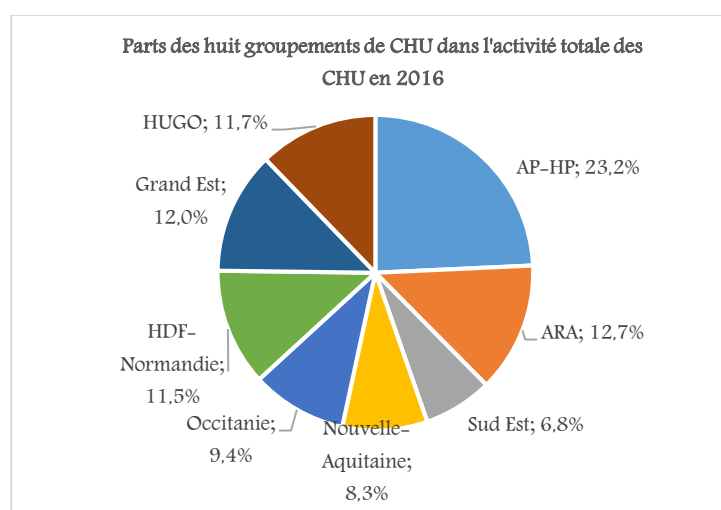
²⁴³ 26 juin 2018 APM News.com.

C - La place des huit plus importants CHU au sein de possibles regroupements

En considérant les 8 CHU métropolitains les plus importants (cf. chapitre I) et en les associant à des CHU de taille moyenne ou plus petite pour réaliser des regroupements selon une cartographie en « régions » ou en « GIRCI »²⁴⁴, il est possible de comparer 8 « réseaux » potentiels de taille et d'ambition relativement proches dans le domaine de la production de soins.

Une organisation en « réseau » telle que décrite ci-dessus, favorisant les coopérations entre CHU « support de réseau » et CHU « de proximité », rejoint la recommandation de la Cour des comptes formulée en matière de formation et de recherche de voir « une responsabilité de tête de réseau, confiée à cinq ou dix CHU à forte visibilité internationale sur le plan scientifique », cette orientation ne devant pas « conduire à leur réserver l'activité de recherche mais à en améliorer l'organisation entre établissements dans une approche graduée »²⁴⁵. La proposition de structuration en « réseaux HU » peut ainsi se concevoir également pour le soin.

Graphique n° 43 : activité des 8 plus importants CHU métropolitains au sein de leurs possibles « réseaux » associés



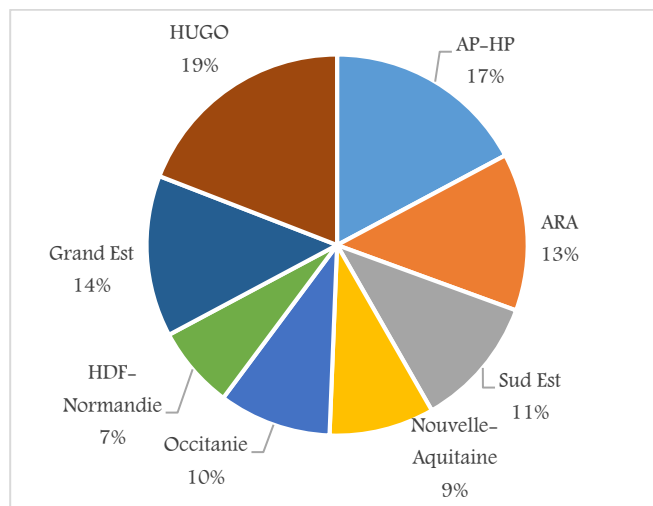
Source : Cour des comptes

La proposition de regroupements ou réseaux de CHU pourrait également être structurante pour la prochaine révision et distribution des autorisations des activités du « type SIOS », de niveau national, en favorisant plus nettement l'identification de chaque CHU et celle de l'établissement « support du réseau » en matière d'activité de recours et de référence (brûlés, néonatalogie, greffe hépatique ou cardiaque...). Le graphique n° 42 montre une répartition potentielle assez homogène de la distribution des autorisations des type SIOS entre les « réseaux » de CHU.

²⁴⁴ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, carte n° 1, page 153. La documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁴⁵ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, p. 15. La documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

Graphique n° 44 : répartition des autorisations du SIOS par regroupement de CHU en 2016



Source : Cour des comptes, source ARGHOS

Sur le modèle des GHT, les CHU les plus importants en activité auraient vocation à devenir établissement support du regroupement ou support de réseau, les autres CHU pouvant se voir confier, pour chacun d'entre eux, un rôle de « responsable » d'une filière HU spécifique d'excellence, lorsque ce CHU est particulièrement référent pour le soin, l'enseignement ou la recherche, dans un domaine ou pour un thème. Les filières HU d'excellence, intégrant soins, recherche et enseignement, pourraient être à même de constituer de véritables « Pôles HU inter-établissements ».

Parmi les CHU visités par la Cour en 2018, celui de Toulouse s'est appuyé sur le développement, déjà ancien, de projets favorisant le repérage de la fragilité²⁴⁶ et la promotion d'actions permettant de retarder la perte d'autonomie et l'entrée en dépendance, pour structurer le parcours de soins des personnes âgées sur le territoire du GHT. L'existence du Gérontopôle qui porte, avec le projet d'Institut Hospitalo-Universitaire (IHU) INSPIRE, l'axe de recherche *Vieillir en bonne santé et prévention de la fragilité*, a permis la transposition, dans le PRS, de certaines priorités opérationnelles telles que « maintenir le plus longtemps possible l'autonomie à domicile de la personne âgée fragile ou à risque de fragilité » afin d'intervenir en amont du processus de fragilisation et d'atténuer ou retarder la perte d'autonomie et la dépendance. La plateforme de la fragilité du Gérontopôle, axée sur le diagnostic et la prévention de la fragilité chez la personne âgée apparemment saine mais pouvant présenter des facteurs prédisposant à la fragilité, joue un rôle important dans la filière personnes âgées du GHT. Cette structuration constitue un signe important de l'imbrication effective de la mission de recherche avec celle de soins.

²⁴⁶ Un PHRC (2009) imagerie, adossé à l'étude interventionnelle MAPT (étude randomisée compléments alimentaires/placebo et groupe multi intervention/suivi habituel), mené par le Dr Voisin, a permis de financer la réalisation des images (IRM) en vue de déterminer des biomarqueurs d'imagerie pour la prédisposition à la maladie d'Alzheimer.

Comme dans l'exemple du GCS PARC de NA, ou encore HUGO, un regroupement du type « réseau » HU a vocation à réunir, par installation d'une convention, non seulement les CHU d'une région ou d'une interrégion, mais également les CLCC. Une approche similaire pourrait être évoquée avec les instituts hospitalo-universitaires (IHU), lorsqu'ils sont présents au sein de la région ou de l'interrégion concernée, dans le but de favoriser la contribution de ces établissements aux filières d'excellence, et de faciliter l'imbrication de la mission de recherche avec celle de soins. Les six IHU existant à ce jour sont tous en proximité d'un des huit gros CHU décrits précédemment : APHP (3IHU), APHM, Strasbourg, Bordeaux.

Le rapport précité de la Cour sur *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale* a montré qu'une différence majeure entre les six IHU, existant à ce jour, réside dans la prise en charge ou non d'activités de soins. Pour certains d'entre eux (A-ICM, ICAN, LIRYC), le périmètre de l'IHU ne recouvre pas d'activités de soins, celles-ci restant du ressort du CHU. Pour d'autres, comme à Strasbourg, l'IHU a financé la réalisation de salles d'opération équipées dans son bâtiment et à Marseille, le bâtiment de l'IHU intègre un service hospitalier. L'institut Imagine à Necker intègre également des consultations du CHU dans son bâtiment et articule ainsi étroitement soins et recherche.

Les IHU sont associés à des universités, à des CHU, ainsi qu'à des laboratoires privés et publics. Ils ont pour but d'être des pôles d'excellence de la recherche biomédicale française, de former des spécialistes dans leurs domaines de compétence, d'attirer des chercheurs renommés et de favoriser la valorisation de leurs travaux. Ils doivent aussi permettre le développement de produits de santé innovants, en tissant des partenariats, d'accroître l'attractivité de la France pour les industries de santé, et d'améliorer l'efficacité des soins par la maîtrise des coûts.

L'institut Imagine de Necker : « Inventer la médecine de demain, développer de nouveaux traitements et diagnostics pour améliorer la prise en charge du patient »

Un enfant atteint de maladie génétique est pris en charge à la fois par des médecins qui le soignent et par des équipes de recherche qui accompagnent le médecin pour comprendre la maladie et optimiser un traitement.

Les enfants suivis à l'hôpital Necker sont reçus en consultation dans un lieu spécialement adapté à leur handicap, au sein de l'institut Imagine (46 000 consultations par an en 2016). Leur prise en charge a pu être améliorée grâce à une approche multidisciplinaire développée par l'espace maladies rares faisant appel à des médecins de spécialités différentes, mais aussi à des psychologues, des diététiciens, des kinésithérapeutes, des assistants sociaux et bien d'autres.

Les patients peuvent participer directement à des essais cliniques au sein d'une structure dédiée, le centre d'investigation clinique. L'efficacité thérapeutique de ces nouveaux médicaments est évaluée par l'unité de recherche clinique de l'hôpital Necker. Pour augmenter leur nombre et accélérer leur mise en œuvre, ces essais peuvent être pilotés et cofinancés par le département recherche clinique de l'institut Imagine.

Onze centres de référence maladies rares sont parties prenantes des parcours intégrés de recherche et de soins d'Imagine et s'organisent autour d'une plateforme commune qui leur permet d'unir leurs forces pour répondre au mieux aux missions qui leur sont confiées, l'espace maladies rares.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les GHT ont « pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». De fait, la création du GHT, qui résulte d'une obligation légale, a constitué un catalyseur des processus de coopération au niveau départemental et régional.

Dans les situations les plus avancées, les GHT, que l'établissement support soit un CHU ou un CH, représentent un dispositif intégratif, favorisant directions communes voire fusions entre établissements.

L'observation faite au niveau des CHU de l'échantillon de l'enquête de la Cour montre clairement des tailles disparates de GHT, un modèle intégratif plus ou moins avancé qui souffre régulièrement de l'absence de personnalité morale pour permettre de peser dans la finalisation des rapprochements d'établissements et dans la réorganisation territoriale. Les fusions d'établissements ne progressent que lentement ; elles sont rendues difficiles par les accords à obtenir entre les gouvernances et sont ralenties par l'absence d'outil juridique « facilitant » à l'échelle du GHT ou par des blocages statutaires. Pour palier ces difficultés, différentes solutions de coopération continuent donc de coexister sur un même territoire et au niveau national.

Les CHU peuvent exercer leur action régionale ou interrégionale au travers des organisations territoriales les associant à des « GHT hors CHU » par la mise en place de « conventions d'association ». Mais la coopération entre établissements et la gradation des soins sur un territoire de niveau régional peut ainsi être menacée par :

- l'absence de signature de convention d'association entre un CH et un CHU donné par une concurrence affichée entre deux CHU d'une même région sanitaire mais appartenant à des subdivisions d'internat concurrentielles ;*
- la mise en concurrence de CH de GHT hors CHU avec le CHU de rattachement, sur des activités proches ou apparemment proches en terme de recours ou d'excellence, en raison de l'absence de PMP regroupant les GHT autour de leur CHU ;*
- les divergences entre la cartographie des subdivisions d'internat, celles de l'organisation des soins et celles des contours administratifs des nouvelles régions issues de la loi NOTRÉ ;*
- l'absence de possibilité de partager recettes et dépenses pour une filière et un parcours de soin de recours ou de référence de niveau régional.*

Alors même que le SRS fait appel à de nombreuses compétences des CHU, puisqu'il s'intéresse à « l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé » du territoire de l'ARS, la contribution des CHU à la préparation des PRS pourrait être précisée.

Dans cette logique, une structuration en « réseaux » de CHU de niveau régional serait à même de favoriser la gradation des soins entre les CHU et la distribution des autorisations des activités du « type SIOS » entre chaque CHU en matière d'activité de recours et de référence. Au-delà du rôle d'établissement « support du regroupement », chaque CHU membre du réseau pourrait se voir confier un statut de « responsable » d'une filière HU d'excellence intégrant soins, recherche et enseignement, et à même de constituer de véritables « Pôles HU inter-établissements ».

Deux modalités principales apparaissent envisageables pour structurer ces réseaux de CHU. La première repose sur un modèle confédéral, prévoyant une répartition cohérente des activités entre ses membres, en particulier les activités les plus coûteuses. Le GIRCI et groupement de coopération sanitaire « HUGO » est précurseur de ce modèle. Il vise en effet à coordonner l'action des CHU de l'inter-région Grand Ouest²⁴⁷, notamment par le maintien et le développement des activités et équipements de recours, la labellisation des structures, le soutien aux dossiers de l'inter-région dans les appels à projet de recherche en santé, ainsi que la gestion commune de plusieurs aspects de la politique de gestion des ressources humaines (formation notamment). Dans un modèle plus intégré, un CHU pourrait coordonner une partie des activités de recours et de recherche, au bénéfice de l'ensemble du réseau. Le réseau « AURA », qui réunit les HCL et les CHU de Grenoble, Clermont-Ferrand et Saint-Etienne en fournit une illustration. Les instances d'AURA envisagent ainsi des actions communes aux CHU, dans un contexte où les HCL assurent la mission de tête de réseau. Dans la constitution des réseaux de CHU, un modèle unique applicable à l'ensemble du territoire n'aurait pas de sens, l'équilibre à trouver entre les différentes formules possibles étant étroitement dépendant de la structuration des établissements au niveau local et des traditions de coopération existant entre eux. Pour l'île-de-France, les groupements hospitaliers et universitaires en cours de constitution de l'APHP pourraient constituer la base d'une véritable structuration en « réseau HU » pour cette région.

En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :

8. organiser la constitution de 8 à 10 réseaux de CHU afin de favoriser la plus grande articulation possible entre les CHU eux-mêmes d'une part, et entre les CHU et les groupements hospitaliers de territoire d'autre part, afin de renforcer la gradation des soins et d'optimiser les parcours de formation et de recherche (Ministères Santé et Enseignement supérieur et recherche).

²⁴⁷ Le GCS HUGO (hôpitaux universitaires du Grand Ouest) inclut les CHU d'Angers, de Brest, de Nantes, de Rennes et de Tours, ainsi que le CHR d'Orléans, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) et, depuis le 1^{er} janvier 2016, les CH de La Roche-sur-Yon et du Mans.

Conclusion générale

Soixante ans après leur création par les ordonnances de 1958, les CHU apparaissent aujourd'hui affaiblis dans leur capacité à exercer leurs missions. Le rapport de la Cour relatif à la formation et à la recherche²⁴⁸ avait souligné l'importante hétérogénéité des CHU au regard de ces missions. Le présent rapport montre qu'il en va de même pour l'activité de soins, qui est exercée de manière très variable par les différents CHU. Alors que certains d'entre eux assurent pleinement leur rôle de recours et de référence, d'autres ont une activité plus centrée sur la proximité, qui ne se distingue que difficilement de celle de grands centres hospitaliers.

Cette difficulté des CHU à assurer de manière homogène l'ensemble de leurs missions est accentuée par les incertitudes qui existent aujourd'hui sur leur rôle au niveau territorial. La constitution des nouvelles régions, qui a abouti à ce que plusieurs CHU soient désormais présents sur les territoires de chacune des régions, pose la question du rayonnement territorial des établissements hospitalo-universitaires et de l'interaction des CHU entre eux. Comme en matière d'activité de soins, c'est l'hétérogénéité des situations locales en matière de structuration de l'offre de soins qui domine.

Enfin, la contrainte financière est venue aggraver ces difficultés, en privant les CHU d'une partie de leur capacité d'investissement. Cette tension sur les moyens n'a pas été sans impact sur l'attractivité des CHU, tant pour les patients souvent rebutés par la vétusté de certains locaux que pour les personnels dont les conditions d'exercice se sont dégradées. Ainsi, même si l'administration fait valoir qu'elle n'a pas constaté au cours de ces dernières années de baisse d'attractivité dans les recrutements, au regard du nombre de postes qui ne seraient pas pourvus, des démissions plus nombreuses ont été constatées parmi les personnels hospitalo-universitaires. Elles se sont élevées à 64 au cours des cinq dernières années (46 PUPH et 18 MCUPH). Cette situation peut s'expliquer par le niveau d'exigence croissant des conditions d'exercice dans les CHU.

Pour autant, la triple mission des CHU telles qu'elle a été définie en 1958, articulant soins, recherche et formation, semble toujours d'actualité. Les interactions entre la formation, le soin et la recherche restent indispensables au progrès médical et, malgré la diversité des systèmes de soins, aucun pays comparable à la France n'a entendu remettre en cause l'existence du modèle hospitalo-universitaire. Ce sont aujourd'hui les conditions de l'exercice de leurs missions par les CHU qui paraissent devoir être réinventées. Pour cela, il est proposé une organisation en réseau, distinguant une dizaine de pôles de formation, de recherche et de soins, dotés de prérogatives particulières, afin de favoriser la plus grande articulation possible entre les CHU eux-mêmes d'une part, et entre les CHU et les groupements hospitaliers de territoire d'autre part, afin de renforcer la gradation des soins et d'optimiser les parcours de formation et de recherche.

Une telle formule présenterait l'avantage de pouvoir plus facilement concentrer des moyens qui restent aujourd'hui trop éparpillés, tout en rendant plus cohérente et efficace la gouvernance du système hospitalier.

²⁴⁸ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*. La Documentation française, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

Liste des abréviations

| | |
|-------------|--|
| ABM..... | Agence de biomédecine |
| ANAP | Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé |
| APHM | Assistance publique-Hôpitaux de Marseille |
| APHP | Assistance Publique-Hôpitaux de Paris |
| ARS | Agence régionale de santé |
| ATIH | Agence technique de l'information sur l'hospitalisation |
| ATU | Accueil et traitement des urgences |
| CCAM..... | Classification commune des actes médicaux |
| CH | Centre hospitalier |
| CHIC..... | Centre hospitalier intercommunal |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CHRU | Centre hospitalier régional universitaire |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CLCC | Centre de lutte contre le cancer |
| CMD..... | Catégorie majeure de diagnostic |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| CNAM | Caisse nationale d'assurance maladie |
| CNG | Centre national de gestion |
| CNOM | Conseil national de l'ordre des médecins |
| COFRAC..... | Comité français d'accréditation |
| COS..... | Cadre d'orientation stratégique |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPOM | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens |
| CPTS | Communauté professionnelle territoriale de santé |
| CRB | Centre de ressources biologiques |
| CRMR | Centre de référence maladies rares |
| CRPP | Compte de résultat prévisionnel principal |
| CSP | Code de la santé publique |
| CSS | Code de la sécurité sociale |
| DGF..... | Dotation globale de financement |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGRH | Direction générale des ressources humaines |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DIM..... | Département d'information médicale |
| DMS..... | Durée moyenne de séjour |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |

| | |
|--------------|---|
| DSS | Direction de la sécurité sociale |
| EA | Équipe d'accueil universitaire |
| EBNL | Établissement à but non lucratif |
| EFS | Établissement français du sang |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EML | Équipements matériels lourds |
| EMRC | Équipe mobile de recherche clinique |
| ENC..... | Échelle nationale des coûts |
| EPRD | État prévisionnel des recettes et des dépenses |
| EPS | Établissement public de santé |
| EPST | Établissement public à caractère scientifique et technologique |
| EPCI..... | Établissement public de coopération intercommunale |
| ESPIC | Établissement de santé privé d'intérêt collectif |
| ETP | Équivalent temps plein |
| Ex-DGF..... | Ex-dotation globale de financement |
| Ex-OQN | Ex-objectif quantifié national |
| FHF | Fédération hospitalière de France |
| FHP | Fédération de l'hospitalisation privée |
| FHU | Fédération hospitalo-universitaire |
| FMIH..... | Fédération médicale inter-hospitalière |
| FMIHU..... | Fédération médicale inter-hospitalo-universitaire |
| GCS | Groupement de coopération sanitaire |
| GH | Groupe hospitalier (APHP) |
| GHM | Groupe homogène de malades |
| GHS | Groupe homogène de séjour |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| GHU..... | Groupement hospitalier universitaire |
| GIRCI..... | Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation |
| GIRPI | Groupement interrégional pour une pédagogie innovante |
| GRACE | Groupe francophone de réadaptation améliorée après chirurgie |
| HAD..... | Hospitalisation à domicile |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HCL | Hospices civils de Lyon |
| HPST | Hôpital patient santé territoire (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) |
| HU | Hospitalo-universitaire |
| HUGO | Hôpitaux universitaires du Grand Ouest (GCS) |
| IGAENR | Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IHU..... | Institut hospitalo-universitaire |
| INCA | Institut national contre le cancer |
| INRIA | Institut national de la recherche en informatique et automatique |
| INSB..... | Institut des sciences biologiques (CNRS) |

| | |
|--------------|---|
| IP-DMS | Indice de performance de la durée moyenne de séjour |
| LMSS | Loi de modernisation de notre système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| MEAH | Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier |
| MERRI | Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation |
| MIGAC | Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation |
| NOTRé | Nouvelle organisation territoriale de la République (loi n° 2015-991 du 7 août 2015) |
| ODAM..... | Objectif de dépenses d'assurance maladie (hôpitaux) |
| ONDAM | Objectif national de dépenses d'assurance maladie |
| OQOS..... | Objectifs quantifiés de l'offre de soins |
| ORFEE..... | Outil de représentation des flux entre établissements |
| ORS | Observatoire régional de santé |
| PACES | Première année commune des études de santé |
| PECH | Prime d'engagement dans la carrière hospitalière |
| PET..... | Prime d'exercice territorial |
| PH..... | Praticien hospitalier |
| PIRAMIG..... | Pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général |
| PMP..... | Projet médical partagé |
| PMSI | Programme de médicalisation du système d'information |
| PRADO | Programme d'accompagnement de retour à domicile |
| PRAPS | Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies |
| PU-PH | Professeur des universités-praticien hospitalier |
| RAAC..... | Réadaptation améliorée après chirurgie |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SAU..... | Service d'accueil des urgences |
| SIH | Système d'information hospitalier |
| SIOS | Schéma interrégional de l'offre de soins |
| SROS..... | Schéma régional de l'offre de soins |
| SRS..... | Schéma régional de santé |
| SSA | Service de santé des armées |
| T2A | Tarifification à l'activité |
| TAVI..... | Implantation percutanée d'une prothèse valvulaire aortique (traduction) |
| TIC | Tarifs issus des coûts |
| TRENAU..... | <i>Trauma system</i> du Réseau Nord Alpin des Urgences |

Annexes

| | |
|--|-----|
| Annexe n° 1 : échange de courriers entre le Premier président de la Cour des comptes et le président de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale..... | 172 |
| Annexe n° 2 : deux approches alternatives de l'activité de proximité des CHU..... | 178 |
| Annexe n° 3 : l'activité de proximité des CHU comparée à celle des centres hospitaliers..... | 181 |
| Annexe n° 4 : liste des 65 établissements de santé comparés aux CHU | 183 |
| Annexe n° 5 : les aspects méthodologiques de l'étude de l'activité de recours | 184 |
| Annexe n° 6 : l'absence de causes démographiques à l'évolution de l'activité des CHU | 186 |
| Annexe n° 7 : greffes cardiaques, liste des centres autorisés en France au 31 décembre 2016 | 188 |
| Annexe n° 8 : opérations majeures d'investissement des CHU accompagnées par le COPERMO entre 2013 et 2017 (M€)..... | 189 |
| Annexe n° 9 : liste des personnes rencontrées..... | 190 |

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le Premier président de la Cour des comptes et le président de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

Paris, le 3 novembre 2016

Réf. : L164

Monsieur le Premier président,

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, je vous demande, au nom de la commission des affaires sociales, la réalisation par la Cour des comptes d'une enquête sur le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé.

Cette enquête devra prendre en considération l'ensemble des missions dévolues aux CHU en matière de soins, d'enseignement supérieur et de recherche médicale.

En s'appuyant sur un échantillon représentatif d'établissements, l'enquête évaluera les conditions dans lesquelles les CHU accomplissent ces différentes missions au regard de la réalisation des objectifs de la politique de santé et de la poursuite des politiques publiques d'enseignement supérieur et de recherche, et les financements qui leur sont consacrés. Elle examinera également dans quelle mesure, dans le contexte de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les CHU contribuent à une gradation optimale de l'offre de soins au plan territorial, tant du point de vue de la satisfaction des besoins de santé que de la bonne utilisation des moyens dévolus aux établissements hospitaliers.

Cette enquête pourra faire l'objet d'une remise en deux temps. Un premier rapport centré sur les problématiques d'enseignement supérieur et de recherche médicale serait remis au mois de décembre 2017. Un second rapport consacré plus spécifiquement à la politique de soins pourrait être adressé au mois de novembre 2018.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de ma haute considération.


Alain MILON

Cour des comptes

**Le Premier président**

1604489

Le 16 NOV. 2016

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier en date du 3 novembre dernier, je vous confirme que la Cour procédera à l'enquête consacrée *au rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé*, que vous avez demandée en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières.

Conformément aux termes de votre lettre, la communication vous sera remise en deux temps.

Le premier rapport, consacré à la problématique d'enseignement supérieur et de recherche médicale, sera préparé par une formation associant les 3^{ème} et 6^{ème} chambres, présidée par M. Patrick Lefas, président de chambre maintenu. Il vous sera remis au mois de décembre 2017.

Le second rapport, centré sur la politique de soins, sera préparé par la 6^{ème} chambre de la Cour, présidée par M. Antoine Durrleman. Il vous sera communiqué au mois de novembre 2018.

D'ores et déjà, M. Patrick Lefas, avec les magistrats concernés, se tient à la disposition du ou des rapporteurs que votre commission souhaitera désigner pour préciser le champ et l'approche à retenir pour le premier rapport.

Je vous propose que ces précisions convenues fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Monsieur Henri Paul, Rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, se tient à votre disposition sur l'ensemble de ces sujets.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération. _____

Didier Migaud

Monsieur Alain Milon
Président de la Commission des
affaires sociales
SÉNAT
15, rue de Vaugirard
75006 Paris

Cour des comptes

Le **16 MARS 2017****Le Premier président**

Monsieur le Président,

Par échange de courriers en date des 3 et 16 novembre 2016, nous sommes convenus que la Cour des comptes procède, conformément à votre demande et en application des dispositions de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, à une enquête sur le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé. Cette enquête donnera lieu à la remise de deux rapports successifs :

- le premier, en décembre 2017, analysera les conditions dans lesquelles les CHU accomplissent leurs missions d'enseignement supérieur et de recherche médicale au regard des objectifs des politiques publiques correspondantes et des financements qui leur sont consacrés ;
- le second, en novembre 2018, visera à examiner dans quelle mesure, dans le contexte de mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les CHU contribuent à une gradation optimale de l'offre de soins au plan territorial, tant du point de vue de la satisfaction des besoins de santé que de la bonne utilisation des moyens dévolus aux établissements hospitaliers.

Afin de préparer le premier rapport, une formation interchambres associant la troisième chambre compétente notamment sur l'enseignement et la recherche et la sixième chambre compétente sur la santé et la sécurité sociale a été constituée sous la présidence de M. Patrick Lefas, président de chambre maintenu.

Monsieur Alain MILON
Président de la commission des affaires
sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75006 PARIS

L'équipe de contrôle, qui rapporte devant la formation commune, est constituée de M. Michel Clément, conseiller maître, rapporteur général, Mme Laure Fau, conseillère référendaire, M. Patrick Netter, conseiller-expert, Mme Florence Gérard-Chalet, M. Frédéric Gaston et M. Jean Christophe Bras, rapporteurs. Le contre-rapporteur est M. Noël Diricq, conseiller maître. La formation commune a délibéré sur la note de cadrage de l'enquête et en a approuvé le plan de contrôle lors de sa séance du 15 décembre 2016.

Le périmètre de l'enquête est constitué des 30 centres hospitaliers universitaires répartis sur le territoire et des 34 universités comptant une faculté de médecine. La période de contrôle porte sur les exercices 2011 à 2016.

L'enquête mobilisera les données disponibles sur l'ensemble des CHU et des universités associées, ou transmises à la Cour par les administrations centrales et les conférences professionnelles compétentes. Par ailleurs, des investigations plus approfondies seront réalisées sur un échantillon de six sites : le CHU et l'université d'Angers, le CHU et l'université de Bordeaux, le CHU et l'université de Saint-Etienne, les hôpitaux universitaires et l'université de Strasbourg, les hôpitaux universitaires Paris-Est et Pitié-Salpêtrière Charles Foix et l'université Pierre-et-Marie-Curie, les hôpitaux universitaires Paris-Sud et l'université Paris-Sud.

L'équipe de contrôle aura des échanges approfondis avec les dirigeants des administrations centrales, des organismes nationaux de recherche et des conférences et associations nationales concernés, ainsi que les responsables des établissements et universités des sites de l'échantillon et, le cas échéant, d'autres sites. Les instituts hospitalo-universitaires présents sur ces sites feront également l'objet d'un examen particulier.

À l'issue de l'entretien que vous avez bien voulu accorder le 27 février 2017 à l'équipe de contrôle, il a été convenu que la Cour s'attacherait à analyser les thèmes suivants :

1. Concernant l'enseignement, l'enquête n'a pas pour but d'étudier l'organisation des études médicales, mais d'évaluer le volume et le coût de l'activité de formation des médecins assurée par les CHU, et la capacité du système à les former de façon homogène et conformément à l'état de l'art médical et aux progrès technologiques.

Les premiers travaux de l'équipe de contrôle montrent que les pouvoirs publics prêtent aux problématiques de formation une moindre attention qu'à celles concernant la recherche. Le pilotage national se caractérise par un investissement inégal des administrations, une évaluation encore naissante, une réflexion prospective insuffisante et apparaît au total peu consistant. Face à la progression significative du nombre d'étudiants et d'internes, les mécanismes nationaux de régulation ont une efficacité contestée.

La formation pratique est par ailleurs de plus en plus fréquemment assurée par des personnels qui ne sont pas de statut hospitalo-universitaire. Les stages à l'extérieur des CHU ne sont pas non plus toujours organisés dans une optique de meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

Les conditions dans lesquelles les CHU s'organisent pour exercer les missions de coordination que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé leur a confiées en matière de formation initiale des professionnels médicaux, de recherche et de gestion de la démographie médicale, au bénéfice des établissements parties aux 135 groupements hospitaliers de territoire seront documentées. La coordination avec les régions sera également analysée.

2. Dans le domaine de la recherche médicale, l'objectif de l'enquête est d'examiner la contribution des CHU à cette activité et d'apprécier la qualité du pilotage et de l'organisation de celle-ci tant au niveau national que local.

Les modalités de financement de la recherche dans les établissements seront analysées de manière rétrospective et prospective. La situation a en effet beaucoup évolué depuis une dizaine d'années : financements spécifiques des CHU issus de l'assurance-maladie et alloués sur des critères d'activité de recherche, appels à projets dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique, nouvelles formes de coopération financées par le programme d'investissements d'avenir. Un bilan sera tiré des nouvelles formes de coopération hospitalo-universitaire.

Les premiers constats réalisés par l'équipe de contrôle montrent que certaines opérations qui avaient vocation à améliorer la coordination en matière de financement, comme le plan de programmation pour la recherche en santé, semblent au point mort. Il n'existe par ailleurs aucune consolidation des données permettant de mesurer l'effort total des pouvoirs publics dans ce domaine.

La part de la recherche clinique réalisée en coopération avec les laboratoires pharmaceutiques par rapport à celle conduite de façon autonome sera appréciée. Les obstacles à la généralisation à la recherche clinique des pratiques reconnues internationalement en matière de recherche fondamentale, qu'il s'agisse de l'organisation de la mobilité des chercheurs, des modalités d'allocation des moyens, de publication et d'évaluation des résultats, seront identifiés.

Au niveau local, malgré les novations introduites par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la coordination des acteurs (CHU, université, organismes de recherche) apparaît très variable d'un site à l'autre, en fonction de leur volonté de travailler ensemble. L'ensemble du système est marqué par un foisonnement de structures et d'instances consultatives, et un cloisonnement encore trop important entre recherche fondamentale, recherche translationnelle et recherche clinique.

L'enquête examinera également si l'organisation territoriale de la recherche médicale menée par les CHU est pertinente et si son efficience peut être améliorée.

3. En matière de ressources humaines, l'enquête s'attachera à établir un état des lieux des effectifs hospitalo-universitaires dans leurs différentes composantes et leur répartition géographique, par catégorie d'établissements et par discipline médicale. Elle examinera la gestion locale du personnel hospitalo-universitaire dans les six établissements de l'échantillon, notamment les processus d'ouverture de postes hospitalo-universitaires, la sélection des candidats et la gestion des parcours professionnels. Elle analysera les modalités d'évaluation des différentes activités de ce personnel, qu'il s'agisse de leur pratique clinique, de leurs travaux de recherche, de leur enseignement et des fonctions d'encadrement. Enfin, la gestion du temps de travail entre les différentes missions fera l'objet d'une comparaison entre les différents établissements de l'échantillon. La problématique de l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires et, au sein de ces carrières, de l'activité de chercheur sera également abordée.

4. La réflexion sera ouverte sur une meilleure articulation de l'organisation universitaire et de l'organisation des CHU sur le fondement de l'article L. 6142-3 du code de la santé publique.

Il a été convenu que le rapport vous serait transmis d'ici le 15 décembre 2017.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération


Didier Migaud

Annexe n° 2 : deux approches alternatives de l'activité de proximité des CHU

D'un point de vue méthodologique, définir une limite territoriale à la notion de proximité ne peut être un choix qui s'applique de façon uniforme à l'ensemble des établissements de santé. Ainsi la notion de proximité pour un CHU ou tout autre établissement de santé de taille importante, peut être appréciée à un niveau départemental, ou régional. À l'opposé, une clinique ou un hôpital de proximité de taille plus modeste, réalisent un recrutement local de leurs patientèles sur un périmètre communal voire intercommunal.

Cette absence d'unicité de la notion de proximité a été formalisée par la théorie de la localisation des services selon les lieux centraux proposée par Christaller²⁴⁹ : « *Chaque équipement tertiaire découpe l'espace en hexagones, c'est-à-dire l'aire de chalandise. La taille de celle-ci dépend étroitement du degré de spécialisation de l'activité. Au-delà de la limite de l'aire de chalandise, le client renonce car la distance est devenue dissuasive ; il se tourne alors vers un autre centre* ».

Compte tenu de ces difficultés méthodologiques, trois approches sont envisageables pour traduire la notion de soins de proximité dans les données offertes par le PMSI. Au-delà de la seule approche par la liste des 20 racines de GHM les plus fréquents en établissements de santé, deux autres approches sont envisageables pour traduire la notion de soins de proximité dans les données offertes par le PMSI : une approche large, incluant l'ensemble des séjours réalisés dans moins de 50 % des cas en CHU et une approche intermédiaire ramenant cette proportion à 40 %.

Activité de proximité entendue comme l'activité exercée à moins de 50 % en CHU

Si l'activité de proximité est définie comme l'activité réalisée à moins de 50 % dans les CHU, alors cette activité regroupe en 2016 plus de 17,5 millions de séjours, soit 94,5 % de l'activité hospitalière pour la France entière. En effet, dans cette première approche, l'activité de proximité se définit comme l'ensemble des soins hospitaliers qui ne relèvent pas d'une activité de recours ou d'expertise.

Les cliniques constituent les établissements de santé disposant de la plus grande part d'activité de proximité (99 % de leur activité totale), suivies par les CH (96,7 %). Les CHU figurent en dernière position avec 83,6 % d'activité de proximité en 2016.

²⁴⁹ Cité par LUCAS-GABRIELLI Véronique, NABET Norbert, TONNELIER François. *Les soins de proximité : une exception française ?* Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), rapport n° 503, juillet 2001.

**Tableau n° 43 : comparaison de la proportion de l'activité de proximité
(exercée à moins de 50 % dans les CHU) dans l'activité totale
des établissements de santé (données 2016)**

| <i>Établissement</i> | CHU | CH | Clinique | CLCC | ESPIC | SSA | TOTAL |
|--|------------|-----------|-----------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| <i>activité totale (en nombre de RSA)</i> | 4 050 213 | 6 482 592 | 6 652 745 | 211 361 | 1 055 358 | 86 660 | 18 538 929 |
| <i>activité de proximité (exercée à moins de 50% en CHU, en nombre de RSA)</i> | 3 385 998 | 6 269 570 | 6 588 819 | 194 394 | 993 141 | 81 810 | 17 513 732 |
| <i>part de l'activité de proximité dans le total</i> | 83,6% | 96,7% | 99,0% | 92,0% | 94,1% | 94,4% | 94,5% |
| <i>part de l'activité de proximité dans le total 2011</i> | 83,3% | 96,4% | 99,2% | 92,9% | 94,7% | 93,0% | 94,5% |

Source : ATIH, PMSI 2016, hors séjours de la CMD 28, GHM erreurs et PIE

Ces résultats font apparaître une grande stabilité dans le temps. Ainsi en 2011, l'activité de proximité représentait 83,3 % de l'activité totale des CHU, contre 94,5 % en moyenne pour les autres catégories d'établissements.

Cependant, cette première approche paraît partiellement insatisfaisante afin de caractériser finement l'activité de proximité. Sont inclus en effet des séjours qui ne peuvent être considérés médicalement comme des séjours de proximité comme à titre d'exemple les traumatismes multiples graves (retrouvés dans 48,9 % des cas en CHU), des poses de stimulateur médullaire (46,6 % en CHU) et des allogreffes de cornée (45,8 % des séjours en CHU).

L'activité de proximité entendue comme l'activité exercée à moins de 40 % en CHU

Dans ce scénario qui retire 68 racines de GHM de l'analyse précédente, l'activité de proximité regroupe en 2016 près de 16,9 millions de séjours au total, soit 91,1 % de l'activité hospitalière pour la France entière. Les cliniques constituent les établissements de santé disposant de la plus grande part d'activité de proximité (97,8 % de leur activité totale), suivies par les CH (93,3 %). Les CHU figurent, là encore, en dernière position avec 76,7 % d'activité de proximité en 2016. Les données 2011 font apparaître de très faibles évolutions au regard de 2016.

**Tableau n° 44 : comparaison de la proportion de l'activité de proximité
(exercée à moins de 40 % dans les CHU) dans l'activité totale
des établissements de santé (données 2016)**

| Établissement | CHU | CH | Clinique | CLCC | ESPIC | SSA | TOTAL |
|--|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|--------|------------|
| activité totale (en nombre de RSA) | 4 050 213 | 6 482 592 | 6 652 745 | 211 361 | 1 055 358 | 86 660 | 18 538 929 |
| activité de proximité (exercée à moins de 40 % en CHU, en nombre de RSA) | 3 108 194 | 6 049 270 | 6 508 506 | 186 545 | 963 025 | 77 310 | 16 892 850 |
| part de l'activité de proximité dans le total | 76,7 % | 93,3 % | 97,8 % | 88,3 % | 91,3 % | 89,2 % | 91,1 % |
| part de l'activité de proximité dans le total 2011 | 76,8 % | 93,1 % | 98,2 % | 90,5 % | 91,5 % | 87,7 % | 91,3 % |

Source : ATIH, PMSI 2016, hors séjours de la CMD 28, GHM erreurs et PIE

Si ce dénombrement paraît plus satisfaisant qu'une limite portée à 50 % de l'activité des CHU, il laisse persister dans le champ de la proximité des typologies de séjours qui ne peuvent y être rattachés comme les interventions chirurgicales sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques (39,2 % en CHU), la prise en charge de cardiopathies congénitales de l'adulte (39,1 % en CHU) ou des interventions chirurgicales sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes (35,1 % en CHU).

Annexe n° 3 : l'activité de proximité des CHU comparée à celle des centres hospitaliers

Une partie importante de l'activité de proximité des CHU et celle de l'ensemble des CH est très comparable (12 racines de GHM sur 20 sont identiques soit 65 % de l'activité de proximité des CHU et 77,7 % de l'activité de proximité des CH).

Parmi les 8 racines de GHM des CH, non retrouvées pour les CHU, figurent quatre racines qui suivent de près les 20 racines les plus fréquentes des CHU. Il s'agit des césariennes pour grossesse unique (21^{ème} position dans le *case mix* des CHU), autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif de l'adulte (22^e position), éthylisme aigu (23), éthylisme avec dépendance (25)²⁵⁰. Si le champ des activités de proximité est étendu aux 50 racines de GHM les plus fréquemment présentes dans le *case mix* des établissements, alors la totalité de l'activité de proximité des CH est présente dans les CHU.

Tableau n° 45 : liste des racines figurant parmi les 20 plus fréquentes retrouvées en CH mais non retrouvées dans les 20 racines les plus fréquentes en CHU

| Racine | Volume de séjours en RSA | Dans le total des séjours des CH | Position dans le <i>case mix</i> des CHU | Libellé de l'activité |
|--------|--------------------------|----------------------------------|--|--|
| 14C08 | 70 304 | 1,08% | 21 | Césariennes pour grossesse unique |
| 06M03 | 73 372 | 1,13% | 22 | Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans |
| 20Z05 | 61 870 | 0,95% | 23 | Ethylisme aigu |
| 20Z04 | 61 494 | 0,95% | 25 | Ethylisme avec dépendance |
| 11M04 | 58 714 | 0,91% | 36 | Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans |
| 16M11 | 61 077 | 0,94% | 37 | Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans |
| 06K02 | 92 727 | 1,43% | 38 | Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours |
| 05M08 | 60 017 | 0,93% | 49 | Arythmies et troubles de la conduction cardiaque |

Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, PMSI 2016

En revanche, la réciproque n'est pas vraie pour les CHU en comparaison de l'activité de proximité des CH. Si l'activité de proximité était étendue aux 50 racines de GHM retrouvées les plus fréquemment dans les établissements, il demeurerait alors 4 racines fréquentes dans les CHU et absente de l'activité de proximité des CH. Il s'agit des activités d'explorations du système endocrinien et métabolique (51^{ème} position dans le *case mix* des CH), les injections thérapeutiques de toxine botulique (74^e position), les explorations du système respiratoire (121^{ème} position) et les explorations du système nerveux (160^{ème} position). Ces quatre activités, qui marquent la spécificité des CHU en matière de soins de proximité, représentent en 2016, 183 406 séjours soit 4,5 % de l'activité totale des CHU.

²⁵⁰ Ces quatre racines représentent en 2016 un volume de 108 817 séjours.

Tableau n° 46 : liste des racines figurant parmi les 20 plus fréquentes retrouvées en CHU mais non retrouvées dans les 20 racines les plus fréquentes en CH

| Racine | Volume de séjours en RSA | % dans le total des séjours des CHU | position de la racine dans le <i>case mix</i> des CH | Libellé de l'activité |
|--------|--------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 23M06 | 33 892 | 0,84% | 21 | Autres facteurs influant sur l'état de santé |
| 05K10 | 52 302 | 1,29% | 27 | Actes diagnostiques par voie vasculaire |
| 17M06 | 52 712 | 1,30% | 30 | Chimiothérapie pour autre tumeur |
| 05K06 | 29 215 | 0,72% | 36 | Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde |
| 10M13 | 58 376 | 1,44% | 51 | Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques |
| 01K04 | 45 304 | 1,12% | 74 | Injections de toxine botulique, en ambulatoire |
| 04M22 | 31 489 | 0,78% | 121 | Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire |
| 01M32 | 48 239 | 1,19% | 160 | Explorations et surveillance pour affections du système nerveux |

Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, PMSI 2016.

Annexe n° 4 : liste des 65 établissements de santé comparés aux CHU

| département | Etablissement |
|--|---|
| Listes des 30 centres hospitaliers non universitaires | |
| 57 | CHR METZ THIONVILLE |
| 68 | GRPE HOSP REGION MULHOUSE ET SUD ALSACE |
| 59 | CH VALENCIENNES |
| 45 | CHR ORLEANS |
| 85 | CH LA ROCHE/YON - MONTAIGU - LUCON |
| 90 | HÔPITAL NORD FRANCHE COMTE |
| 73 | CH METROPOLE SAVOIE |
| 68 | CH DE COLMAR |
| 74 | CH ANNECY-GENEVOIS |
| 72 | CH LE MANS |
| 56 | CH BRETAGNE SUD LORIENT |
| 78 | CHIC DE POISSY ST-GERMAIN |
| 29 | CHIC DE CORNOUAILLE QUIMPER |
| 83 | CHIC TOULON |
| 22 | CH ST BRIEUC |
| 20 | CH DE SAINT QUENTIN |
| 79 | CH DE NIORT |
| 66 | CH PERPIGNAN |
| 59 | CH DE ROUBAIX |
| 84 | CH HENRI DUFFAUT AVIGNON |
| 62 | CH DE BOULOGNE |
| 33 | CH DE LIBOURNE |
| 17 | GRUPEMENT HOSPITALIER DE LA ROCHELLE-RE-AUNIS |
| 95 | CH RENE DUBOS PONTOISE |
| 10 | CH BOURG EN BRESSE |
| 13 | CH DU PAYS D'AIX CHI AIX PERTUIS |
| 76 | CH DU HAVRE |
| 91 | CH SUD-FRANCIEN |
| 27 | CHIC EURE SEINE HÔPITAUX EVREUX-VERNON |
| 10 | CH DE TROYES |
| liste des 15 ESPIC | |
| 13 | HÔPITAL SAINT JOSEPH |
| 75 | GRUPEMENT HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH |
| 92 | CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL FOCH |
| 13 | HÔPITAL EUROPEEN DESBIEF AMBROISE PARE |
| 38 | GRUPEMENT HOSPITALIER MUTUALISTE DE GRENOBLE |
| 59 | HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE |
| 75 | GRUPEMENT HOSPITALIER DIACONESSES-CROIX SAINT-SIMON |
| 75 | INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS |
| 69 | CH ST JOSEPH ST LUC |
| 75 | FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCHILD |
| 33 | M.S. P. B. BAGATELLE |
| 59 | GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE |
| 35 | CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES |
| 57 | HÔPITAL ROBERT SCHUMAN |
| 94 | HÔPITAL SAINT-CAMILLE |
| liste des 20 cliniques privées du secteur ex-OQN | |
| 44 | L'HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT |
| 92 | HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY |
| 35 | CH PRIVÉ ST-GREGOIRE |
| 31 | NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION |
| 37 | PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI |
| 31 | CLINIQUE DES CEDRES |
| 14 | CH PRIVÉ ST MARTIN CAEN |
| 49 | CLINIQUE DE L'ANJOU |
| 87 | CLINIQUE FRANÇOIS CHENIEUX |
| 42 | CH PRIVÉ LOIRE |
| 56 | CLINIQUE OCEANE |
| 51 | POLYCLINIQUE COURLANCY - REIMS |
| 60 | CLINIQUE SAINT GEORGE |
| 31 | SA CLINIQUE PASTEUR |
| 57 | HÔPITAL CLINIQUE CLAUDE BERNARD |
| 59 | POLYCLINIQUE DU BOIS |
| 69 | HÔPITAL PRIVÉ JEAN MERMOZ |
| 44 | POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE |
| 72 | POLE SANTÉ SUD SITE CMC |
| 33 | POLYCLINIQUE BX-NORD AQUITAINE |

Annexe n° 5 : les aspects méthodologiques de l'étude de l'activité de recours

L'activité de soins de recours constitue, avec la recherche et la formation, un marqueur important des CHU tels que voulus par l'ordonnance de 1958. Ces activités nécessitent de mobiliser à la fois un plateau technique coûteux et évolutif, associées à de multiples compétences médicales, paramédicales et techniques et une file active de patients suffisante au maintien du niveau d'expertise de l'ensemble des acteurs. De ce fait, ces activités de recours sont associées à un niveau de risques médicaux plus important.

Ces activités de recours nécessitent d'être précisément définies afin de pouvoir évaluer le poids qu'elles représentent à la fois dans l'activité totale des CHU, mais aussi entre catégories d'établissements de santé et entre les CHU eux-mêmes. Trois méthodes peuvent être mobilisées pour évaluer la place des CHU dans les activités de recours.

La première méthode est basée sur la démarche retenue par l'ATIH en 2009²⁵¹ : les activités de recours sont définies comme l'ensemble des activités dont les séjours ont été retrouvés dans plus de 75 % des cas en CHU en 2011 et/ou 2016²⁵². Cette définition donne lieu à la sélection de 47 racines de GHM²⁵³ qui recouvrent une grande partie des activités de neurochirurgie, de transplantations d'organes et de tissus (greffes et suivis), de cancérologie spécialisée, de chirurgie néonatale et pédiatrique, de prise en charge des grands brûlés, et de surspécialités pédiatriques (comme la cardiologie interventionnelle pédiatrique).

Deux autres méthodes peuvent être mobilisés. D'une part, les activités de recours peuvent renvoyer à la notion de recours exceptionnel tel que définie dans le périmètre des MERRI. Cependant le volume de séjours inclus dans cette approche est trop faible pour constituer l'unique angle d'analyse. D'autre part, le plan maladies rares et les nombreux centres implantés sur le territoire offrent également une possibilité d'étudier la place des CHU dans cette offre de soins spécifique.

²⁵¹ ATIH. *L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ?* 2009.

²⁵² Y compris la racine de transplantation pulmonaire et les séjours réalisés dans le cadre de dons pour greffe de moelle. La méthode employée en 2009 par l'ATIH s'appuyait sur des données de 2007 collectées en version 10 du PMSI, donc dans un périmètre différent de la V11 du PMSI en vigueur actuellement et sur une liste complétée par « direx d'experts » qui ne semble plus nécessaire pour l'ATIH étant donné le niveau de précision du PMSI. La liste des racines a ainsi été considérablement réduite depuis celle établie pour le rapport initial de 2009 (de 66 à 47).

²⁵³ La liste des 47 racines de GHM figure en annexe n° 5.

| racine de GHM | Libellé de la racine |
|---------------|---|
| 01C03 | Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans |
| 01C04 | Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans |
| 01C09 | Pose d'un stimulateur cérébral |
| 01C11 | Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans |
| 01C12 | Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans |
| 01K02 | Autres embolisations intracrâniennes et médullaires |
| 01K07 | Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie |
| 01M29 | Anévrysmes cérébraux |
| 03C05 | Réparations de fissures labiale et palatine |
| 03C18 | Pose d'implants cochléaires |
| 04M21 | Suivis de greffe pulmonaire |
| 04M26 | Fibroses kystiques avec manifestations pulmonaires |
| 05C09 | Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle |
| 05K12 | Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans |
| 05K15 | Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire |
| 05M10 | Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans |
| 05M19 | Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire |
| 06C05 | Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans |
| 06M15 | Suivi de greffes de l'appareil digestif |
| 07M12 | Suivis de greffe de foie et de pancréas |
| 07M13 | Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas |
| 08M35 | Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif |
| 09M12 | Explorations et surveillance des affections de la peau |
| 10C02 | Interventions sur l'hypophyse |
| 10M10 | Maladies métaboliques congénitales sévères |
| 11C12 | Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire |
| 11M17 | Surveillances de greffes de rein |
| 15C02 | Interventions majeures sur l'appareil digestif, groupes nouveau-nés 1 à 7 |
| 15C03 | Interventions majeures sur l'appareil cardiovasculaire, groupes nouveau-nés 1 à 7 |
| 15C04 | Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7 |
| 15C05 | Interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 8 à 9 |
| 15C06 | Interventions chirurgicales, groupe nouveau-nés 10 |
| 16M07 | Donneurs de moelle |
| 16M15 | Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16 |
| 17M08 | Leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans |
| 18M12 | Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires |
| 21M15 | Rejets de greffe |
| 22C02 | Brûlures non étendues avec greffe cutanée |
| 22K02 | Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire |
| 23M07 | Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire |
| 27C02 | Transplantations hépatiques |
| 27C03 | Transplantations pancréatiques |
| 27C04 | Transplantations pulmonaires |
| 27C05 | Transplantations cardiaques |
| 27C06 | Transplantations rénales |
| 27Z02 | Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques |
| 27Z04 | Greffes de cellules souches hématopoïétiques, en ambulatoire |

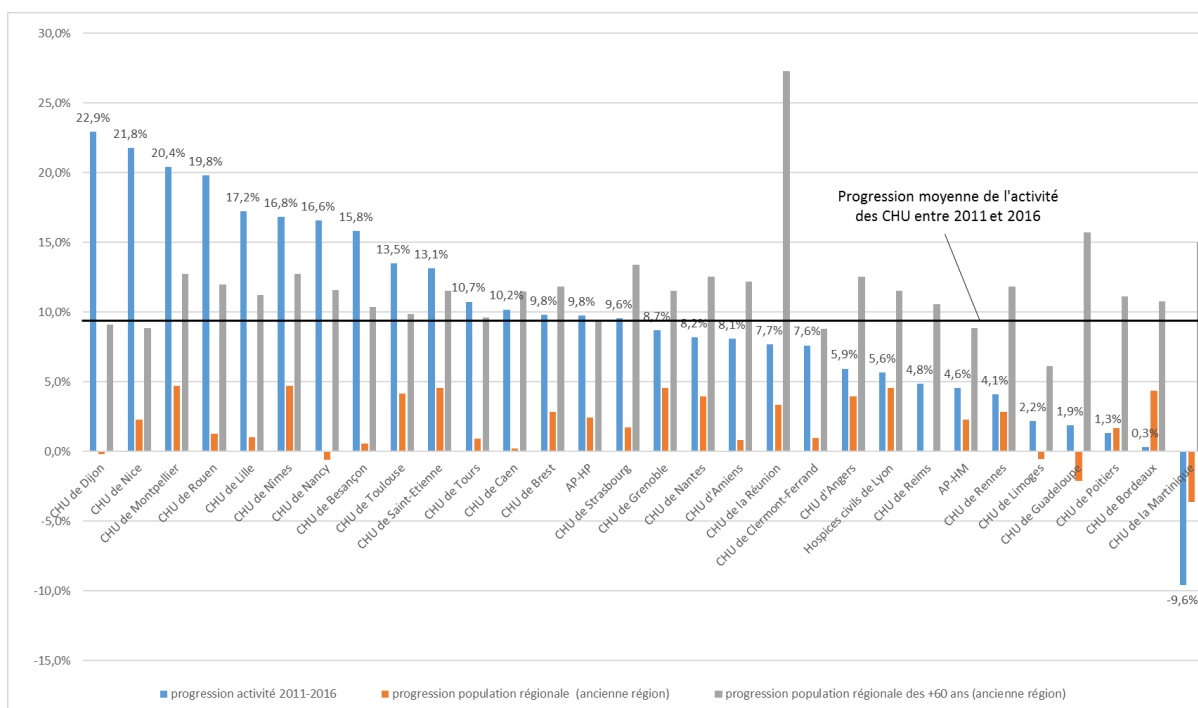
Source : ATIH, PMSI 2016

Annexe n° 6 : l'absence de causes démographiques à l'évolution de l'activité des CHU

L'absence de corrélation entre démographie et évolution de l'activité

Le CHU de Dijon a connu une progression de +22,6 % de son activité Avec une progression des effectifs de +2,7 % de la population générale et de +10,1 % des plus de 60 ans, il apparaît que le facteur démographique ne suffit pas à expliquer cette situation contrastée. En effet l'ex-région Bourgogne connaît sur la période 2011-2016 une stagnation de sa population (-0,2 %) et une progression moyenne de sa population âgée de plus de 60 ans (+9,1 %) ²⁵⁴ inférieure à la moyenne nationale. À l'inverse, l'ex-région Aquitaine voit sa population générale progresser de +4,4 % et sa population âgée de plus de 60 ans progresse de +10,7 %. Au total, il n'apparaît aucune corrélation, même faible, entre la progression de l'activité hospitalière des CHU et le facteur démographique ²⁵⁵.

Graphique n° 45 : taux d'évolution de l'activité hospitalière MCO des CHU rapportés aux évolutions démographiques régionales entre 2011 et 2016 (ancienne région)



Source : ATIH, PMSI et INSEE pour les données démographiques

²⁵⁴ Sources : données INSEE pour 2011 et 2016.

²⁵⁵ Au niveau national, le coefficient de corrélation (r) entre le taux d'évolution de l'activité des CHU et les taux de progression de la population générale et de la population âgées de plus de 60 ans sont respectivement de +0,25 et -0,16, traduisant une absence de corrélation entre ces évolutions.

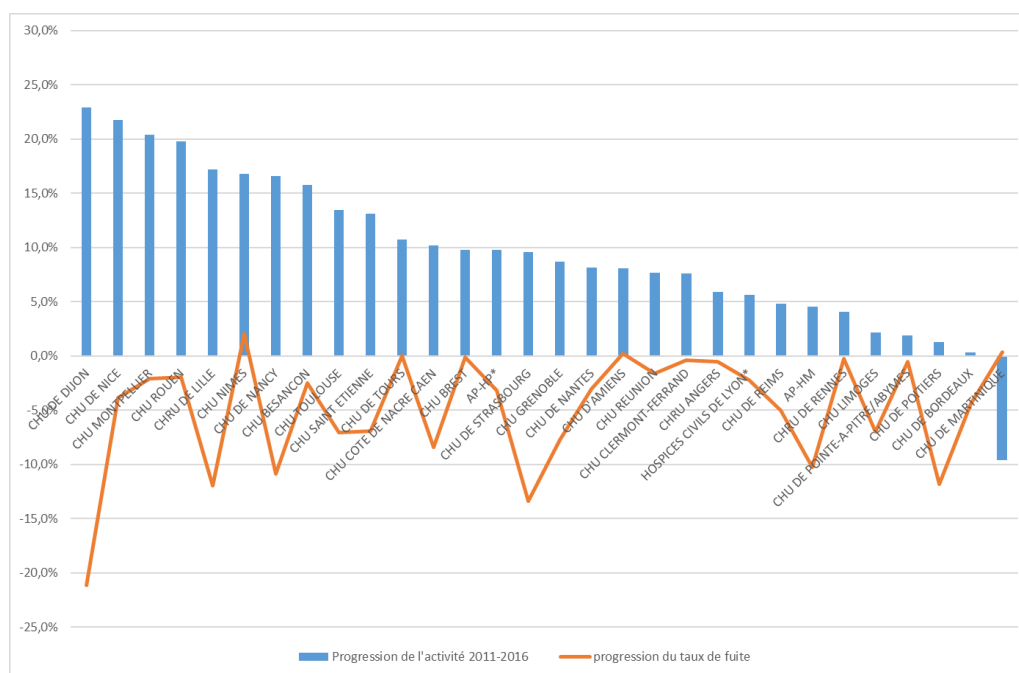
Une absence de corrélation entre augmentation de l'activité et réduction du taux de fuite

Les CHU réalisent leurs activités de soins sur un bassin de population qui leur est spécifique (ou territoire de santé). Dans la plupart de cas, ce territoire de santé est départemental mais il peut s'avérer plus étendu²⁵⁶ ou moins étendu²⁵⁷.

Les données extraites du PMSI permettent de déterminer la fraction des séjours relevant du territoire de santé d'un CHU mais réalisés en dehors de ce territoire : il s'agit du taux de fuite. La réduction du taux de fuite à l'échelle d'un territoire de santé traduit l'effort collectif de l'ensemble des établissements de santé de ce territoire pour prendre en charge les patients de ce même territoire (et non pas uniquement les efforts des CHU). Néanmoins, le CHU étant très largement prédominant dans l'offre de soins de son territoire, la réduction du taux de fuite devrait en toute logique lui bénéficier de façon significative.

Les résultats pour l'année 2016 ne montre pas de corrélation entre l'évolution de l'activité des CHU entre 2011 et 2016 et l'évolution du taux de fuite²⁵⁸. Ainsi, le CHU de Dijon qui a connu une progression de plus de 22,9 % de son activité sur la période a vu le taux de fuite de son territoire de santé se réduire significativement (-21,2 %). Mais dans le même temps, le CHU de Poitiers a vu son activité croître faiblement (+1,3 %) alors que le taux de fuite de son territoire de santé s'est largement résorbé (-11,9 %). Un constat inverse peut être fait entre le CHU de Montpellier (forte évolution de l'activité, faible résorption des fuites) et l'APHM (faible évolution de l'activité mais résorption significative du taux de fuite).

Graphique n° 46 : évolution entre 2011 et 2016 de l'activité hospitalière des CHU comparée à l'évolution des taux de fuite de leurs territoires de santé



Source : Cour des Comptes, d'après les données de l'ATIH, PMSI 2016

²⁵⁶ À l'exception par exemple du CHU de Limoges (ancienne région limousin), le CHU de Besançon (ancienne région Franche-Comté), le CHU de Grenoble (Est de l'ex région Rhône alpes), le CHU de Reims (Nord de la l'ex-région Franche Comté).

²⁵⁷ À l'exception par exemple du CHU de Lille (Métropole Flandre intérieure), le CHU de Rouen (Rouen/Elbeuf).

²⁵⁸ Le coefficient de corrélation entre ces deux séries est de -0,26.

Annexe n° 7 : greffes cardiaques, liste des centres autorisés en France au 31 décembre 2016

| <i>Équipe de greffe A adulte P pédiatrique</i> | Nombre de nouveaux inscrits en 2016 | Nombre de malades restant au 1 ^{er} janvier 2016 | Nombre de greffes réalisées en 2016 |
|---|---|---|--|
| <i>Bordeaux (A+P)</i> | 36 | 15 | 23 (dont 2 P) |
| <i>Caen (A)</i> | 11 | 6 | 9 |
| <i>Clermont-Ferrand (A)</i> | 14 | 12 | 17 |
| <i>Créteil Henri Mondor (APHP) (A)</i> | 19 | 9 | 14 |
| <i>Dijon (A)</i> | 13 | 6 | 10 |
| <i>Grenoble (A)</i> | 11 | 10 | 12 |
| <i>Le Plessis-Robinson Marie- Lannelongue (A+P)</i> | 20 | 8 | 16 (dont 2 P) |
| <i>Lille (A)</i> | 27 | 31 | 27 (dont 1P) |
| <i>Limoges (fermé en 2016)</i> | 2 | 2 | 4 |
| <i>Lyon I (HCL) (A+P)</i> | 13 | 24 | 13 (dont 3 P) |
| <i>Lyon II (HCL) (A)</i> | 30 | 23 | 21 |
| <i>Marseille Timone adultes (APM) (A)</i> | 31 | 32 | 22 |
| <i>Marseille Timone enfants (APM) (P)</i> | 2 | 5 | 4 |
| <i>Montpellier (A)</i> | 16 | 16 | 17 |
| <i>Nancy (A)</i> | 9 | 11 | 6 |
| <i>Nantes (A+P)</i> | 21 | 12 | 25 (dont 1P) |
| <i>Paris Bichat (APHP) (A)</i> | 47 | 8 | 37 (dont 1 P) |
| <i>Paris Georges Pompidou (APHP) (A)</i> | 28 | 13 | 13 (dont 1 P) |
| <i>Paris Necker Enfants Malades (APHP) (P)</i> | 11 | 4 | 6 |
| <i>Paris Pitié-Salpêtrière (APHP) (A)</i> | 100 | 70 | 96 (dont 1 P) |
| <i>Rennes (A)</i> | 25 | 13 | 23 |
| <i>Rouen (A)</i> | 14 | 10 | 10 |
| <i>Strasbourg (A)</i> | 13 | 9 | 7 |
| <i>Toulouse (A)</i> | 45 | 14 | 27 |
| <i>Tours (A)</i> | 15 | 15 | 18 |
| Total | 573 | 378 | 477 |

Source : Agence la biomédecine, rapport annuel ; A = adulte, P = pédiatrique. À noter : par dérogation les équipes adultes peuvent effectuer des greffes pédiatriques. Opérations majeures d'investissement des CHU accompagnées par le COPERMO entre 2013 et 2017 (M€).

Annexe n° 8 : opérations majeures d'investissement des CHU accompagnées par le COPERMO entre 2013 et 2017 (M€)

| REGION | ETABLISSEMENT | PROJET | Montant des investissements | Aides validées COPERMO |
|-------------------------|--|--|-----------------------------|------------------------|
| Nouvelle Aquitaine | CHU de Bordeaux | HGE | 48,70 | 15,00 |
| Auvergne-Rhône Alpes | CHU de Clermont Ferrand | désamiantage | 91,00 | 91,00 |
| Hauts de France | CHRU de Lille | HPCV Lille | 162,00 | 40,00 |
| Bourgogne-Franche Comté | CHU de Besançon | IRFC-Labos | 65,65 | 31,50 |
| Normandie | CHU de Caen-désamiantage | désamiantage | 45,60 | 45,60 |
| Pays de la Loire | CHU de Nantes | reconstruction sur Ile de Nantes | 867,69 | 195,00 |
| Martinique | CHU Fort de France | Parasismique plateau technique | 169,00 | 93,00 |
| Normandie | CHU de Caen-Travaux urgents | Travaux intermédiaires d'urgence | 16,80 | 16,80 |
| Auvergne-Rhône Alpes | HEH – regroupement plateaux techniques-HCL | HEH – regroupement plateaux techniques-HCL | 120,00 | 40,00 |
| Auvergne-Rhône Alpes | Hôpital Louis Pradel-Mise en sécurité-HCL | Hôpital Louis Pradel-Mise en sécurité-HCL | 77,50 | 55,00 |
| Grand Est | CHR Metz-Thionville | Reconstruction de la maternité de Thionville | 36,00 | 13,50 |
| Guadeloupe | CHU Pointe à Pitre | Parasismique reconstruction | 590,00 | 590,00 |
| Normandie | CHU de Rouen | Restructuration Nouvel hôpital Charles Nicolle | 138,01 | 22,00 |
| Auvergne-Rhône Alpes | CHU de Grenoble | Hôpital Nord (Blocs et ambulatoire, NPT, restructuration NHM) | 160,00 | 21,75 |
| Nouvelle Aquitaine | CHU de Limoges | Mise en sécurité et modernisation du CHU | 246,30 | 31,16 |
| Grand Est | CHU de Nancy | Projet de regroupement des laboratoires | 31,27 | 15,64 |
| Occitanie | CHU de Montpellier | Institut de biologie (regroupement laboratoires) | 81,84 | 9,50 |
| Ile de France | AP-HP Lariboisière | Construction d'un bâtiment et relocalisation de la gériatrie F. Widal sur Lariboisière | 290,40 | 87,00 |
| Grand Est | CHU de Reims* | Restructuration complète | 401,58 | 0,00 |
| Normandie | CHU de Caen-Reconstruction | reconstruction | 616,34 | 350,00 |
| PACA | APHM - Laboratoires | Schéma directeur Timone (laboratoires) | 45,72 | 22,86 |
| Hauts-de-France | CHU Amiens | Réhabilitation du bâtiment Fontenoy | 80,00 | 40,00 |
| Centre-Val de Loire | CHU de Tours | Modernisation du CHU | 268,00 | 75,00 |
| Auvergne Rhône-Alpes | HCL-HIA Desgenettes (SSA) | Relocalisation de la chirurgie, hépato-gastro et SC de l'HIA Desgenettes sur HEH | 20,70 | 10,70 |
| Ile de France | AP-HP Bichat/Beaujon | Regroupement des hôpitaux Bichat / Beaujon | 637,27 | 168,00 |
| Océan indien | CHU de la Réunion | Extension et Restructuration du Bâtiment Central | 108,60 | 40,00 |
| TOTAL | | | 5 415,96 | 2 120,00 |

Source : DGOS

Annexe n° 9 : liste des personnes rencontrées

Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Mme Cécile COURRÈGES, directrice générale

M. Thomas DEROCHE, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

Mme Sylvie ESCALON, adjointe, sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Mme Marie-Anne JACQUET, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Dr Gregory EMERY, adjoint, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Personnalités qualifiées

M. Etienne CHAMPION, conseiller maître, Cour des comptes

M. Jean Pierre DEWITTE, président de la conférence des directeurs généraux de CHU

Pr Jean SIBILIA, doyen, président de la conférence nationale des doyens des facultés de médecine

Pr Michel CLAUDON, président de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Olivier CLARIS, président de la CME des Hospices Civils de Lyon

Association des Maires de France – Association France Urbaine

M. André ROSSINOT, président de la métropole du Grand Nancy

M. Victor JACQUET, conseiller technique à la métropole du Grand Nancy

Mme Nelly JACQUEMOT, responsable du département action sociale, éducative, sportive et culturelle

M. Emmanuel HEYRAUD directeur cohésion sociale et développement urbain à France Urbaine

Mme Sarah REILLY, conseillère technique

Agences régionales de santé (ARS)***ARS Auvergne-Rhône-Alpes***

M. Jean Yves GRALL, directeur général

Mme Elisabeth FERY-LEMONNIER, conseillère scientifique et médicale – mission CHU et activités de référence

M. Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soins

Mme Corinne RIEFFEL, directrice déléguée, pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé, direction de l'offre de soins

M. Raphaël BECKER, directeur délégué, finances et performance, direction de l'offre de soins

ARS Centre-Val de Loire

Mme Anne BOUYGARD, directrice générale

M. Pierre-Marie DETOUR, directeur général adjoint

Mme Agnès HUBERT-JOUANNEAU, responsable département offre de soins hospitalière et ambulatoire

Mme Anne GUÉGUEN, responsable département gestion prévisionnelle des professions de santé

Dr Françoise DUMAY, directrice santé publique et environnementale

M. Matthieu LEMARCHAND, directeur de la stratégie

Dr Paul BARDIERE, conseiller médical offre de soins

Mme Laetitia CHEVALIER, responsable du pôle offre sanitaire et médico-sociale

Dr Katia DAVID, conseiller médical et hospitalisation à la direction de l'offre de soins

ARS Île-de-France

M. Christophe DEVYS, directeur général

M. Yannick LE GUEN, directeur de la stratégie

M. Didier JAFFRE, directeur de l'offre de soins

ARS Nouvelle-Aquitaine

M. Michel LAFORCADE, directeur général

M. Samuel PRATMARTY, directeur, direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Mme Karine TROUVAIN, directrice adjointe, direction de la santé publique

Mme Claude GUILLARD, directrice, délégation départementale de la Vienne

Mme Valérie LAVIGNASSE, adjointe au responsable, pôle financement des établissements de santé

M. Philippe MARCOU, chargé de mission, pôle prévention, promotion de la santé

Mme Maylis WALCKENAER, chargée de mission, pôle veille et sécurité sanitaire

ARS Occitanie

Mme Monique CAVALIER, directrice générale
Dr Jean-Jacques MORFOISSE, directeur général adjoint
Dr Alain ABRAVANEL, médecin référent urgences et médecine légale
M. Pascal DURAND, directeur des projets
M. Xavier FAURE, chargé du suivi des établissements régionaux
Mme Olivia LEVRIER, directrice de l'offre de soins et de l'autonomie

ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur

M. Claude d'HARCOURT, directeur général,
M. Ahmed EL BAHRI, directeur de l'organisation des soins
M. Vincent UNAL, directeur adjoint de l'organisation des soins
Mme Sandrine ASSAYAH, chargée de mission « pilotage et coordination interne »
Mme Laurence HILMANN, chargée de mission « performance et établissements de santé »

Centres hospitaliers universitaires (CHU)***Assistance Publique Hôpitaux de Marseille***

M. Jean-Olivier ARNAUD, directeur général
Pr Dominique ROSSI, président de la commission médicale d'établissement et président du collège médical du GHM 13
Pr Georges LEONETTI, doyen de la Faculté de Médecine
Pr Laurent BOYER, département de l'information médicale
Mme Sylvia BRETON, directrice générale adjointe
M. Arnaud VANNESTE, directeur général adjoint
Mme Cécile PIQUES, direction des affaires médicales
Mme Claire MOPIN, direction de la qualité et de la gestion des risques
Mme Christine BARA, directrice des relations avec les usagers
Mme Jennifer HUGUENIN, direction des Affaires Financières
Mme Véronique CHARDON et M. Vincent BRAILLON, direction du contrôle de gestion
M. Alain TESSIER, directeur adjoint en charge des coopérations
Mme Anne PERRIN, certification des comptes
Mme Magali GUERDER, directrice de l'hôpital Nord
Mme Catherine MICHELANGELI, directrice du site de la conception – Sud
M. Sébastien VIAL, directeur du site de La Timone
Mme Hélène OLIVIER, directrice adjointe de La Timone
Mme Elizabeth COULOMB, directrice des ressources humaines

Les représentants des usagers

Mme Dominique David, membre de la commission des usagers

Mme Catherine Chaptal, membre de la commission des usagers

M. Patrick Bliet, membre de la commission des usagers

M. Pierre Paget, membre de la commission des usagers

M. Michel Dugois, membre de la commission des usagers

Les partenaires sociaux

Mme Danielle CECCALDI, CGT

Mme Audrey JOLIBOIS, FO

Mme Sophie PAPACHRISTOU, Sud

Mme Marie-Dominique BIARD, la Coordination Nationale Infirmière

Les représentants des établissements membres du GHT et associés au GHT

M. Alain BOHEME, directeur adjoint au CH d'Avignon

M. Nicolas ESTIENNE, directeur du CHI d'Aix en Provence-Pertuis (CHIAP) et Mme Hélène THALMANN, directrice adjointe du CHIAP,

M. Michel PERROT, directeur du CHI Toulon La Seyne (CHITS)

M. Yann LE BRAS, directeur du CHI des Alpes du Sud (Gap-Sisteron)

M. Pascal RIO, directeur du CH Montperrin à Aix en Provence, et Dr ANTONI, présidente de la commission médicale d'établissement

Pr François KERBAUL, directeur médical du SAMU 13

Dr Serge YVORRA, président de la commission médicale d'établissement du CH de Martigues, chef de service de cardiologie

Général Michel GUISSSET, directeur de l'HIA Laveran, établissement du service de santé des Armées associé au GHT 13

Mme Florence ARNOUX, directrice du CH d'Aubagne

M. Laurent DONADILL, directeur du CH d'Arles et des Hôpitaux des Portes de Camargue

*Assistance Publique Hôpitaux de Paris*Siège

M. Martin HIRSCH, directeur général

Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

M. Jean Baptiste HAGENMULLER, directeur délégué

Hôpital Necker Enfants Malades

M. Vincent-Nicolas DELPECH, directeur de l'hôpital

Mme Maya VILAYLECK, adjointe au directeur

Mme Florence BAGUET, directrice de la qualité, des affaires médicales et des relations avec les usagers

Pr Yves AIGRAIN, chef du pôle médico-chirurgical pédiatrique

Pr Gérard CHERON, chef du pôle réanimation, urgences, anesthésie et imagerie

Pr Jacques de BLIC, chef du pôle pédiatrie générale et pluridisciplinaire

Pr Gérard FRIEDLANDER, doyen de la faculté Paris Descartes.

Hôpital Pitié-Salpêtrière

M. Serge MOREL, directeur du groupement

Mme Édith BENMANSOUR, adjointe au directeur

M. Eric ROUSSEL, directeur de la stratégie et des affaires médicales

Pr Philippe GRENIER, chef du service de radiologie polyvalente et oncologique de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, président de la CMEL des hôpitaux universitaires la Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix

Dr Sophie DI MARIA, anesthésiste-réanimateur, unité de chirurgie ambulatoire

CHU de Clermont-Ferrand

M. Didier HOELTGEN, directeur général

Pr Henri LAURICHESSE, président de la CME

M. André SALAGNAC, directeur général adjoint

Dr David BALAYSSAC, assesseur du doyen de l'UFR de pharmacie, Université Clermont Auvergne

Pr Pierre CLAVELOU, doyen de l'UFR de médecine, Université Clermont Auvergne

Pr Stéphanie TUBERT-JEANNIN, doyen de l'UFR d'odontologie, Université Clermont Auvergne

Mme Marie ROULX-LATY, directrice des affaires financières

Dr Jean-Christophe JOURDY, responsable du département de l'information médicale

M. Guilhem ALLEGRE, directeur des ressources et des coopérations médicales

M. Elisabeth LAC, coordinatrice générale des soins

M. Pascal TARRISSON, directeur du CH d'Aurillac, établissement support du GHT Cantal

Mme Catherine AMALRIC, présidente de CME d'Aurillac, établissement support du GHT Cantal

Représentants des chefs d'établissements du GHT et proximité « Allier » et PCME

M. Jérôme TRAPEAUX, directeur du CH de Vichy

M. Lionel VIDAL, directeur du CH de Montluçon

M. André SALAGNAC, directeur par intérim du CH de Moulins-Yzeure

Mme Rosine NIGON-MANSARD, directrice du CHS d'Ainay-le-Château

Dr Philippe PAULINO, président de la CME du CHS d'Ainay-le-Château

Représentants des chefs d'établissements du GHT et proximité « Puy de Dôme » : directeurs et PCME

M. Marc HECTOR, directeur délégué du CH de Riom

Dr Patrick LEDIEU, président de la CME du CH de Riom

Dr Maryline DEUSEBIS, président de la CME du CH d'Issoire

M. Eric BERTHONNAUD, responsable de la cellule médico-administratif du CH d'Issoire

Dr Abdelaziz ACHAIBI, président de la CME du CH du Mont-Dore

Dr Jean Luc EPIFANIE, président de la CME du CH d'Enval

M. Elvan UCA, directeur des CH du Mont-Dore et d'Enval

Représentants des personnels

Mme Delphine FRANCOIS, secrétaire du syndicat SUD

M. Jean-François SAUVADET, syndicat SUD

Mme Marie-Claudine FERRARA, secrétaire du syndicat FO

M. Pascual TASCONE, syndicat FO

Représentants des usagers

M. Jean-Pierre BASTARD, association visite des malades dans les établissements hospitaliers

Mme Suzanne RIBEROLLES, association génération mouvement

Mme Jeany GALLIOT, Association pour le droit de mourir dans la dignité

Représentation des pôles du CHU Montpied

M. Jean-Christophe JOURDY, responsable du DIM

Mme Elisabeth LAC, coordinatrice générale des soins, directrice référente du pôle MPO

Mme Christine ROUGIER, directrice de l'hôpital Estaing,

Mme Agnès SAVALE, directrice de l'hôpital Gabriel Montpied,

Dr Julien RACONNAT, responsable du service d'accueil des Urgences

M. Patrice EYMERIE, cadre supérieur du pôle Urgences

Pr Bernard CITRON, chef du pôle cardiologie médicale et chirurgicale

Mme Stéphanie BOURDIER, cadre supérieur du pôle cardiologie médicale et chirurgicale

Pr Stéphane BOISGARD, chef du pôle Mobex

Mme Frédérique MARSON, cadre supérieur du pôle Mobex

Pr Bertrand SOUWEINE, chef du pôle RHEUNNIRS

Mme Maryse BALDET, cadre supérieur du pôle RHEUNNIRS

Représentation des pôles du CHU Estaing

Pr Didier LEMERY, chef du pôle femme et enfant

Mme Florence DELPIROU, cadre supérieur du pôle femme et enfant

Mme Brigitte FAVARD, cadre supérieur du pôle femme et enfant

Pr Jacques-Olivier BAY, chef du pôle spécialités médicales et chirurgicales

Mme Catherine ROUDET, cadre supérieur du pôle spécialités médicales et chirurgicales

M. Claude LYS, cadre supérieur du pôle MNDO

Représentation des pôles intersites

Pr Louis BOYER, chef du pôle imagerie et radiologie interventionnelle

Mme Catherine AIGUEBONNE, cadre supérieur du pôle Imagerie et radiologie interventionnelle

M. Guilhem ALLEGRE, directeur des ressources et des coopérations médicales, directeur référent du pôle imagerie et radiologie interventionnelle

Pr Jean-Etienne BAZIN, chef du pôle médecine péri-opératoire

Mme Sylvie COSSERANT, cadre supérieur du pôle médecine péri-opératoire

Mme Elisabeth LAC, coordinatrice générale des soins, directrice référente du pôle MPO

Pr Vincent SAPIN, chef du pôle biologie médicale et anatomie pathologique

M. Christine ROUGIER, directrice de l'hôpital Estaing, directrice référente du Pôle BMAP

Dr Jérôme BOHATIER, chef du géronto-pôle CHU – GHT

Mme Michèle De Macedo, cadre supérieur du géronto-pôle CHU – GHT

Mme Marianne DELRIEU, directrice référente du géronto-pôle CHU – GHT

Représentation des pôles médico économiques

Pr Valérie SAUTOU, chef du pôle pharmacie

M. Arnaud BRUEY, directeur référent du pôle pharmacie

CHU de Grenoble

Mme Jacqueline HUBERT, directrice générale

Mme Stéphanie FAZI LEBLANC directeur général adjoint

Pr Jean-Pierre ZARSKI, président de la CME

Pr Patrice MORAND, doyen de la faculté de médecine de Grenoble

M. Philippe ORLIAC, coordonnateur général des soins

M. François VERDUN, directeur des ressources humaines et de la formation continue

Mme Elodie ANCILLON, directrice des affaires médicales

M. Christian VILLERMET, directeur chargé du GHT

Mme Mathilde ROUCH, directrice des finances, du contrôle de gestion et de la clientèle

Pôle Anesthésie Réanimation

Pr Jean-François PAYEN, chef de pôle, Mme Marlène PASSAVANT, directrice référente du pôle, Mme Annick CHAVANON, cadre supérieur de santé

Pôle Appareil Locomoteur, Chirurgie Réparatrice et Organes des Sens :

Pr Emmanuel GAY, chef de pôle, Mme Evelyne SENDEL, Mme Beatrice TEPPA, cadres supérieurs de santé, Murielle GELON-GAGLIANO, cadre administratif de pôle

Pôle Gestion des Blocs Opératoires

Pr Jean-Luc FAUCHERON, chef de pôle, Mme Anne-Blanche DARD-LEVIEUX, cadre supérieur de santé

Pôle Psychiatrie, Neurologie et Rééducation Neurologique

Pr Thierry BOUGEROL, chef de pôle, Mme Sophie FERRE, cadre supérieur de santé

Représentants des établissements pivots des GHT associés

Pr Pierre-Simon JOUK (CHU de Grenoble)

Mme S. MEILLAND-REY (CH d'Annecy-Genevois)

Mme Laurence MINNE (CH Alpes Léman)

M. Guy-Pierre MARTIN, directeur du CH Chambéry, M. Romain PERCOT, directeur des affaires médicales

Représentants des établissements membres du GHT Alpes Dauphiné

CH de la Mure : Dr SOUSSI, président de la CME

CH de Voiron : Mme Catherine KOSCIELNY, directrice, Dr VENET, président de la CME

CH St-Geoire en Valdaine : M. PIN, directeur, Dr BAH, président de la CME

CH St Laurent du Pont : M. OLLAGNIER, directeur, Dr BAALI, président de la CME

CH de Rives : M. CAMILLIERE, directeur, Dr COUPE, président de la CME

CH Tullins : L. GRESSE, directeur, Dr DZEAKOU-KAMGA, président de la CME

CH Uriage : S. CANDELA, directeur, Dr FRAPPAT, président de la CME

CH St Egrève : V. BOURRACHOT, directeur, Dr VENTURI-MAESTRI président de la CME

Organisations syndicales du CHU de Grenoble

DEFIS : M. Pierre GARCIN, M. Philippe GOHORY ; Force ouvrière : M. Felix SCARINGELLA, Mme Héléne WAGNER, Mme Lydia GONZALES ; CGT : M. Marius BONHOURE, M. Marc EYBERT-GUILLON ; Sud santé : Mme Anne-Marie COUSSE, M. Bernard BAGARRY ; CFDT : M. Patrick ZOUBIRI ; UNSA : Mme Isabel SILVA, M. Nidhal HAMDANI

Représentant des usagers du CHU de Grenoble

Mme Bernadette GOARANT, Mme Monique GUILHAUDIS, M. Raymond MERLE, Mme Nathalie DUMAS

CHU de Poitiers

M. Jean-Pierre DEWITTE, directeur général

Mme Séverine MASSON, directrice générale adjointe

Pr Bertrand DEBEANE, président de la commission médicale d'établissement

Mme Hélène COSTA, directrice des affaires médicales

Mme Emmanuelle DE LAVALETTE, directrice des finances

Mme Sophie GUERRAZ, directrice des ressources humaines

M. Alain LAMY, directeur du système d'information

Mme Céline BICHE, directrice des usagers, risques, qualité

Mme Sophie DICHAMP, directrice de la coopération

Pr Michel CARRETIER, chef du pôle digestif-urologie-néphrologie-endocrinologie ; Mme Céline BICHE, directrice référente ; Mme Christine CORNUAULT, cadre supérieure de santé

Pr Pierre CORBI, chef du pôle cœur-poumons-vasculaire ; Mme Emmanuelle LUNEAU, cadre supérieure de santé

Pr René ROBERT, chef du pôle urgences Samu, Smur, anesthésie, réanimations; Mme Laurette Blommaert, directrice référente

Pr Jean-Pierre TASU, chef du pôle imagerie, M. Fabien VOIX, cadre supérieur de santé, Mme Geneviève GASCHARD, directrice imagerie

M. Nicolas BOUÉ, Mme Sandrine BOUICHOU, M. Franck HUET, Mme Céline LAVILLE, Mme Amélie LOUIS, Mme Victoire PERRY, représentants des organisations syndicales

Mme Martine CHAUVIN et M. Bernard COUTURIER, représentants des usagers

Établissements supports de GHT en convention d'association avec le CHU

M. LEBURGUE, directeur et Dr BIENVENU, présidente de la CME, CH de Saintes

M. Alain MICHEL, directeur, CH de La Rochelle

M. LÉON, directeur, et Dr LOYANT, PCME, CH d'Angoulême

Mme Karine MORIN, directrice des affaires médicales et des affaires générales, CH de Niort

Établissement partie au GHT

M. PÉAN, directeur du groupe hospitalier Nord-Vienne

CHU de Toulouse

Mme Anne FERRER, directrice générale
Mme Bénédicte MOTTES, secrétaire générale
Pr SCHMITT, président de la CME
Dr TURNIN, vice-présidente de la CME
Pr CARRIE, doyen de la faculté de Rangueil
Pr SERRANO, doyen de la faculté de Purpan
Pr DEGUINE, président de la DRCI
Pr GOURDY, président du CRBSP
Pr MOLINIER, médecin responsable DIM
Pr ATTAL, directeur de l'Institut Claudius Régaud
Mme Joana BADIOLA, directrice de cabinet
M. Pierre Jean COGNAT, directeur des achats, des équipements, de l'hôtellerie et de la logistique
Mme Cécile DELCASSO-VIGUIER, directeur délégué, pôle neurosciences
M. Jacques DELMAS, directeur adjoint aux affaires médicales
M. David GONZALVO, directeur référent pôles biologie, imagerie médicale
M. Arnaud JOAN GRANGE, directeur des affaires financières et appui à la performance
M. Olivier PONTIES, directeur du système d'information et de l'organisation
Mme Valérie PONS-PRETRE, directrice référente du pôle gériatrie et directeur délégué CH Muret
M. Marc REYNIER, directeur des affaires médicales, coopérations territoriales, recherche et innovation
Mme Odile SECHOY, directrice de la recherche, du développement et de l'innovation
Pr Brigitte BELON, pôle pharmacie
Pr Louis BUJAN, chef du pôle enfants
Pr François CHOLLET, chef du pôle neurosciences
Pr Jacques IZOPET, chef du pôle biologie, Pr Bertrand PERRET, chef de pôle adjoint, Mme Françoise ESTRIER, cadre supérieure, imagerie et pharmacie
Pr Dominique LAUQUE, chef du pôle médecine urgences, Pr Vincent BOUNES, directeur du service SAMU et chef de pôle adjoint, Pr Sandrine CHARPENTIER, coordonnateur du DES médecine d'urgence
Pr Fati NOURHASHEMI, cheffe du pôle gériatrie ; Dr Laurent BALARDY et Dr Thierry VOISIN, chefs de pôle adjoints ; Mme Marie-Christine CHASSAIGNE, cadre supérieure de santé
Pr Nicolas SANS, chef du pôle imagerie, M. Ludovic DUBAELE, cadre supérieur adjoint
Pr Maïté TAUBER, chef du pôle femmes, mère, couple
Mme Gail TAILLEFER, représentante des usagers

Représentation des personnels

M. Jean ESCARTIN, représentant du personnel (CGT)

Mme Véronique DELORD, représentant du personnel (CGT)

M. Julien TERRIE, représentant du personnel, secrétaire du CHSCT central (CGT)

Mme Sandra IBOS, représentant du personnel (FO)

M. Didier LANNES, représentant du personnel (FO)

Établissements parties au GHT

Mme Catherine PASQUET, directeur, et Dr Radoine HAOUI, président de la CME, CH Gérard Marchant

Dr Marie-Odile SABY, président de la CME, CH de Muret

Mme Christine GIRIER DIEBOLT, directeur du CH Comminges-Pyrénées et des hôpitaux de Luchon,
Dr Eric ANSELM, PCME des hôpitaux de Luchon

M. Sébastien MASSIP, directeur du CH de Lavaur

Dr Radoine HAOUI, président de CME du CH Gérard Marchant

M. Stéphane GUYERE, directeur des affaires générales du CH Gérard Marchant

Dr Éric ANSELME, président de CME CH Luchon

CHU de Tours

Mme Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice générale

Pr. Gilles CALAIS, président de la commission médicale d'établissement

Pr. Patrice DIOT, doyen de la faculté de médecine de Tours

M. Richard DALMASSO, directeur général adjoint

M. Samuel ROUGET, directeur des ressources humaines

M. Jean-Yves BOILEAU, coordonnateur général des soins

Mme Caroline LEFRANC, directrice des finances

M. Axel JULIEN, directeur adjoint aux finances

Mme Violaine MIZZI, directrice des affaires médicales et de la recherche

M. Arnaud CHAZAL, directeur adjoint des affaires médicales, en charge des coopérations internationales

M. Julien LE BONNIEC, directeur de la recherche

M. Patrick FAUGEROLAS, coordonnateur du GHT Touraine Val-de-Loire

Dr Christine GRAMMONT, médecin de santé publique, chargée de mission GHT Touraine Val-de-Loire

M. Thibault BOUCHENOIRE, directeur des projets non médicaux

Mme Dominique OSU, directrice chargée de la qualité, de la patientèle et des politiques sociales

Pôle pathologies digestives

Dr. Pascal BOURLIER, chef de pôle, Mme LEFAY Patricia, cadre supérieur de pôle, Mme Laurine GAUDARD, cadre administratif de pôle.

Pôle imagerie

Pr. Dominique SIRINELLI, chef de pôle, Pr Laurent BRUNEREAU, chef de pôle adjoint, M. Bruno GUGLIEMIN, cadre supérieur de pôle

Pôle néphrologie et réanimation-urgences

Pr. Pierre-François DEQUIN, chef de pôle, Mme Cécile KOOTZ, cadre supérieur de pôle, M. Julien SINZELLE, cadre administratif de pôle

Pôle Bloc opératoire

Dr. Vincent KEROUREDAN, chef de pôle, Mme Isabelle LE ROY, cadre supérieur de pôle, M. Julien SINZELLE, cadre administratif de pôle

Pôle Anesthésie réanimations

Dr François LAGARRIGUE, chef de pôle, Mme Marie-Claire MARIOTAT, cadre supérieur de pôle, M. Julien SINZELLE, cadre administratif de pôle

Établissements supports de GHT associés au CHU de Tours

CH de Bourges : Mme CORNILLAUT, directrice, Dr WALTER, chef du pôle médecine

CH de Chartres : M. GUILLAUME, directeur adjoint chargé des affaires médicales et de la recherche clinique, Dr ROYANT, vice-présidente de la CME

CHR d'Orléans : M. BOYER, directeur général, Dr BARRAULT-ANSTETT, présidente de la CME

CH de Blois : M. SERVAIRE-LORENZET, directeur, Dr GAUQUELIN, présidente de la CME

CH de Châteauroux : Mme POUPET, directrice, Dr HIRA

Établissements associés au GHT Touraine Val-de-Loire

CH de Chinon et CH de Loches : Mme PINON, directrice adjointe de l'efficacité, de la gouvernance de la stratégie et de la communication, M. KARAM, Directeur des affaires financières et des admissions, Dr BARBIEUX, vice-président de la CME

Centre Bois Gibert : M. PAPIN, directeur, Dr KUBAS, président de la CME

CH Louis Sevestre : M. GATARD, directeur, Dr GABRIEL, présidente de la CME

EHPAD La Bourdaisière et Montlouis : Mme GAVA, Directrice

CHIC Amboise et Château-Renault : M. EDERY, directeur, Dr CATTIER, présidente de la CME

CH de Luynes : Mme LOVATI, directrice, Dr HOUDAILLE, Présidente de la CME

CH de Saint-Maure de Touraine : M. LABBE, Directeur, Dr KAMGA, Président de la CME

ASSAD-HAD de Touraine : M. PAPIN, directeur général adjoint (Mutualité MFCUL) M. CAMUS, directeur du pôle sanitaire et médico-social

Fédération Hospitalière de France

Mme Zaynab RIET, déléguée générale

M. Alexis THOMAS, directeur de cabinet

Pr Pierre FREGER, doyen de la faculté de médecine de Rouen, conseiller médical de la FHF