



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS (Département de la Marne)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 16 juin 2022

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
RAPPELS DU DROIT	5
RECOMMANDATIONS	5
1. LA PROCÉDURE	6
2. LES SUITES DONNÉES AU PRÉCEDENT RAPPORT DE LA CHAMBRE	6
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET SA GOUVERNANCE	7
3.1 La présentation de l'établissement	7
3.2 La gouvernance de l'établissement	8
3.2.1 Les instances	8
3.2.2 L'organisation administrative et médicale	9
3.3 Le projet d'établissement	12
3.4 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	13
3.5 Les relations avec l'université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)	13
3.6 Le programme d'investissement et de restructuration architecturale	14
3.6.1 La genèse du projet	14
3.6.2 L'évolution du projet	14
3.6.3 Les attentes du projet	15
3.6.4 Le coût financier du projet	16
3.6.5 La synthèse actuelle du projet	16
4. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	17
4.1 La constitution et la gouvernance du groupement	17
4.2 Le projet médico-soignant partagé	18
4.3 Les fonctions mutualisées	18
4.3.1 La fonction achat	18
4.3.2 Les systèmes d'informations	19
4.3.3 Les autres mutualisations dans le cadre du GHT	20
4.4 Les autres conventions d'association	20
4.5 Les projets complémentaires et conclusion sur le fonctionnement du GHT	21
5. LA STRATÉGIE ET L'ACTIVITÉ DU CHU SUR SON TERRITOIRE	21
5.1 Le positionnement du CHU dans son territoire de santé	21
5.1.1 Le territoire de santé et la zone d'attractivité	21
5.1.2 L'évolution des parts de marché	22
5.2 La stratégie de l'établissement en matière d'activité et d'offre de soins	24
5.2.1 Les autorisations d'activité	24
5.2.2 L'évolution de la structure capacitaire	24
5.2.3 La politique de recrutement des professions médicales et paramédicales en tension	26
5.3 L'activité	27
5.3.1 L'activité ambulatoire : des inégalités suivant les sites et les spécialités	27
5.3.2 L'activité en hospitalisation complète et les urgences	30
5.3.3 Actes et consultations externes (ACE)	31
5.3.4 Le taux d'occupation des lits et l'utilisation des blocs	31
5.3.5 La durée moyenne de séjour (DMS)	32
5.3.6 L'activité libérale	32
5.4 La complémentarité et la concurrence avec le secteur privé	33
5.4.1 Le contexte national	33
5.4.2 Le contexte local de concurrence avec le secteur privé	34
5.4.3 L'analyse de GHM représentatifs	34
5.4.4 La coopération avec le secteur privé	36

5.5	La crise sanitaire Covid-19	38
5.5.1	Le partage de l'information	39
5.5.2	L'adaptation des capacités d'accueil.....	40
5.5.3	Les incidences de la crise sanitaire sur l'activité de l'établissement.....	40
5.5.4	Les impacts financiers de la crise sanitaire	42
5.5.5	Les mesures de revalorisation salariales issues du Ségur	43
6.	LA QUALITÉ DE L'INFORMATION BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE.....	44
6.1	La certification des comptes	44
6.1.1	Les honoraires du commissaire aux comptes (CAC)	44
6.1.2	La fourniture de services autres que la certification des comptes (SACC)	45
6.1.3	Le suivi des travaux de certification du CAC	46
6.2	Le contrôle interne et la fiabilisation de la chaîne comptable	46
6.2.1	Le cycle « dépenses »	47
6.2.2	Le cycle « recettes »	47
6.3	La connaissance du patrimoine	49
6.3.1	Les différents types d'immobilisations.....	49
6.3.2	L'inventaire et l'état de l'actif.....	49
6.3.3	Les opérations de cessions et de sorties d'actifs	49
6.4	Les amortissements	50
6.5	Les corrections de haut de bilan.....	50
6.6	Les provisions	51
6.6.1	Les provisions pour renouvellement des immobilisations.....	51
6.6.2	Les provisions pour litiges et risques	53
6.6.3	Les provisions pour compte épargne-temps	54
6.6.4	Les provisions pour gros entretien ou grande révision et les autres provisions pour charge	55
6.6.5	Les provisions pour dépréciations des comptes d'immobilisations et des comptes de redevables	56
7.	L'ANALYSE FINANCIÈRE.....	58
7.1	L'évolution financière du CHU	59
7.1.1	La qualité des prévisions	59
7.1.2	Les recettes d'exploitation du budget H	61
7.1.3	Les charges de gestion du budget H.....	63
7.2	Les comptes de résultat analytique	64
7.3	Les résultats d'exploitation	65
7.4	Les soldes intermédiaires de gestion (SIG) et analyse bilancielle.....	65
7.4.1	L'évolution bilancielle et du recours à la dette.....	65
7.4.2	Marge brute et capacité d'autofinancement	65
7.4.3	Les ratios comptables de trésorerie	66
7.4.4	Le financement de l'investissement	67
	ANNEXE 1 : Tableaux et figures	69
	ANNEXE 2 : Glossaire.....	101

SYNTHÈSE

Un établissement de référence au cœur son territoire, en pleine évolution

Le CHU de Reims est implanté au cœur d'une ville d'importance, sous-préfecture de la Marne, ville la plus peuplée du département. Seul établissement universitaire de l'ancienne région Champagne-Ardenne, il en est également le principal employeur. Ses bâtiments historiques et anciens sont essentiellement regroupés sur un site unique au sud de la ville.

Sa capacité est de 2 296 lits et places en 2020. Un projet de reconstruction destiné à rénover et moderniser son offre de soins est en cours avec une mise en service des bâtiments de la première phase prévue pour 2023. Le projet a fait l'objet d'une réévaluation de son capacitaire et fonctionnement à l'aune des enseignements de la crise sanitaire de Covid-19.

La zone d'attractivité de la patientèle est en décalage et élargie par rapport de la zone de recours définie dont il est l'établissement.

L'établissement a développé son activité dans l'ensemble des secteurs sur la période et amélioré son taux de chirurgie ambulatoire. Des marges de manœuvre existent encore. L'activité devrait continuer sa croissance avec la mise en service des nouveaux locaux si l'établissement est en mesure de pourvoir les postes vacants en particulier pour augmenter le taux d'utilisation des blocs opératoires.

Un établissement moteur en matière de mutualisations et de partenariats

Le groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC) dont il est l'établissement support anime des filières médicales et paramédicales de manière dynamique. Les fonctions mutualisées (achats, système d'information, DIM) sont opérationnelles. La convergence des systèmes d'information est très avancée concernant les applicatifs métiers, en particulier sous l'impulsion de la direction de l'information médicale mutualisée.

Le GHUC s'est ouvert sur son territoire par la signature de conventions avec ses partenaires à l'intérieur et hors de sa région administrative. La mutualisation de certains professionnels médicaux permet de renforcer l'offre de soins et de faciliter des recrutements.

Le CHU entretient des relations nourries avec ses partenaires. Par son statut universitaire, il travaille avec l'université de Reims Champagne-Ardenne et son UFR de Médecine avec qui il a construit un plan d'attractivité des professions médicales pour le territoire, un des objectifs du plan régional de santé de l'ARS. Pour cela, l'établissement doit veiller à l'équilibre entre ses trois missions de recherche, d'enseignement et de soins.

Confronté à une forte concurrence avec le secteur privé, le CHU a construit des liens avec les établissements du territoire dans l'intérêt des patients de sa zone d'attractivité.

Ces partenariats ont été un atout au cours de la survenue de la crise sanitaire de Covid-19 tout comme les capacités d'adaptation de l'établissement. L'activité a été fortement perturbée ainsi que l'équilibre financier de l'hôpital mais les mécanismes de compensation ont joué leur rôle pour préserver la santé financière de l'établissement.

Une culture de l'évaluation des objectifs à mettre en œuvre

L'hôpital s'est doté de projets d'établissement complets. La chambre relève l'absence d'indicateurs objectifs d'évaluation pour le projet arrivé à échéance en 2020. Le nouveau projet, participatif lors de son élaboration, a été construit autour d'objectifs et d'indicateurs permettant son suivi et son évaluation.

Dans le cadre de leurs contrats, les pôles bénéficient d'un intéressement qui n'est pas intégralement utilisé dans l'année par les services pour financer des projets au bénéfice des patients et du personnel. Sa comptabilisation, tout comme celle des engagements internes

envers la communauté médicale, n'est pas conforme et doit évoluer avec la signature des nouveaux contrats de pôle.

Une situation financière rétablie mais à consolider

Antérieurement à la crise sanitaire, la situation financière du CHU s'est amplement améliorée à l'issue du plan de retour à l'équilibre mis en place en 2015. Les augmentations de recettes de la période ont permis de pallier les hausses de charges, essentiellement des dépenses de personnel. Cette évolution favorable a permis de financer de nombreux investissements sur la période.

Néanmoins, les marges de manœuvres financières de l'établissement se réduisent dans le futur risquant de fragiliser les projets à venir. L'établissement doit veiller à renforcer l'efficacité et l'efficience de ses documents financiers prévisionnels.

Les comptes de l'établissement sont certifiés par un commissaire aux comptes régulièrement désigné. Les missions complémentaires confiées à ce dernier augmentent fortement sur la période alors même que le CHU dispose des compétences internes pour les réaliser lui-même.

La chambre a formulé six rappels du droit et quatre recommandations.

RAPPELS DU DROIT

N° 1 : Présenter la politique d'intéressement annuellement à la commission médicale d'établissement conformément aux articles R. 6144-1 et R. 6144-1-1 du CSP.	9
N° 2 : Mettre fin à l'enregistrement en charges à payer d'engagements envers la communauté hospitalière conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21.	11
N° 3 : Mettre fin au recours de missions de conseil fiscal auprès du commissaire aux comptes en application de l'article 5.1 du règlement européen n° 537/2014 du 16 avril 2014 du Parlement européen et du conseil relatif aux exigences spécifiques applicables au contrôle légal des comptes des entités publiques, codifié à l'article L. 822-11 du code du commerce.	46
N° 4 : Mettre en place un inventaire physique rapproché de l'inventaire comptable pour l'ensemble des immobilisations et procéder à la sortie de l'actif des biens détruits ou réformés conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21. ...	50
N° 5 : Reprendre les provisions non conformes aux prescriptions de l'instruction budgétaire et comptable M21 constituées de 2016 à 2018 pour la construction d'un EHPAD.	53
N° 6 : Reprendre les provisions de précaution sans objet non justifiées par un plan pluriannuel d'entretien, tel que prévu par l'instruction budgétaire et comptable M21.	56

RECOMMANDATIONS

N° 1 : Mettre en place un suivi des travaux de certification du commissaire aux comptes en désignant un référent, en établissant un calendrier et en formalisant des procédures de suivi de ces travaux.	46
N° 2 : Généraliser le recensement des risques, rédiger des procédures sur le cycle « dépenses », poursuivre son déploiement sur le cycle « recettes » et mettre en place un pilotage du contrôle interne.	49
N° 3 : Documenter les procédures de constitution des provisions pour compte épargne-temps en distinguant personnel médical et non médical pour fiabiliser les méthodes de calculs.	55
N° 4 : Améliorer l'analyse rétrospective des comptes financiers de sorte à établir des projections budgétaires dans le plan global de financement pluriannuel en adéquation avec les perspectives de l'établissement.	61

1. LA PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims porte sur les exercices 2016 et suivants. Conformément au code des juridictions financières (CJF), en son article R. 241-2, les lettres portant engagement de la procédure ont été adressées le 11 mars 2021 à l'ordonnatrice en fonctions jusqu'au 31 août 2021 et le 15 septembre 2021 à l'ordonnatrice en fonctions à compter du 1^{er} septembre 2021.

Les entretiens préalables à la clôture de l'instruction prévus à l'article L. 243-1 du CJF ont été réalisés le 25 novembre 2021 d'une part avec la précédente ordonnatrice et, d'autre part, avec l'ordonnatrice en fonctions, en présence du directeur général adjoint.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé à l'ordonnatrice en fonctions le 11 février 2022, ainsi qu'à la précédente ordonnatrice pour les parties la concernant. Des extraits à des tiers ont été envoyés le même jour.

Après examen des réponses reçues, la chambre a adopté, dans sa séance du 16 juin 2022, les présentes observations définitives. Celles-ci portent sur la gouvernance et le pilotage stratégique de l'établissement dont le projet de construction, la fiabilité des comptes et l'analyse financière, et la gestion de la crise sanitaire Covid-19. Le contrôle intègre également une enquête commune aux juridictions financières portant sur la concurrence et la complémentarité entre établissements publics et privés.

2. LES SUITES DONNÉES AU PRÉCEDENT RAPPORT DE LA CHAMBRE

Le CHU a fait l'objet d'un contrôle portant sur la période 2007-2013. Le rapport d'observations définitives a été notifié le 15 septembre 2015.

Celui-ci comporte trois recommandations portant sur le développement de l'activité ambulatoire, la définition des objectifs sanitaires du futur projet d'établissement et l'optimisation des moyens capacitaires dans le cadre de la modernisation de l'hôpital.

Sur le développement de l'offre ambulatoire, l'activité chirurgicale a connu un développement significatif entre 2014 et 2019, passant d'un taux de 28 % à 41,8 %¹ sur la période avec notamment la création d'une unité dédiée sur le site Robert Debré. L'évolution de l'activité ambulatoire fait l'objet d'une analyse dans le chapitre activité (cf. 5.3.1).

Le projet d'établissement a été adopté en 2015 par les instances de l'établissement et fait l'objet d'un bilan annuel dans le cadre du rapport d'activité. La mise en œuvre du projet d'établissement et de son évaluation est étudiée dans la partie relative à la gouvernance de l'établissement (cf. 3.3).

Enfin, concernant l'optimisation des moyens capacitaires en lien avec l'évolution des parcours de soins et des prises en charge des patients, le CHU a opéré des ajustements, en particulier dans le cadre de la programmation du nouvel hôpital. Les évolutions du capacitaire et du projet de construction au regard de la stratégie de l'établissement sont développées dans les parties du rapport dédiées à ces sujets (cf. 3.6 et 5.2.2).

¹ Données consolidées FINESS 510000029 juridique CHU Reims HOSPIDIAG.

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET SA GOUVERNANCE

3.1 La présentation de l'établissement

Le CHU de Reims est situé à 150 km de Paris, dans une commune, qui, bien que sous-préfecture, est la plus importante du département de la Marne. Il est l'établissement hospitalo-universitaire de référence de la zone de recours A du territoire de santé de la région Grand Est².

Le territoire de soins de l'établissement regroupe une population de 183 113 habitants³ en 2019 sur la seule ville de Reims, stable sur la période sous revue. En qualité d'établissement de référence de sa zone de recours, il couvre une zone de population de 1,3 million d'habitants correspondant aux départements de la Marne, de l'Aube, des Ardennes et de la Haute-Marne.

L'établissement a une vocation régionale aux termes de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique (CSP) et figure sur la liste arrêtée par l'article D. 6141-15 du même code.

Le CHU dispose en 2020 d'une capacité d'accueil de 2 296 lits et places dont 1 064 en médecine chirurgie obstétrique (MCO), 35 en psychiatrie infanto-juvénile, 271 en soins de suite et réadaptation (SSR), 120 en unité de soins de longue durée (USLD) et enfin 15 places d'accueil de jour et 791 lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il est le premier employeur champardennais avec 7 800 collaborateurs dont 700 médecins, tous statuts confondus.

L'établissement mène une triple activité de soins, d'enseignement et de recherche en association avec l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA).

Son activité se déroule sur neuf sites répartis sur quatre lieux géographiques distincts à Reims.

Le site principal est implanté sur le site historique au cœur du quartier Maison Blanche au sud de la ville. Il regroupe la majorité de l'activité hospitalière avec 20 bâtiments dont six principaux : l'American Memorial Hospital 2 (AMH2) spécialisé dans la prise en charge pédiatrique (dont urgences) et jumelé avec le bâtiment Alix-de-Champagne (service de maternité), l'hôpital Maison Blanche (ouvert en 1935), l'hôpital Robert Debré (ouvert en 1976), le pôle de médecine bucco-dentaire (ouvert en décembre 2017) et le pôle de biologie territoriale (ouvert en 2020).

Certaines spécialités sont exercées sur plusieurs sites (ex : chirurgie ambulatoire, neurologie) et, en dehors des bâtiments récents que sont les pôles de médecine bucco-dentaire, de biologie territoriale et l'AMH2, la majorité des locaux est dans un état de vétusté avancée. Les circulations ne sont pas optimisées et les patients cheminent dans les mêmes artères que les flux logistiques et les transferts d'hospitalisés (brancardages).

Face à ces constats, une large stratégie de rénovation immobilière a été mise en œuvre à partir de l'année 2015. Un nouvel hôpital doit ainsi voir le jour en plusieurs phases remplaçant une large partie de l'hôpital historique de Maison Blanche et reliant dans un premier temps l'hôpital Robert Debré, qui sera à terme détruit et remplacé par des aménagements extérieurs. La première pierre du projet a été posée le 15 janvier 2021.

² Dans le cadre du plan régional de santé 2018-2028, l'agence régionale de santé détermine trois zones d'implantation pour le niveau de soins de recours, lesquelles sont divisées en 12 zones d'implantation pour le niveau de soins de référence. Ce zonage permet de cartographier les autorisations d'activités pour assurer la couverture de la population en offre de soins.

³ Source Hospidialg 2019.

Le CHU est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) n° 2 dénommé groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC). Il est également en direction commune avec le centre hospitalier (CH) Auban-Moët d'Épernay, le CH de Montmirail, l'EHPAD Jean Collery d'Ay depuis le 26 septembre 2016 et l'EHPAD Augé-Colin d'Avize à compter d'avril 2017. Depuis le 20 septembre 2021, l'établissement est également en direction commune avec le CH de Fismes. Ces établissements sont membres du GHT.

3.2 La gouvernance de l'établissement

La gouvernance publique peut se définir comme étant « *l'ensemble des processus par lesquels les règles collectives sont élaborées, décidées et mises en œuvre et des dispositifs de contrôle de ces processus* »⁴. À l'échelle d'un établissement de santé, elle permet de définir les interrelations avec l'ensemble des parties de l'organisation (médicale, soignante, administrative, technique) et d'organiser son fonctionnement dans le respect des objectifs fixés par la réglementation et le projet d'établissement.

Le CHU de Reims est organisé conformément aux dispositions du chapitre 1^{er} du Livre 1^{er} de la sixième partie du CSP.

3.2.1 Les instances

Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance d'un établissement public de santé (EPS) est l'organe délibérant ayant compétence pour se prononcer sur la stratégie de l'établissement. Il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement comme énoncé à l'article L. 6143-1 du CSP.

Le dernier arrêté modifiant la composition nominative du conseil de surveillance du CHU a été pris par la directrice générale de l'ARS Grand Est le 18 octobre 2021 en application des articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du CSP.

Selon l'article R. 6143-11 du CSP « *Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur* ». Cette obligation n'a été respectée qu'en 2016, 2018 et 2021.

Malgré le nombre restreint de réunions, les questions relevant de ses compétences sont traitées et des délibérations sont prises.

Hormis la fréquence de réunion annuelle, la constitution et le fonctionnement du conseil de surveillance n'appellent pas d'observation.

Le directoire

Par décision du 1^{er} septembre 2021, la directrice générale de l'établissement a fixé la composition des neuf membres du directoire. Cette décision est conforme aux articles L. 6143-7-5 du CSP⁵ et D. 6143-35-1 et suivants du CSP.

Se réunissant à échéance régulière en formation élargie associant des chefs de pôle et des directeurs des pôles administratifs, le directoire joue son rôle d'instance de concertation sur les questions stratégiques et financières conformément aux dispositions de l'article D. 6143-35-5 du CSP.

La constitution et le fonctionnement du directoire n'appellent pas d'observation.

⁴ Pascal Lamy, ancien directeur général de l'organisation mondiale du commerce.

⁵ L'article 31 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a modifié l'article L. 6143-7-5 du CSP en portant de 9 à 11 les membres du directoire dans les centres hospitaliers universitaires.

La commission médicale d'établissement (CME)

Instance représentative de la communauté médicale, maïeutique, pharmaceutique et odontologique, la CME du CHU de Reims se composait jusqu'en 2021 de 67 membres dont 58 ayant voix délibérative.

Une modification de sa composition, présentée avec avis favorable en conseil de surveillance le 25 juin 2021, a porté à 77 le nombre de membres ayant voix délibérative. Chacun des 14 chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques est désormais membre de la CME. Les collèges « Personnels enseignants et hospitaliers titulaires » et « Praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement » sont étendus à 16 membres contre huit précédemment. L'objectif poursuivi par cette modification de composition est d'améliorer la représentativité de l'ensemble des disciplines.

Elle se réunit à fréquence élevée (de neuf à 10 réunions annuelles), le règlement intérieur prévoyant au minimum quatre réunions par an.

Conformément aux dispositions de l'article R. 6144-1 du CSP, elle est consultée sur les sujets relevant de ses domaines de compétences, soumis ensuite aux décisions de la directrice générale ou aux délibérations du conseil de surveillance. La seule exception réside dans l'absence de présentation de la politique d'intéressement relative à l'exécution des contrats de pôle dont l'analyse fait l'objet d'un développement ultérieur (cf. 3.2.2). Cette politique a été présentée en 2021 (sur l'intéressement 2020) aux chefs de pôles dans le cadre du directoire dans sa forme élargie. Néanmoins, cette présentation n'a pas fait l'objet d'un recueil d'avis de la communauté médicale au sens du CSP et n'a eu lieu qu'à une seule reprise.

Les membres de la CME sont élus pour une durée de quatre ans. La composition de la CME du CHU a été renouvelée par de nouvelles élections en septembre et octobre 2021. Le président de la CME (PCME) est désigné parmi ses membres. Le 16 novembre 2021, le professeur Carl Arndt, chef du service d'ophtalmologie, a été élu.

Rappel du droit n° 1 : Présenter la politique d'intéressement annuellement à la commission médicale d'établissement conformément aux articles R. 6144-1 et R. 6144-1-1 du CSP.

3.2.2 L'organisation administrative et médicale

Comme tout établissement hospitalier, l'ensemble du personnel salarié de l'établissement exerce sous l'autorité unique du chef d'établissement. Il existe néanmoins une double ligne hiérarchique avec d'une part le personnel administratif technique et soignant et d'autre part le personnel médical agissant sous la responsabilité du président de la commission médicale d'établissement (PCME).

Depuis le 28 avril 2021 et la rénovation de la gouvernance hospitalière issue des accords du Ségur de la santé, la législation prévoit des cas de codécisions entre la directrice générale et le président de la CME

L'organisation administrative et générale

Sous la responsabilité de la directrice générale, d'un directeur général adjoint et d'un secrétaire général, l'établissement est organisé en un pôle administratif (ressources humaines / organisation des soins / formation / relations sociales) et huit directions administratives dont une dédiée au suivi de la construction du nouvel hôpital.

L'organigramme énonce 23 personnes désignées en qualité de directeur (hors GHT, direction déléguée de site et direction des soins) pour le seul établissement rémois, ce qui représente au tableau des emplois 21,9 équivalents temps plein rémunérés (ETPR). Ce nombre de directeurs est élevé comparativement aux établissements de taille et fonctionnement

similaires⁶. L'ordonnatrice en fonctions jusqu'au 31 août 2021 justifie ce nombre de directeurs par l'ampleur des projets à mener sur la période et par la présence d'un encadrement administratif intermédiaire nécessitant une montée en compétence.

L'organigramme de direction a fait l'objet d'une évolution présentée en conseil de surveillance en septembre 2021 suite à l'arrivée de la nouvelle ordonnatrice mais sans modification substantielle sur le fond ou du nombre des directeurs.

Les directeurs disposent de délégations de signatures de la part de la directrice générale établies nominativement. Celles-ci sont consultables sur le site internet. Elles ont fait l'objet d'un renouvellement à l'occasion du changement d'ordonnatrice le 1^{er} septembre 2021.

Les pôles et contrats de pôles

Le CHU a structuré son activité hospitalo-universitaire en 14 pôles⁷ qui participent à la mise en œuvre des objectifs institutionnels de l'établissement. Un pôle « psychiatrie des adultes » complétait cette organisation jusqu'au 1^{er} janvier 2018, date de rattachement de cette activité à l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM).

Les pôles « digestif-urologie-néphrologie-endocrinologie » (DUNE) et « locomoteur » ont été érigés en pôle inter-établissements entre le CHU de Reims et le centre hospitalier d'Épernay en 2017, suite à la mise en place du GHT.

Des contrats de pôle définis à l'article L. 6146-1 du CSP ont été conclus en 2016 pour une durée de cinq ans incluant l'année de signature (2016 à 2020) sur la base d'un contrat-type.

Au 1^{er} semestre 2021, l'établissement a engagé la préparation de la nouvelle génération de contrat, déclinaison du nouveau projet d'établissement. Ceux-ci seront finalisés au cours du 1^{er} semestre 2022 selon l'ordonnatrice en fonctions à partir du 1^{er} septembre 2021.

En articulation avec le projet d'établissement et le projet médical partagé, les nouveaux contrats de pôle détermineront un programme d'actions en matière de valorisation de l'activité, de projet de soins, de transformation organisationnelle (virage ambulatoire), de management et d'enseignement.

Des réunions de dialogue de gestion entre le chef de pôle et la direction générale se tiennent pour faire des bilans d'étape et chaque pôle fait l'objet d'une évaluation globale en année N+1 sur la base des données de l'année civile N. Un avenant au contrat de pôle est élaboré annuellement déclinant les objectifs et valeurs cibles à atteindre. Le bilan annuel n'a pas été réalisé en 2020 au regard du contexte épidémique lié à la crise sanitaire Covid-19.

Le CHU développe une politique d'intéressement des pôles, dont les modalités d'attribution sont présentées dans chaque contrat de pôle. Cet outil de politique managériale est construit sur la base de l'effectif du pôle (en ETP) et de l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés dans l'avenant annuel du contrat de pôle.

Les modalités de répartition et d'utilisation de ces crédits d'intéressement, dont l'enveloppe globale est arrêtée par la directrice générale du CHU (901 351 € en 2018 et 891 700 € en 2019), sont présentées aux instances telles que le comité technique d'établissement (CTE) et le directoire mais non en CME (cf. 3.2.1).

⁶ À titre comparatif, hors GHT et direction des soins, le CHR Metz-Thionville (2 043 lits et places dont 1 469 MCO) dispose de 17 directeurs sur son organigramme, le GHR Mulhouse Sud Alsace (2 612 lits et places dont 1 090 MCO) dispose de 16 directeurs sur son organigramme, le CHU de Saint Etienne (1 919 lits et places dont 1 129 MCO) affiche 19 directeurs, le CHU de Rennes (1 858 lits et places dont 1 494 MCO et opération de reconstruction en cours) dispose de 20 directeurs, le CHU de Clermont-Ferrand (1 920 lits et places dont 1 626 MCO) dispose de 19 directeurs.

⁷ Autonomie et santé, Biologie, Digestif urologie néphrologie endocrinologie (DUNE), EHPAD-USLD, Femme parents enfant, Imagerie-Interventionnelle, Locomoteur, Médecines, Odontologie, Pharmacie-pharmacovigilance, Recherche et innovation, Thoracique cardio vasculaire neurologie (TCVN), Tête et cou, Urgences-réanimation-anesthésie-douleur (URAD).

L'intéressement alloué collectivement au pôle, versé en année N+1, est affecté à des dépenses non pérennes. Il permet principalement d'accompagner des projets et réorganisations prévus dans les contrats de pôle et de participer à l'amélioration des conditions de travail. Le contrat prévoit une possibilité de mise en réserve par le pôle de l'intéressement annuel de sorte à permettre un cumul pour une utilisation ultérieure. Jusqu'à présent, aucune date de caducité des crédits d'intéressement n'est prévue dans les contrats tant et si bien que les crédits non utilisés pour les projets de pôles sont reportés d'année en année.

Ainsi, l'intéressement non utilisé par les pôles est enregistré annuellement en charge à payer de sorte à se rattacher à l'exercice auquel il se réfère. Les ordonnatrices indiquent conjointement que dès lors que des engagements contractuels entraînant un décaissement certain sont pris, il leur apparaît nécessaire de les rattacher à l'exercice auquel il se rapporte, alors même qu'au cas d'espèce le montant et le calendrier de décaissement demeurent inconnu au moment de la clôture.

Or, l'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit que « *toute dépense relevant des comptes prévisionnels régulièrement engagée mais non mandatée à la clôture d'un exercice [...] dès lors que son montant est évaluable et qu'elle correspond à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice* » fait l'objet d'une charge à payer rattachée à l'exercice.

C'est donc à tort que l'établissement enregistre des engagements managériaux et stratégiques internes ou des enveloppes financières dédiées à certaines actions en charges à payer. Les charges à payer constatent des engagements financiers vis-à-vis de tiers.

Les montants d'intéressement restant constatés en charges à payer (cf. annexe 1, tableau 1) et n'ayant donc pas fait l'objet d'une utilisation pour des projets par les pôles représentent plus de 4 M€ en 2020. Un engagement sur des projets anticipés et chiffrés au moment de la rédaction des contrats de pôle permettrait un engagement comptable dès lors que l'atteinte des objectifs fixés par ledit contrat est constatée en fin d'exercice

L'enregistrement d'engagements internes en charges à payer fait l'objet d'une réserve de la part du commissaire aux comptes (CAC) à l'occasion de la certification annuelle des comptes. Interrogé sur ce point, l'établissement a confirmé que la pratique était délibérée en dépit de la réserve annuelle émise par le certificateur.

La chambre rappelle à l'établissement que ces charges ne constituant pas une dette envers un tiers, elles ne peuvent pas être comptabilisées en charges à payer.

Au surplus, l'absence de caducité établie contractuellement jusqu'en 2021 pour les crédits mis en réserve n'invite pas à l'utilisation des fonds au profit des besoins immédiats des patients et du fonctionnement des services. En 2021, concernant l'intéressement 2020, un délai de deux ans de consommation des crédits a été mis en place. Ce délai concerne les crédits d'intéressement de l'exercice et cumulés sur les exercices antérieurs. La procédure d'utilisation des crédits et le circuit des validations a été simplifié pour inciter à l'utilisation. Au-delà des deux années, les crédits seront ainsi prescrits et ne pourront plus être utilisés dans ce cadre et reviendront à l'institution.

Cette ultime étape du mécanisme de caducité renforce le principe de l'impossibilité de comptabilisation de cet intéressement en charges constatées d'avance.

Enfin, le contrat prévoit un bilan final établi par le chef de pôle aux termes des cinq années d'exécution du contrat. L'ordonnatrice en fonctions a indiqué que le bilan du contrat de pôle précédent sera intégré en introduction des nouveaux contrats de pôles.

Rappel du droit n° 2 : Mettre fin à l'enregistrement en charges à payer d'engagements envers la communauté hospitalière conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21.

La certification des activités de soins

La certification obligatoire mise en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS) a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés ainsi que l'ensemble des prestations délivrées par l'établissement de santé.

Le rapport de certification HAS du mois de novembre 2016 a certifié l'établissement au niveau C. L'établissement a mis en œuvre les premières mesures correctrices en matière de démarche qualité.

Un additif de septembre 2018 certifie l'établissement au niveau B avec recommandations d'amélioration en matière de management de la qualité et des risques, de gestion du risque infectieux, de management de la prise en charge médicamenteuse du patient, de la prise en charge des urgences et des soins non programmés, de dossier patient, de management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle.

La nouvelle campagne de certification devrait intervenir au cours de l'année 2022.

3.3 Le projet d'établissement

L'article L. 6143-2 du CSP détaille le contenu du projet d'établissement. Ce projet définit la politique générale de l'établissement et décline les objectifs généraux du projet régional de santé (PRS) 2018-2028 établi par l'ARS Grand Est, et plus particulièrement le schéma régional de santé (SRS) de la période 2018-2023.

Ce projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans et peut faire l'objet de révisions. Adopté par le conseil de surveillance en date du 18 décembre 2015, il couvre la période 2016-2020. Il a été élaboré de façon participative et est arrivé à échéance en 2020.

Le projet d'établissement 2016-2020 ne comporte aucun indicateur chiffré et n'a fait l'objet d'aucune évaluation formalisée selon l'ordonnatrice en fonctions jusqu'au 31 août 2021 en dehors d'une présentation succincte de la mise en œuvre des projets institutionnels dans les rapports annuels d'activité. Au terme du contrat, seul un bilan sommaire sous la forme d'une plaquette de communication énumérant la mise en œuvre de projets a été rédigé ne permettant pas de mesurer l'atteinte ou non d'objectifs sur la période. Seul le projet médical a fait l'objet d'une évaluation en mai 2021 mais qui ne porte que sur 32 des 107 fiches-projet, sans mesure de l'atteinte des objectifs fixés.

En 2021, le CHU de Reims a finalisé un nouveau projet d'établissement pour la période 2021-2025, respectivement présenté pour avis à la CME du 17 juin 2021 et pour approbation au conseil de surveillance du 25 juin 2021. Il est construit par une approche transversale et stratégique selon une ligne directrice « l'innovation crée l'excellence » dans l'esprit des recommandations du rapport de la mission « Claris »⁸.

Élaboré en concertation avec les professionnels de santé, les usagers et les partenaires de l'établissement, ce projet lancé en juin 2019 est organisé autour de quatre axes (11 thématiques et 133 engagements).

Chacune des thématiques est assortie d'objectifs et d'indicateurs dont la valeur initiale a pour la plupart été arrêtée par la direction de l'établissement au début de l'année 2022.

⁸ Le ministère de la santé a missionné le 19 décembre 2019 le Pr Claris, président de la CME des Hospices Civils de Lyon, « pour travailler sur la médicalisation de la gouvernance et la simplification du fonctionnement de l'hôpital ». Son rapport, remis le 17 juin 2020, formule 20 recommandations principales. Il a été versé aux travaux du Sécur de la Santé. Plusieurs recommandations ont été intégrées dans la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi « RIST ».

3.4 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le CPOM est établi pour chaque établissement de santé pour une durée de cinq ans par l'ARS. Son élaboration et son contenu sont déterminés par les articles L. 6114-1 à 5 et D. 6114-1 à 10 du CSP.

Au cours de la période sous revue, le CHU a formalisé deux CPOM. Le premier a été signé le 17 décembre 2012, avec date d'effet au 13 octobre 2012, pour la période 2012-2017 et prorogé jusqu'au 30 juin 2018 (avenant n°46). Ce contrat a fait l'objet de 59 avenants dont les plus récents ont été signés en décembre 2018.

Bien que cela soit prévu à l'article D. 6114-8 du CSP, le CPOM 2012-2017 n'a fait l'objet d'aucune évaluation de la part de l'établissement au moment de la demande de renouvellement. Selon l'ordonnatrice en fonctions jusqu'au 31 août 2021, cette absence d'évaluation s'est faite à la demande de l'ARS.

La chambre rappelle l'importance des évaluations finales de la mise en œuvre de ces contrats qui conditionnent le financement des établissements à l'atteinte d'objectifs régionaux et nationaux en matière de santé.

Le deuxième CPOM a été signé le 19 décembre 2018 pour la période 2018-2023. Sa signature est intervenue alors que le PRS était en cours de refonte au sein de l'ARS. Bien moins développé que la génération précédente de CPOM, le document énumère les activités et financements de l'établissement mais ne contient pas d'objectifs en matière de gestion ou de prise en charge médicale.

Ce contrat est assorti de 36 avenants à la date du 31 décembre 2020. À l'instar du contrat précédent, aucune évaluation annuelle n'est réalisée.

En raison de l'attente d'une harmonisation des objectifs sur l'ensemble de la région Grand Est, le contrat ne dispose pas d'une véritable lisibilité au-delà de 2019. Son article 3 précise qu'« *une négociation relative aux orientations stratégiques sera menée suite à la révision du projet régional de santé (PRS) prévue au premier semestre 2019* ». La directrice générale de l'ARS a indiqué que les orientations stratégiques du PRS ont été révisés en fin d'année 2019 mais la survenue de la crise sanitaire et sa gestion par les services de l'agence et l'établissement n'a pas permis de procéder à la négociation au début de l'année 2020. À la fin de l'année 2021, aucune nouvelle négociation n'avait été menée.

L'établissement n'a pas encore signé de CPOM pour ses activités EHPAD et USLD dont la signature était initialement prévue en 2020. L'ordonnatrice en fonctions à partir du 1^{er} septembre 2021 a indiqué que la négociation de ces contrats a été retardée du fait du contexte épidémique et de la gestion de crise. Elle a débuté le 7 avril 2022 avec l'ARS et le département de la Marne.

3.5 Les relations avec l'université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)

Le statut universitaire de l'établissement repose juridiquement sur une convention passée avec l'URCA aux termes de l'article L. 6141-2 du CSP.

Selon l'article L. 6142-3 du même code, « *les universités et les centres hospitaliers régionaux [...] sont tenus de conclure des conventions pour préciser les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional* ».

Une convention cadre signée le 24 février 2016 « [...] porte en particulier sur la politique de recherche biomédicale de l'université et les modalités de son déploiement au sein du CHU ainsi que sur les modalités de participation du CHU à l'enseignement universitaire et postuniversitaire ».

Elle est conclue pour une durée de cinq ans, tacitement reconductible.

Depuis la signature de la convention, de nouveaux projets conjoints sont venus compléter la collaboration dont :

- un institut d'intelligence artificielle en santé (I2AS) placé sous la tutelle conjointe du CHU et de l'université et pour lequel une convention de partenariat est en cours de signature ;
- des projets hospitalo-universitaires pour soutenir des initiatives en recherche autour d'un thème commun « interactions cellules microenvironnement : cancer, inflammation, infection, vieillissement ». Trois projets sont à ce jours co-financés.

La chambre invite le CHU à engager une révision de cette convention, prévue par son article 16, afin de prendre en compte les orientations retenues dans le projet d'établissement 2021-2025 et d'y inclure l'ensemble des coopérations en matière de recherche.

3.6 Le programme d'investissement et de restructuration architecturale

3.6.1 La genèse du projet

Le CHU s'est engagé dans un projet immobilier de reconstruction dès décembre 2013. En novembre 2015, le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) a validé le projet présenté avec l'ambition d'une part de moderniser son offre de soins pour conforter sa vocation d'établissement de référence et de recours et, d'autre part, de renforcer son attractivité auprès des patients et des professionnels de santé, notamment les plus jeunes d'entre eux.

Engagé dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), l'atteinte des objectifs par l'établissement a permis de garantir le financement du projet et sa mise en œuvre.

Il s'inscrit dans un programme immobilier global faisant suite à la reconstruction en 2016 de l'American Memorial Hospital 2 (AMH2), aux ouvertures des nouveaux pôles d'odontologie en décembre 2017 et de biologie territoriale en 2020 et à la reconstruction en 2020 de l'EHPAD Résidence Roederer Boisseau.

Le projet global de nouvel hôpital, organisé selon trois phases opérationnelles s'étalant de 2020 à 2030, vise une cohérence fonctionnelle d'ensemble par le regroupement d'activités historiquement implantées sur plusieurs sites et par le caractère interconnecté et modulable des nouvelles unités créées.

Dans le cadre des règles de la commande publique, une procédure de concours désigne le maître d'œuvre pour chaque phase. Le CHU, propriétaire du terrain d'assise, assure en interne la conduite d'opération, par l'intermédiaire d'une direction dédiée, ainsi que la maîtrise d'ouvrage.

3.6.2 L'évolution du projet

Pour en assurer sa réussite et répondre aux besoins de santé du territoire, la direction de l'établissement s'est appuyée sur une démarche de gestion de projet pluridisciplinaire et participative impliquant l'ensemble des futurs utilisateurs de l'ouvrage, à savoir la communauté hospitalière, les usagers et les acteurs du territoire.

Des groupes de travail composés de représentants de chaque profession et catégories professionnelles du CHU ont été mis en place. Ils ont pour mission de préparer l'organisation fonctionnelle des futurs locaux, d'élaborer les plans d'actions des phases transitoires de déménagement et de maintien de l'activité. À ce titre, 16 groupes de travail relatifs à la prise

en charge des patients et aux fonctions « support » ont été créés, portés chacun par un comité de pilotage réunissant des médecins et des personnels d'encadrement.

Les recommandations du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) et les autres échanges avec les autorités de tutelle sur les objectifs recherchés en matière de capacitaire, de performance (parts de marché, durée moyenne de séjour, etc.) et de trajectoire financière, ont conduit à plusieurs modifications techniques et fonctionnelles du projet.

Grâce aux enseignements de la crise sanitaire, et sous l'impulsion d'un collectif médical, la deuxième phase du projet a connu une adaptation d'importance destinée à créer les aménagements permettant de répondre à des épisodes sanitaires exceptionnels. Après quelques ajustements, les autorités de tutelle et le conseil national de l'investissement en santé (CNIS) – instance remplaçant le COPERMO depuis 2020 – ont validé les évolutions demandées. Le programme technique détaillé (PTD) ainsi arrêté a permis fin septembre 2021 la publication du concours destiné à sélectionner début 2022 les équipes admises à concourir pour une désignation du lauréat en septembre 2022.

3.6.3 Les attentes du projet

La vétusté des bâtiments représentait un frein au développement du CHU et un handicap face à un secteur privé compétitif. En effet, le groupe de cliniques privées lucratives voisin a ouvert en mai 2018 une nouvelle structure offrant un accueil hôtelier moderne et un plateau technique totalement neuf à proximité du CHU.

Ce nécessaire besoin de modernisation doit permettre à l'établissement de pallier ses faiblesses en lui permettant de répondre aux besoins des patients, de satisfaire les attentes des professionnels de santé et confirmer sa vocation d'établissement de référence et de recours.

L'adaptation continue aux besoins et la prise en charge des patients se fera par :

- le déploiement d'un plateau technique de pointe avec le regroupement de secteurs d'activités (blocs chirurgical, interventionnel et d'endoscopie ; consultations et explorations fonctionnelles ; soins critiques, plateau d'imagerie, etc.) ;
- le développement des prises en charge ambulatoires chirurgicales et médicales (respectivement 45 places et 120 places en incluant les sites d'Alix de Champagne et de l'American Memorial Hospital), confrontées à une forte concurrence du secteur privé lucratif ;
- l'amélioration du confort hôtelier avec un objectif de 85 % de chambres individuelles, sachant que 47 % des chambres⁹ de chirurgie et de médecine sont en 2019 configurées en chambres double ;
- la modularité des capacités d'hébergement avec des unités d'hospitalisation « standardisées » (de 28 à 30 lits) pour répondre de manière plus efficace aux évolutions d'activités.

Confronté à un problème de démographie médicale, le CHU doit s'appuyer sur cette nouvelle structure pour inverser cette tendance et renforcer son attractivité, en particulier auprès des jeunes professionnels, par :

- un accès à des équipements de pointe ;

⁹ La moyenne des lits en chambre double est de 36 % pour les 25 CHU ayant participé à une enquête nationale.

- une optimisation des circuits des patients et logistiques, renforçant la qualité de vie au travail ;
- une intégration dans les pratiques et projets de l'innovation et l'intelligence artificielle en santé pour répondre aux enjeux de la médecine de demain et au développement de la recherche.

3.6.4 Le coût financier du projet

Sur le plan financier, le coût global du projet présenté au COPERMO en 2015 s'élevait à 410 M€, dont 27 M€ d'équipements.

Le projet a fait l'objet d'amendements pour tenir compte des enseignements de la crise Covid-19, préservant ainsi son capacitaire au niveau de 2019 et apportant des adaptations techniques de fonctionnement pour répondre aux situations de crise (voir 5.2.2).

Les différentes étapes de modification structurelle du projet et l'intégration des révisions de prix portent aujourd'hui son coût prévisionnel à 554 M€, se décomposant en 492 M€ de travaux et 62 M€ d'équipements.

L'évolution importante du coût prévisionnel (+ 35,1 %) s'explique principalement par l'augmentation du nombre de lits, l'intégration d'un secteur interventionnel en phase 2 et des besoins en équipements informatiques et médicaux. L'adaptation du projet conduit à la création d'une superficie supplémentaire de 21 000 m² pour le bâtiment de la phase 2, (dont 1 750 m² pour les activités du secteur ambulatoire et 1 000 m² pour les locaux de soins palliatifs) s'ajoutant au 31 000 m² du projet initial.

Le CHU bénéficie d'un accompagnement financier direct de l'État de 172 M€, qui intègre le soutien financier national complémentaire de 50 M€ alloué en 2021 dans le cadre du Ségur de la Santé.

3.6.5 La synthèse actuelle du projet

Le CHU avait besoin d'engager une modernisation de ses installations pour renforcer sa compétitivité et son attractivité territoriales. La réalisation en cours de ce projet d'envergure a l'ambition d'y contribuer, d'autant plus que son état d'avancement lui permet de procéder aux adaptations fonctionnelles découlant directement des retours d'expérience de la crise sanitaire du Covid-19.

La qualité de ses nouveaux équipements lui confère des responsabilités accrues en tant qu'établissement de recours et support du groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC). En ce sens, il devra poursuivre le développement, d'une part, des coopérations médicales avec les autres acteurs de santé du territoire et, d'autre part, des actions d'enseignement et de recherche avec l'URCA et les instituts de formation.

La chambre invite l'établissement à s'assurer que les différentes phases de ce projet s'inscrivent dans une trajectoire financière soutenable au regard du remboursement de la dette (cf. 7.4.4).

Il devra, en outre, veiller à ce que celle-ci permette de libérer les ressources financières nécessaires à la réalisation d'autres investissements du plan pluriannuel d'investissement (PPI) 2020-2030, parmi lesquels la poursuite de la rénovation de ses EHPAD, le transfert de l'activité pédopsychiatrie dans les locaux de l'American Memorial Hospital, la restructuration du SAMU et du Centre 15 et les opérations de mise aux normes de la stérilisation et de sécurité incendie.

4. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)

4.1 La constitution et la gouvernance du groupement

Les GHT ont été institués par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, avec comme mission principale de mutualiser les moyens des établissements sur un même territoire pour assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Le CHU est l'établissement support du groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC), dont la convention constitutive a été signée le 29 juin 2016. Il associe quinze établissements dont sept EPS, sept EHPAD et l'EPSMM localisé à Châlons-en-Champagne. Le GHUC a la particularité de regrouper des établissements du département de la Marne (12) et du département des Ardennes (trois).

Des avenants sont venus compléter la convention constitutive, en particulier un avenant n° 2 signé le 30 juin 2017 relatif à la création, dans le cadre d'une coopération territoriale en biologie, d'un pôle de biologie multisites entre les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne, d'Épernay et le CHU de Reims. L'avenant n° 4 entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022, intègre la création de la commission médicale de groupement (CMG).

En leur qualité d'établissements associés, le centre communal d'action sociale (CCAS) de Châlons-en-Champagne et l'Institut Godinot¹⁰ de Reims ont signé avec le GHUC le 26 février 2021 et le 23 mars 2021 des conventions d'association pour renforcer la coordination des filières de gériatrie et de cancérologie. Les conventions d'association permettent également aux signataires extérieurs au GHUC de participer à la fonction achat mutualisée et d'être invités au sein du comité stratégique.

Les instances de gouvernance du groupement (comité stratégique, comité territorial des élus locaux, collège médical, comité des usagers et commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques, conférence territoriale de dialogue social) ont été installées par la convention constitutive conformément aux dispositions des articles R. 6132-9 et suivants du CSP.

Un règlement intérieur, prévu par l'article R. 6132-2 du CSP et la convention constitutive, a été rédigé et adopté par le comité stratégique le 26 juin 2018. Chaque instance a rédigé son règlement intérieur mais ceux-ci n'ont pas été approuvés par le comité stratégique à l'exception de celui de la commission des usagers (CDU) et de la CMG.

La chambre rappelle que chaque instance doit disposer de son règlement de fonctionnement intégré au règlement intérieur du groupement.

L'ordonnatrice en fonctions à compter du 1^{er} septembre 2021 a indiqué que le règlement intérieur du GHUC était en cours de révision. Les instances de gouvernance du GHUC feront également l'objet d'une évolution au regard des dispositions de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi « RIST » et de l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relatives aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital. Les éléments d'évolution de gouvernance liés à la réforme du Ségur ont été présentés en comité stratégique le 15 juin 2021.

En application du 7^{ème} alinéa de l'article R. 6145-12 du CSP, le budget du groupement est retracé dans un budget annexe « G » au compte de résultat principal de l'établissement support. Une clé de répartition détermine la contribution des établissements parties au financement de ce budget en application de l'arrêté du 6 novembre 2017 modifié fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un GHT aux opérations relatives aux fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 du CSP.

¹⁰ Centre de lutte contre le cancer (CLCC).

En outre, un règlement financier du groupement a été adopté afin de préciser de façon claire les relations financières entre les membres du GHT. La contribution N de chaque établissement est arrêtée proportionnellement au volume de charges de fonctionnement du compte financier N-2 retraité.

Le CHU de Reims, disposant du budget le plus important du groupement, est le principal contributeur à hauteur de 61 %. Fin 2021, aucun investissement commun, donnant lieu à un enregistrement comptable spécifique, n'avait été réalisé.

4.2 Le projet médico-soignant partagé

En application des articles R. 6132-3 et suivants du CSP, les GHT doivent établir un projet médical et un projet de soins partagés (PSP).

Pour répondre aux objectifs du groupement, un projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHUC couvrant la période 2017-2021 a été élaboré pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours et permettre à chaque établissement de connaître son rôle et ses missions.

Ce document présenté au conseil de surveillance du CHU le 30 juin 2017 identifie dans sa première partie « projet médical » huit projets de filières prioritaires. Chaque projet s'articule autour d'orientations majeures, elles-mêmes déclinées en objectifs et indicateurs de suivi.

La seconde partie du projet médico-soignant partagé est consacrée aux soins avec quatre axes de travail, eux-mêmes déclinés sous forme de fiches actions.

Le PMSP a été complété de deux avenants portant sur l'hospitalisation à domicile (HAD) et les personnes en situation de handicap pour le mettre en cohérence avec les orientations du PRS 2018-2028.

Un bilan régulier de la mise en œuvre des actions est réalisé en comité stratégique.

Un nouveau PMSP s'appuyant sur les filières précitées a été présenté en comité stratégique les 15 juin et 28 septembre 2021 assorti d'un bilan global du PMSP 2017-2021 en vue d'une adoption en décembre 2021. La mise en œuvre sera suivie par la commission médicale de groupement (CMG) qui vient remplacer le collège médical de GHT à compter du 1^{er} janvier 2022.

4.3 Les fonctions mutualisées

4.3.1 La fonction achat

En qualité d'établissement support du GHUC, et conformément à l'article L. 6132-3-3 du CSP, le CHU assure depuis le 1^{er} janvier 2017 la fonction mutualisée des achats pour le compte des établissements parties au groupement.

Le pilotage s'organise en une direction des achats assurant la mission d'acheteur par domaine et une cellule des marchés ayant un rôle d'expert juridique, de gestionnaire et de sécurisation des procédures administratives. Un référent, désigné au sein de chaque établissement partie, est chargé de l'exécution locale des marchés (approvisionnement, recensement des besoins, etc.).

Un comité de pilotage se réunit trimestriellement, associant l'établissement support et les établissements parties.

Les objectifs stratégiques de cette mutualisation portent sur l'amélioration de la performance économique des achats, la convergence en cours des parcs de matériel et des références

existantes, le renforcement de l'expertise technique et juridique et le respect de la réglementation de l'achat public et des préoccupations sociales et environnementales.

Le suivi de la fonction mutualisée des achats est limité et chronophage en l'absence d'un système d'information partagé *ad hoc*. Pour renforcer ce suivi, l'établissement bénéficie d'un accompagnement de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour la mise en place d'un système d'information achat. Le projet de convergence de la nomenclature des achats est en cours pour une mise en œuvre au cours de l'année 2022.

Le contrôle de gestion des achats, en phase de développement, pourra s'appuyer sur cet outil pour piloter la planification, le suivi des marchés et le plan d'action achat territorial (PAAT).

Sur la base du PAAT 2019, la mutualisation des achats (cf. annexe 1, tableau 2) a conduit à des gains notifiés¹¹ de 3,9 M€ (base 12 mois), soit 8,3 % du total de référence annuel des achats des établissements du groupement (47,4 M€). Les gains du CHU de Reims s'élèvent à eux seuls à près de 2,1 M€, représentant 52,6 % du total des gains notifiés du GHT et 8,4 % de son volume total annuel de référence.

La mutualisation de la fonction achat n'appelle pas d'observation.

4.3.2 Les systèmes d'informations

Le dispositif antérieur au GHT

Antérieurement à la mutualisation du système d'information au sein du GHT, le CHU disposait d'une solution informatique de gestion administrative des patients acquise en 2008. Cette solution dont le déploiement s'est réalisé en deux phases, n'a jamais pu être totalement mise en œuvre en raison d'importantes difficultés techniques rencontrées par le prestataire. Sur la base du constat de l'impossibilité de poursuivre le déploiement de la solution, la solution a été abandonnée au terme du marché de déploiement au 31 décembre 2014.

Le protocole d'accord signé le 21 décembre 2018 conduit les parties à renoncer à toute prétention pécuniaire relative à l'exécution du marché, et plus particulièrement à une indemnisation du préjudice liée à la non réalisation de l'ensemble des prestations contractualisées.

La convergence des systèmes d'information

Un travail de convergence des systèmes d'information des établissements est engagé pour renforcer le pilotage médico-économique du groupement : accès aux informations par les professionnels, sécurité des soins et mutualisation des activités.

S'appuyant sur un schéma directeur en cours de finalisation, la convergence mutualise des outils informatiques par domaine fonctionnel de prise en charge des patients ou de gestion des ressources, tout en veillant à assurer la sécurité des systèmes d'information et la confidentialité des données personnelles.

Pour le financement de ce projet, l'ARS a alloué en novembre 2019 une délégation de crédits de 555 000 € par avenant au CPOM 2018-2023 du CHU, ce dernier portant l'ensemble des coûts liés au rapatriement des infrastructures techniques.

La direction du système d'information du groupement est assurée par le directeur des services numériques du CHU.

Dans cette logique de convergence, et au sortir du marché avec son précédent prestataire, le CHU s'est doté d'une solution unique pour la facturation des actes et séjours à l'instar de l'ensemble des établissements du GHT. Les logiciels de dossier patient informatisé (DPI) ont

¹¹ Les gains notifiés sont les gains théoriques calculés sur la base des consommations estimées et des tarifs notifiés dans le cadre des marchés.

également été uniformisés au sein des établissements avec une solution dissociée pour les services MCO et médico-sociaux correspondant à leurs spécificités.

Le DPI et le logiciel de facturation sont totalement interfacés permettant une fluidité du partage des données. Le CHU assure l'hébergement des données des établissements du GHT, utilisateur du logiciel de DPI.

Le déploiement du DPI entamé en juin 2016 a connu un retard de mise en œuvre en 2019. Fin 2021, il est en cours d'achèvement ce qui ne permet pas encore de tirer un véritable bilan. Il a pour objectif une diminution des prestations externes et des frais d'infrastructures, en plus d'une mutualisation de données.

En ce sens, une étude missionnée auprès d'un cabinet d'études en 2019 estime que la convergence du système d'information serait susceptible de générer un gain sur cinq ans de 3 M€ par rapport à un système d'information non mutualisé (gains fondés sur les coûts logiciels). À ce jour, aucun bilan autre que qualitatif n'a pu être établi faute de disposer d'une base de comparaison stable dans un contexte de fonctionnement hospitalier largement perturbé par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

4.3.3 Les autres mutualisations dans le cadre du GHT

Le département de l'information médicale de territoire (DIM)

Un DIM partagé entre les établissements publics de santé membres du groupement conformément aux articles R. 6113-11-1 et suivants du CSP est institué en 2018 par la convention constitutive. Son rôle est de « *procéder à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire* ».

L'objectif recherché dans la mutualisation du DIM au sein d'un GHT est la continuité de service par la suppléance entre les médecins référents pour l'ensemble des établissements d'un même territoire, l'harmonisation des pratiques et le maintien de l'attractivité professionnelle pour les personnels médicaux par la formation et la participation à des projets de recherche.

Le DIM du GHUC a développé de nombreux projets au cours de la période sous revue avec notamment la mise en place du système d'information commun (voir 4.3.2), l'audit de la chaîne de production du recueil de l'information médicale et des actions de formation partagées.

La formation

Le GHUC a élaboré à partir de l'année 2018 un plan de formation commun recensant l'ensemble des besoins des établissements parties comme prévu par l'article R. 6132-18 du CSP. Ce plan de formation est décliné dans le plan de formation interne du CHU.

L'élaboration du plan de formation mutualisé n'appelle pas d'observation.

4.4 Les autres conventions d'association

Outre une collaboration avec d'autres CHU sur des projets stratégiques (maladies rares, utilisation des données de santé, etc.), le CHU de Reims a signé en 2018 et 2019 des conventions d'association hospitalo-universitaires avec quatre GHT voisins (SAPHIR-Aisne, Aube et du Sézannais, Cœur Grand Est et Nord Ardennes).

Ces conventions associant l'Institut Godinot, ont pour objectif de coordonner des missions hospitalo-universitaires renforçant les filières de recours, l'enseignement et la formation initiale, la recherche et la gestion de la démographie médicale.

Le CHU est par ailleurs membre de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) de la Marne dont la convention constitutive a été signée le 30 octobre 2020. Des modalités de coopération au titre de la filière « santé mentale » sont prévues entre la CPT et le GHUC,

compte tenu de leur différence de périmètre géographique (département de la Marne pour la CPT et une partie des départements de la Marne et des Ardennes pour le GHUC). Le bureau de la CPT et le comité stratégique du GHUC organisent une réunion annuelle conjointe pour présenter un bilan de leurs actions et mettre en cohérence leurs travaux.

4.5 Les projets complémentaires et conclusion sur le fonctionnement du GHT

Le GHUC veille à une stratégie territoriale graduée des soins s'appuyant sur le déploiement d'outils inter-opérationnels. La création d'un pôle inter-établissement en biologie inauguré en 2020 ou la gestion des services d'urgence et de transports sanitaires témoignent de la volonté d'un travail en commun pour améliorer la prise en charge des patients et des résidents.

Le GHUC est ouvert sur son territoire et associe largement ses différents partenaires. La convergence informatique permet un parcours de soins facilité pour les patients et une uniformisation des pratiques de soins pour les professionnels, en particulier les assistants spécialistes à temps partagé (ASTP) dont le nombre est passé de 32 à 53 sur la période sous revue.

À compter du 1^{er} janvier 2022, l'article L. 6132-3 du CSP intègre une nouvelle compétence mutualisée pour les GHT, celle de la définition des orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences. L'objectif poursuivi est de disposer d'une politique de rémunération médicale harmonisée entre les établissements d'un même groupement, et d'offrir des perspectives de carrière pour les professionnels sur l'ensemble du territoire en cohérence avec le PMSP. Cette nouvelle fonction mutualisée a fait l'objet d'une première présentation en comité stratégique le 15 juin 2021. Les orientations stratégiques et leur déclinaison en actions prioritaires ont été présentées lors du comité stratégique du 7 décembre 2021.

5. LA STRATÉGIE ET L'ACTIVITÉ DU CHU SUR SON TERRITOIRE

5.1 Le positionnement du CHU dans son territoire de santé

5.1.1 Le territoire de santé et la zone d'attractivité

Le projet régional de santé (PRS) est une déclinaison en région des priorités de santé nationales et des stratégies de transformation du système de santé associées. Ainsi, pour son élaboration, l'ARS Grand Est a identifié les défis majeurs auxquels la région doit faire face sur la période 2018-2028 et élaboré sept axes stratégiques et 18 programmes prioritaires pour y répondre.

L'offre du CHU de Reims s'inscrit dans le cadre du PRS et des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS). Ce PRS et ces OQOS sont déclinés par :

- zone de soins de référence (1 à 12) ;
- zone de soins de recours les plus lourds (A, B, C).

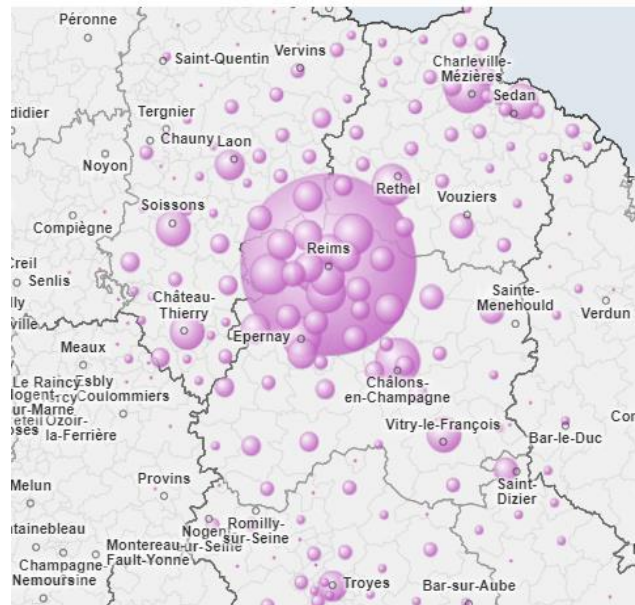
Le CHU de Reims est donc l'établissement de recours de la zone de recours A « Ouest » allant de Charleville-Mézières à Chaumont et de la zone d'implantation n° 2 à laquelle correspond le GHUC (cf. annexe1 : Figure 1 et Figure 2).

Il est l'établissement de recours pour des activités de haute spécialisation que sont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie des adultes, la neuroradiologie interventionnelle, les greffes de reins, l'hémodialyse en centre lourd, la cancérologie pédiatrique, la chirurgie pédiatrique, les

urgences et la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique, la réanimation pédiatrique.

En parallèle, le territoire du PRS dans lequel est inscrit l'établissement pour la définition de son offre de soins n'est pas en totale adéquation avec la zone de recrutement des patients qui se situe essentiellement en zone d'implantation 1 et 2¹² et dans le département de l'Aisne¹³, rattaché à la région Hauts-de-France. Selon la directrice générale de l'ARS, cette situation s'explique par la localisation géographique de la ville de Reims et sa proximité avec la région voisine.

Figure 1 : Zone de recrutement 2019 du CHU de Reims



Source : données ATIH retraitées CRC Grand Est

En outre, le CHU s'inscrit dans un territoire très concurrentiel à la fois sur le secteur public comme le secteur privé (voir 5.4). Il est le seul établissement public d'importance sur son territoire.

5.1.2 L'évolution des parts de marché

Le CHU a augmenté ses parts de marché sur l'ensemble des activités (cf. annexe 1, tableau 3) en considérant l'intégralité de son secteur d'attractivité¹⁴ pour la période 2016-2019, avec une nette progression de la chirurgie (+ 15,4 % en nombre de séjours soit de 17 434 à 20 118) et d'obstétrique (+ 12,8 % soit de 3 131 à 3 531). En revanche, les parts de marché et le nombre de séjours des personnes issues de la zone d'attractivité sont quasiment stables jusqu'en 2019 (+ 1,30 % soit de 42 256 à 42 805).

¹² Territoires de santé ARS : 21S0000001 – Nord Champagne Ardenne et 21S0000002 – Sud Champagne-Ardenne

¹³ Territoire de santé ARS : 32S000001 - Aisne

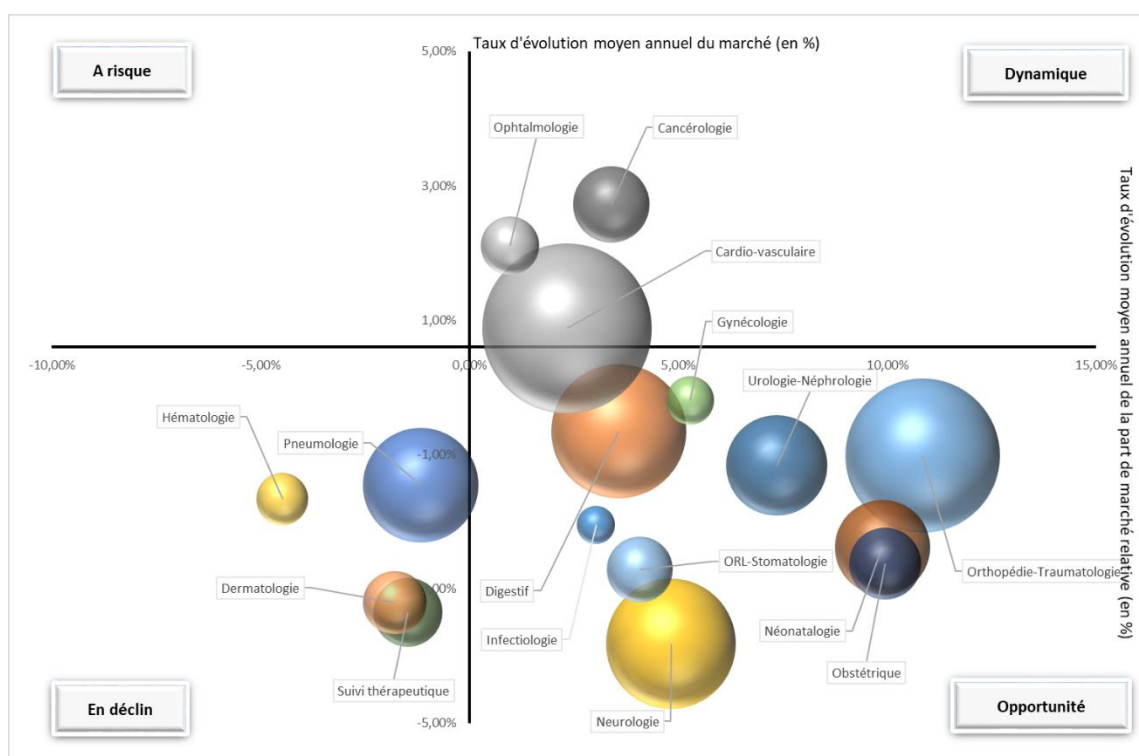
14 Calcul des parts de marchés pour les territoires 21S0000001 – Nord Champagne ; 21S0000002 – Sud Champagne ; 31S0000001 – Aisne (années 2016 et 2017 territoires 22S0000002 – Aisne Nord et 22S0000003 – Aisne Sud)

L'analyse du case-mix¹⁵ du CHU montre que les activités les plus fréquentes en médecine sont les prises en charge du nouveau-né (progression de 5 % sur la période) et, en chirurgie, le traitement des cataractes (progression de 8 % sur la période).

Une analyse plus approfondie du positionnement des activités par rapport à la croissance du marché et à la concurrence dresse un panorama complet de l'activité du CHU par domaine d'activité¹⁶.

L'offre du CHU est essentiellement tournée vers des activités dites « en opportunité » ce qui signifie que le secteur est en contraction mais que l'établissement gagne des parts de marché par rapport à ses principaux concurrents. Cela concerne notamment les activités représentant un chiffre d'affaires important en 2019 pour le CHU telles que l'orthopédie-traumatologie (13,5 %), le digestif (10,2 %) ou encore la neurologie (9,5 %). Ainsi, ce sont les activités représentant plus de 50 % du chiffre d'affaires de l'établissement qui se situent dans cette catégorie.

Figure 2 : Matrice d'analyse de l'offre du CHU sur le territoire (2016-2019)



Source : données ScanSanté retraitées CRC Grand Est

Le dynamisme des secteurs d'orthopédie, d'ophtalmologie et de cardiovasculaire s'explique par de nombreux recrutements ayant permis le développement des activités au détriment de la concurrence directe. En revanche, la dermatologie a reculé en raison du départ de deux praticiens et du basculement d'une partie des activités en actes et consultations externes.

¹⁵ Le case-mix d'un établissement de santé désigne l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités et qui peuvent être décrits par groupe homogènes de malades (GHM).

¹⁶ Analyse par matrice d'analyse du territoire (fiche 2.1 de la direction générale de l'offre de soins). L'analyse découpe l'offre de soins en quatre domaines :

- « à risque » : perte de parts de marché sur un marché en croissance ;
- « opportunité » : gain de parts de marché dans un marché en contraction ;
- « en déclin » : perte de parts de marché dans un marché en déclin ;
- « dynamique » : gains de parts de marché dans un marché en croissance.

La progression des activités du CHU sur le marché lui permet de dégager des marges de manœuvre pour le financement de sa mission de service public et de ses activités de premier recours. L'établissement doit en continu adapter sa stratégie en matière de développement de l'offre de soins pour répondre aux évolutions du marché et éviter des investissements ne correspondant pas à la demande.

5.2 La stratégie de l'établissement en matière d'activité et d'offre de soins

Les réorganisations en cours, avec un objectif de modernisation et d'optimisation de l'outil de travail de l'établissement public, visent à accroître son activité et ses parts de marché dans des secteurs où la concurrence privée est vive, notamment en ophtalmologie, chirurgie cardiaque et ortho-traumatologie.

Ces réorganisations sont d'autant plus stratégiques que les établissements privés concurrents ont également procédé à des modernisations de leurs infrastructures pour accroître leur compétitivité.

Le CHU se retrouve aussi dans la nécessité de renforcer son activité ambulatoire face à un concurrent privé local dynamique dans ce secteur. Ce concurrent a développé un dispositif de retour à domicile précoce dans le cadre d'un projet de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Les ordonnatrices ont conjointement indiqué que le CHU avait mis en place ce dispositif en 2019 pour la chirurgie bariatrique. L'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021 précise que de nouvelles disciplines (digestif, thoracique, gynécologie, orthopédie, urologie) s'engagent à leur tour dans la démarche.

5.2.1 Les autorisations d'activité

Le régime des autorisations d'activité d'un établissement de santé est encadré par les articles L. 6122-2 et suivants du CSP. L'ARS délivre les autorisations d'activité¹⁷ conformément aux OQOS détaillés dans le SRS qui en définit les implantations par territoire.

Les autorisations sont listées dans le CPOM de l'établissement et toute nouvelle autorisation délivrée, dès lors qu'elle fait l'objet d'un financement sur la période, donne lieu à un avenant au CPOM.

Au cours de la période sous revue le CHU disposait de 84 autorisations pour 25 activités de soins au titre du CPOM 2012-2017. Le CPOM 2018-2022 liste 96 autorisations pour un nombre identique d'activités.

Les autorisations du CHU n'appellent pas d'observation.

5.2.2 L'évolution de la structure capacitaire

Le CHU bénéficie en 2020 d'une capacité totale d'accueil de 2 296 lits et places répartie en 1 064 lits et places en MCO (voir tableau ci-dessous), dont 120 lits de réanimation et soins intensifs, 35 lits et places de psychiatrie infanto-juvénile, 271 lits et places de SSR, 120 lits en USLD, 791 lits en EHPAD et 15 places en accueil de jour Alzheimer (AJA) –. L'établissement dispose, de plus, de 36 postes de dialyse et de 56 places en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

¹⁷ Les autorisations sont données pour un site (FINESS géographique), une activité, une modalité de prise en charge (âge, typologie etc.) et une forme (hospitalisation complète, ambulatoire etc.) à l'exception des équipements lourds dont l'autorisation est donnée uniquement par site. Chaque autorisation fait l'objet d'un dossier et d'objectifs spécifiques et est donnée pour une durée déterminée.

Les capacités d'accueil MCO ont diminué de 3,1 % entre 2016 et 2020 (- 34 lits et places). En chirurgie, l'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 264 lits et de 25 places, enregistrant une diminution en trois ans de 33 lits (- 11,1 %).

Le capacitaire en médecine est de 609 lits et 89 places, enregistrant une ouverture de neuf lits (+ 1,5 %) et une fermeture de trois places. En 2020, une unité Covid-19 de 44 lits a été ouverte pour la gestion de la crise sanitaire.

Les services de réanimation disposent de 15 lits supplémentaires, passant de 105 en 2016 à 120 en 2020. L'augmentation a concerné des lits de soins intensifs spécialisés en digestif ou en neurovasculaire.

Le nombre de lits de gynécologie-obstétrique est resté stable (52 en 2020, soit un lit supplémentaire).

Le capacitaire ambulatoire du CHU (MCO) représente 119 places en 2020, en recul de trois places sur la période de contrôle.

Cette évolution globale s'inscrit dans le cadre de la trajectoire de réduction capacitaire demandée pour le nouvel hôpital, arrêtée par le COPERMO à - 144 lits (base 2013) et à une optimisation du capacitaire de 60 lits avant validation des phases deux et trois du projet immobilier. À la fin de l'année 2019, le capacitaire du CHU sur le périmètre du projet COPERMO de 2013 a été réduit de 99 lits.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a conduit à un abandon de la demande d'optimisation, préservant ainsi les capacités d'hospitalisation de fin 2019, soit 767 lits ouverts hors pédiatrie et obstétrique (519 en médecine et 248 en chirurgie). Ce capacitaire cible est complété de 15 lits de surveillance continue supplémentaires, transformables en lits de réanimation en cas de crise.

Tableau 1 : L'évolution du capacitaire MCO

	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016-20
Nombres de lits installés en Médecine	600	614	604	599	609	+ 9
- dont lits réanimation et soins intensifs	105	105	107	109	120	+ 15
Lits urgences et UHCD	28	28	20	20	20	- 8
Places installées de Médecine	92	88	91	89	89	- 3
Lits installés de Chirurgie	297	267	262	264	264	- 33
Places installées de Chirurgie	25	25	25	25	25	0
Lits installés d'Obstétrique	51	51	48	48	52	+ 1
Places installées d'Obstétrique	5	5	5	5	5	0
Total	1 098	1 078	1 055	1 050	1 064	- 34

Source : CHU Reims

Le plateau technique de l'établissement a été renforcé avec l'installation en 2018 d'une salle hybride combinant des équipements techniques de bloc opératoire et de radiologie et la mise en service en 2020 d'un robot chirurgical en coordination avec l'Institut Godinot.

Le CHU dispose en 2020 de :

- 27 salles d'intervention chirurgicale ;
- 1 salle d'intervention obstétrique ;
- 3 scanners et 3 imageries à résonance magnétique (IRM) ;
- 1 système d'imagerie médicale EOS à faibles émissions de rayons X, installé à l'American Memorial Hospital – Hôpital d'enfants en 2018 ;
- 1 robot chirurgical ;

- 1 TEP SCAN tomographie à émission de positons, exploité par un groupement d'intérêt économique (GIE) titulaire de l'autorisation, dont le CHU et l'Institut Godinot sont membres à parts égales.

5.2.3 La politique de recrutement des professions médicales et paramédicales en tension

Professions médicales

À l'instar des autres EPS, le CHU connaît des difficultés de recrutement pour les professions médicales et soignantes dites « en tension ». Ces difficultés sont particulièrement concentrées sur les activités de spécialités urgences, anesthésie, réanimation, radiologie et anatomie-cytologie-pathologie.

Le PRS 2018-2028 fait des ressources humaines en santé un de ses projets prioritaires. Ainsi, sous l'impulsion conjointe du CHU, de l'URCA et de l'ARS, et en association avec la fédération hospitalière de France (FHF) un plan d'actions autour de l'attractivité médicale en ex-région Champagne-Ardenne a été mis en œuvre en 2018.

Le constat partagé à la base du plan d'actions révèle des problématiques de recrutement généralisées sur le territoire et la difficulté de fidéliser les médecins formés par l'université de Reims. Il est également observé une faiblesse d'attractivité de certains sites excentrés.

Ce défaut d'attractivité a été partiellement comblé par le développement des postes d'assistants spécialisés à temps partagé (ASTP) sur le territoire permettant de mutualiser les effectifs médicaux entre les établissements. Comme évoqué précédemment (cf. 4.5), le nombre de postes est passé de 32 à 53 au cours de la période sous revue. Selon l'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021, plusieurs chefs de service exercent eux-mêmes en temps partagé auprès des établissements du territoire. Cela permet d'assurer une répartition de la charge de travail en multisite sur l'ensemble du service et une meilleure connaissance des problématiques d'accompagnement des patients rencontrées dans les territoires périphériques.

Par ailleurs, la formation des médecins au sein de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine de l'URCA représente un réel enjeu. Le nombre de postes d'internes n'augmente pas suffisamment en rapport des besoins exprimés pour le territoire. La moitié des internes formés ne reste pas exercer sur le territoire au terme de leurs études selon la doyenne de l'UFR. Au regard de l'évolution de la démographie médicale dans les établissements, le besoin exprimé pour les années à venir oscille entre 222 et 227 postes d'internes par an avec de réelles tensions sur les spécialités d'anesthésie-réanimation, d'urgences, de pédiatrie, de pneumologie et de néphrologie.

Dans une perspective de fidélisation des internes sur le territoire à l'issue de leur formation, le CHU a également mis en place des appels à projets post internat en collaboration avec l'ARS et les UFR du territoire. Ces appels à projets se complètent de règles de recrutement transparentes pour les candidats leur offrant une lisibilité d'évolution en matière de rémunération et de nomination au sein du CHU.

En outre, dans le cadre de son projet managérial 2016-2020, une formation aux techniques managériales à destination des médecins a été mise en place à compter de l'année 2017, composée de trois ateliers.

En dépit des actions mises en œuvre pour accompagner le personnel médical et assurer l'attractivité des jeunes médecins vers l'hôpital public, l'établissement connaît toujours des difficultés de recrutement. En janvier 2021, l'établissement dénombrait 38 postes médicaux vacants sur les 242 postes à pourvoir sur le territoire.

L'établissement souffre également des difficultés structurelles rencontrées par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) dont la triple vocation soins-recherche-

enseignement est aujourd'hui surtout orientée sur le soin compte tenu des attentes institutionnelles. Ainsi, au cours de la période sous revue, l'établissement compte six démissions de PU-PH sur un effectif total de 37,80 ETP (pour 74 titulaires) en 2020. Les ordonnatrices ont conjointement répondu que le projet d'établissement 2021-2025 a pour objectif de porter à égale importance la triple mission du CHU et que les contrats de pôles intègrent des objectifs dans les trois domaines concernés.

La définition en 2022 par l'établissement support d'orientations stratégiques communes doit contribuer à conforter l'approche territoriale de la démographie médicale déjà amorcée par la nomination de praticiens hospitalo-universitaires de territoire. Le but est d'offrir aux praticiens des perspectives de carrière tout en s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires et différents plateaux techniques.

Professions paramédicales et soignantes

Certaines professions paramédicales et soignantes connaissent également des tensions en particulier les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), infirmiers de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) et psychomotriciens.

Le CHU a développé une politique transparente en matière d'études promotionnelles à destination des agents de l'établissement en se reposant essentiellement sur son institut régional de formation (IRF). Ainsi, en 2020, plus de 900 000 € sont consacrés, sur le plan de formation de 2,7 M€ de l'établissement, au financement des études promotionnelles. 14 infirmiers diplômés d'État (IDE) reçoivent un financement pour préparer les concours d'IADE et d'IBODE.

Dans le but de renforcer les équipes médicales, l'UFR et le CHU ont mis en place une formation d'IDE en pratique avancée (IPA) telle que prévue par le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée. Cette formation, d'une durée de deux ans, a permis l'accompagnement de deux promotions au cours de la période sous revue : 38 élèves en 2019-2020 et 28 en 2020-2021, dont 12 exercent à l'issue de leur formation diplômante au sein des services du CHU.

5.3 L'activité

5.3.1 L'activité ambulatoire : des inégalités suivant les sites et les spécialités

L'évolution de l'activité ambulatoire

Le développement de l'activité ambulatoire a représenté un réel enjeu pour le CHU au cours de la période 2016-2020. Soulignée comme insuffisante lors du précédent contrôle, l'établissement a depuis procédé à la transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle en hospitalisation de jour de sorte à développer cette activité avec une principale unité de chirurgie ambulatoire (UCA) située sur le site de l'hôpital Robert Debré. À titre transitoire, dans un contexte de saturation de l'UCA précitée et en attendant l'ouverture du bâtiment 1 du nouvel hôpital, l'établissement a mis en service en octobre 2021 une unité ambulatoire supplémentaire (quatre places) sur le site de l'Hôpital Maison Blanche, dédiée à la chirurgie en orthopédie-traumatologie et chirurgie plastique et reconstructrice.

Tableau 2 : Évolution de l'activité ambulatoire 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	Évol 2016/19	2020	Évol 2016/20
Taux chirurgie ambulatoire (Groupe homogène de malades - GHM¹⁸ en C+ 7 racines)¹⁹	37,2 %	39,4 %	40,0 %	41,8 %	/	39,8 %	/
<i>Nombre de RSA²⁰ de chirurgie (ambulatoire)</i>	6 370	6 925	7 136	8 147	27,9 %	6 526	2,4 %
<i>Nombre de RSA de chirurgie (HC) retraité</i>	17 114	17 573	17 833	19 468	13,8 %	16 415	- 4,1 %
Taux de médecine ambulatoire	34,9 %	33,4 %	31,0 %	31,4 %	/	31,4 %	/
<i>Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)</i>	15 238	14 747	13 279	13 979	- 8,3 %	12 732	- 16,4 %
<i>Nombre de RSA de médecine (HC)</i>	28 484	29 353	29 611	30 540	7,2 %	27 788	- 2,4 %
Taux d'obstétrique ambulatoire	25,5 %	26,3 %	25,3 %	22,1 %	/	21,6 %	/
<i>Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)</i>	819	855	828	800	- 2,3 %	720	- 12,1 %
<i>Nombre de RSA d'obstétrique (HC)</i>	2 388	2 401	2 451	2 821	18,1 %	2 620	9,7 %
Taux ambulatoire MCO	35,0 %	34,7 %	33,2 %	33,9 %	/	33,1%	/

Source : CHU de Reims et Hospidial (éléments chirurgie ambulatoire)

Le taux de chirurgie ambulatoire progresse, bien que restant en deçà des taux cibles déterminés pour le CHU (41,1 % en 2017, 44,9 % en 2018, 47,4 % en 2019). En 2020, le taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement diminue de deux points (39,8 %) dans un contexte de crise sanitaire Covid-19 ayant nécessité la fermeture des blocs et la reprogrammation de certains actes non urgents. L'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021 a précisé que le taux de chirurgie ambulatoire s'établit en 2021 à 43,4 % avec des progressions notables en orthopédie-traumatologie, en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ainsi qu'en ophtalmologie.

Dans le cadre du CPOM 2012-2017 un accompagnement extérieur avait été décidé conjointement avec l'ARS et financé par cette dernière. L'accompagnement a été lancé en 2016, mais, au regard des actions déjà mises en œuvre par le CHU, le projet a été abandonné sur décision conjointe et les crédits alloués par l'ARS pour financer l'expertise extérieure remboursés.

Le comité de pilotage de l'activité ambulatoire créé en 2015 a permis le développement de la chirurgie avec une réorganisation des parcours des patients. Les ordonnatrices ont conjointement indiqué que les filières ambulatoires d'orthopédie-traumatologie et d'urologie ont fait l'objet d'une structuration par le COPIL en 2021. En 2022, le COPIL étudiera la filière ambulatoire de chirurgie digestive.

¹⁸ Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

¹⁹ Le taux de chirurgie ambulatoire en établissement correspond à deux indicateurs selon la DGOS. Le taux simple (indicateur P12) mesure le rapport entre le nombre de RSA issu des GHM avec la lettre C (pour chirurgie) et une durée de séjour inférieure à une journée rapporté au nombre de RSA total. L'indicateur P12_bis retenu ici, corrige le calcul en intégrant 7 racines de GHM supplémentaires (03K02, 05K14, 11K07, 09Z02, 12K06, 14Z08 et 23Z03).

²⁰ Toute hospitalisation, avec ou sans hébergement, dans le secteur MCO d'un établissement de santé, fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou de plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Un RSS doit être produit chaque fois qu'un malade a quitté le secteur d'hospitalisation MCO d'une entité juridique hospitalière. L'anonymisation du RSS a pour résultat la production d'un résumé de sortie anonyme (RSA) qui est transmis, en même temps que le fichier de chaînage anonyme et les fichiers de facturation, à l'ARS dont dépend l'établissement.

Néanmoins, l'analyse par site de l'activité démontre que les trois sites du CHU pratiquant de l'activité de chirurgie ambulatoire présentent des taux disparates et en deçà des taux médians régional (59,2 %) et national (59,8 %). Le CHU s'inscrit en 2019 au 36^{ème} rang des établissements régionaux nationaux (sur 101) dont le taux médian de chirurgie ambulatoire est de 40,3 %.

L'établissement a identifié les freins exogènes, essentiellement démographiques, et endogènes, en particulier liés à la disponibilité des blocs opératoires et des personnels d'anesthésie (médecins anesthésistes et paramédicaux). Les ordonnatrices précisent conjointement que parmi les facteurs exogènes se trouvent la nécessaire structuration de la filière d'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire et le développement du recours à l'hôtel hospitalier (cf. *infra*).

Le taux d'utilisation des places de chirurgie s'est largement amélioré sur la période passant de 108 à 144²¹ entre 2016 et 2019. Ce taux se situe au niveau des deux derniers déciles (les plus performants) des établissements de même catégorie en 2019.

Si l'activité ambulatoire en chirurgie a connu une progression sur la période, celle-ci reste toutefois plus en retrait voire en baisse pour les activités de médecine et d'obstétrique.

Ainsi pour l'activité de médecine ambulatoire, la baisse s'explique par une redéfinition du périmètre des actes entrant dans le champ de la médecine ambulatoire sous l'effet des précisions apportées par le ministère de la santé sur l'instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée, dite « circulaire frontière », et du risque d'indus en cas de contrôle de l'assurance maladie. Une partie des actes, en particulier celle réalisée en hôpital de jour était de 2018 à mi-2020 comptabilisée en activité externe.

À partir de l'automne 2020 et de la parution de l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires²², le CHU de Reims a pu développer ses hôpitaux de jour de médecine en basculant en médecine ambulatoire certains actes auparavant réalisés en externe. Cette nouvelle catégorisation devrait avoir pour conséquence d'augmenter le taux de l'activité ambulatoire.

L'activité ambulatoire en obstétrique (essentiellement des actes d'interruption volontaire de grossesse - IVG) reste stable alors que les hospitalisations complètes augmentent ce qui conduit à une baisse du taux ambulatoire sur ce secteur.

Ainsi, au global, le taux d'activité ambulatoire total (MCO) reste limité à un taux avoisinant 34 % sur la période, avec une petite baisse passant de 35 % à 33,9 % en 2019.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre ses efforts pour le développement de l'activité ambulatoire dans le cadre de son projet architectural et organisationnel.

L'hôtel hospitalier

Sur le fondement de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale n° 2014-1554 du 22 décembre 2014, le décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 met en œuvre une expérimentation pour des hébergements temporaires non médicalisés à destination des patients, communément appelés « hôtels hospitaliers ».

Retenu par la DGOS dans le cadre d'un appel à projets, le CHU a souhaité proposer cette solution d'hébergement à sa patientèle dès la fin de l'année 2017. Une convention est passée

²¹ Le taux d'utilisation des places en chirurgie permet de rapporter le nombre de séjours au nombre de places d'ambulatoire sur une durée annuelle théorique d'ouverture de 220 jours (déduction des samedis, dimanches et jours fériés). Un taux supérieur à 100 % indique une forte rotation des patients avec plusieurs patients par place sur une même journée (séjours de quelques heures).

²² Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

avec une association locale pour permettre l'accès aux patients, orientés par le CHU, à des chambres hôtelières à proximité de l'hôpital.

Le financement des nuitées des patients est pris en charge par le CHU, qui perçoit un financement de l'ARS afin d'en neutraliser le coût pour l'hôpital. La réservation de la nuitée est réalisée directement par le service sans nécessité de démarche du patient.

Cette activité s'est progressivement développée avec 281 nuitées en 2018 et 379 en 2019 mais est restée en deçà des prévisions selon l'ordonnatrice en fonctions jusqu'au 31 août 2021. Elle explique cette situation par une faible appropriation du dispositif par les équipes de soins et par la tenue de la maison hôtelière des familles et des patients (nom donné à l'hôtel hospitalier à partir de 2020) par une association de bénévoles dont la culture hôtelière nécessiterait d'être accompagnée.

L'année 2020 et la survenue de la crise sanitaire a nécessité de repenser le dispositif afin d'offrir un accueil aux patients atteints de Covid-19 sans hospitalisation et ne pouvant bénéficier de conditions d'isolement appropriées à domicile. Ainsi, la maison hôtelière a vu sa mission évoluer temporairement au cours de l'année (cf. 5.5).

Selon l'ordonnatrice en fonctions à partir du 1^{er} septembre 2021 ce dispositif représente une réelle opportunité de développement pour l'activité ambulatoire. Dans ce sens, une nouvelle procédure de marché est en cours, le précédent marché étant arrivé à échéance. Sur la base de la première période de mise en œuvre, et se fondant sur la pérennisation du dispositif par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale n° 2020-1576 du 14 décembre 2020²³, elle souhaite développer le partenariat, accompagner les services de soins pour augmenter le recours à la solution d'hébergement et soutenir l'association portant la maison hôtelière pour améliorer le confort hôtelier de l'accueil.

5.3.2 L'activité en hospitalisation complète et les urgences

L'activité totale (toutes origines géographiques des patients confondues) en hospitalisation complète (cf. annexe 1, tableau 4), en nombre de résumés de sortie anonymes (RSA) s'accroît entre 2016 et 2019, en particulier sur l'activité d'obstétrique. Ce secteur connaît une augmentation de 18 % de l'hospitalisation complète et de 22 % du nombre d'accouchements. Environ 25 % des prises en charge d'hospitalisation complète en chirurgie proviennent des urgences et, au global, plus d'un tiers de l'ensemble des hospitalisations complètes MCO avec séjour d'au moins une nuit est réalisé à partir d'un premier passage aux urgences (32,4 % en 2019) restant ainsi dans la moyenne nationale, voire dans la moyenne basse des établissements de même typologie.

Le nombre de forfaits « accueil et traitement des urgences (ATU²⁴) » progresse fortement sur la période 2016-2019 (+ 10,5 %).

L'activité se contracte néanmoins en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire Covid-19 pour revenir à un niveau inférieur à celui de 2016 (cf. 5.5). Selon l'ordonnatrice en fonctions à partir du 1^{er} septembre 2021, l'activité des urgences connaît en 2021 un niveau supérieur à celui de 2019.

²³ Mesure 17 du Ségur de la Santé.

²⁴ Chaque passage aux urgences fait l'objet d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) qui vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients. Un forfait ATU est comptabilisé dès lors que l'admission aux urgences est non programmée et n'est pas suivie d'une hospitalisation dans un service de MCO ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée dans le même établissement. Le nombre d'ATU permet donc d'évaluer l'activité des urgences sans pour autant représenter l'intégralité des passages dans le service qui comprend également les admissions suivies d'un transfert dans une unité d'hospitalisation.

5.3.3 Actes et consultations externes (ACE)

De la même manière que les séjours en hospitalisation complète, les ACE augmentent fortement sur la période 2016-2019 (+ 14,7 %) (cf. annexe 1, tableau 5).

Cette progression est néanmoins à nuancer car une partie de l'augmentation en 2018 est liée aux effets des précisions de la « circulaire frontière » exposés précédemment.

La nouvelle « circulaire frontière » du 10 septembre 2020 permet de préciser les modalités réévaluées de comptabilisation de l'activité externe.

Outre le mode de comptabilisation, l'activité a également augmenté avec l'ouverture du pôle de médecine bucco-dentaire en décembre 2017, suite à des travaux d'investissement représentant près de 15 M€ et offrant 80 fauteuils dentaires. Ces actes ont progressé de 18 % sur la période.

5.3.4 Le taux d'occupation des lits et l'utilisation des blocs

Un des enjeux de l'hôpital est la bonne allocation des ressources. Ainsi, l'analyse de l'occupation des lits et de l'utilisation des blocs permet de déterminer la pertinence du capacitaire.

Occupation des lits

Au regard du nombre de places installées, le CHU présente un taux d'occupation faible pour les activités de médecine et d'obstétrique. Le taux d'occupation des lits de chirurgie est plus élevé et atteint la cible des 92 % définie dans le cadre du COPERMO dès 2017 (cf. annexe 1, tableau 6). Les ordonnatrices répondent conjointement que ce taux est une cible à atteindre à l'issue de la phase de reconstruction et non pour le fonctionnement actuel de l'établissement.

Ces données doivent être examinées au regard de la politique de l'établissement en matière d'ouverture et de fermeture de lits influant sur la disponibilité de ces derniers (temps de désinfection, fermetures saisonnières, travaux, etc.). La prise en compte des fermetures de lits temporaires (cf. annexe 1, tableau 7), dont le suivi est réalisé au réel par les services de soins et le contrôle de gestion, indique des taux d'occupation plus élevés en médecine et obstétrique et légèrement plus faibles en chirurgie. Bien que s'améliorant sur la période, le taux d'utilisation/occupation des lits reste, au global et par secteur, en deçà de l'objectif défini.

La chambre invite l'établissement à l'atteinte du taux cible d'occupation des lits pour l'ensemble de ses activités.

Utilisation des blocs opératoires

Le taux d'ouverture des salles de blocs opératoires permet d'évaluer le rapport entre le temps de vacation offert au bloc (TVO) et le temps conventionnel hebdomadaire de 54 h²⁵. Le taux cible est de 85 %²⁶.

Sur la période de contrôle, le taux d'ouverture du bloc (cf. annexe 1, tableau 8) se trouve bien en deçà des préconisations cible. Cette situation est principalement liée au calcul même du ratio qui se fonde sur le temps conventionnel précédemment cité. Or, le CHU n'ouvre pas de salles de blocs le samedi et toutes les salles ne fonctionnent pas en 10 heures quotidiennes

²⁵ Le temps conventionnel hebdomadaire est une durée théorique de fonctionnement du bloc de 10 heures par jour sur 5 jours et de 4 heures le samedi matin, soit 54 heures.

²⁶ L'agence nationale pour la performance en santé (ANAP) préconise un taux d'ouverture des blocs de 85 %.

en semaine. Ainsi, cette amplitude horaire moindre grève mathématiquement le ratio d'ouverture des salles de blocs.

De la même manière, le taux d'utilisation des salles de blocs rapporté au taux de vacation offert, bien que s'améliorant sur la période, reste en deçà du taux cible de 85 % bien que s'en rapprochant fortement en 2019 (83 %).

Selon l'ordonnatrice en fonctions à partir du 1^{er} septembre 2021, un travail est engagé pour augmenter l'amplitude d'ouverture des blocs. Cette évolution est conditionnée par la disponibilité du personnel d'anesthésie dont le recrutement est difficile. Ainsi, sur la période, le nombre moyen d'IADE par médecin anesthésiste est passé de 1,3 en 2016 à 0,8 en 2020, soit une diminution de près de 40 %.

Cette situation met en lumière la difficulté de recrutement d'IADE alors même que le nombre d'anesthésistes a fortement progressé au cours de cette période passant de 40,2 ETP en 2016 à 57,8 ETP en 2020 soit + 44 %.

Il est également constaté que la part des interventions non programmées progresse sensiblement. Cette situation s'explique par l'ouverture d'une salle dédiée aux interventions en urgence dont le nombre de jours de fonctionnement a progressivement augmenté passant de deux à cinq jours par semaine. Cette organisation répond à la mission de premier recours de l'établissement.

En dépit d'un taux d'ouverture de salles de blocs limité, l'établissement maîtrise les coûts d'exploitation des salles dont l'indice de coût relatif (ICR), rapportant le coût d'exploitation par salle, est stable et efficient comparativement aux établissements de la même typologie sur le territoire national (2^{ème} décile des établissements).

5.3.5 La durée moyenne de séjour (DMS)

La DMS s'apprécie selon un indice de performance (IP – DMS) qui permet de mesurer la durée des séjours observée dans l'établissement rapportée à la durée standardisée attendue pour le case-mix de l'établissement. L'IP-DMS se mesure hors séjours ambulatoires et se dissocie entre médecine, chirurgie et obstétrique. L'indicateur doit être au plus proche de un tout en restant en deçà.

Le CHU présente pour l'ensemble de ses activités un IP-DMS supérieur à un sur toute la période pour l'ensemble des secteurs (cf. annexe 1, tableau 9) et à l'objectif fixé par le COPERMO de 0,96. Il est néanmoins en amélioration continue en particulier pour le secteur obstétrique (de 1,12 à 1,02).

L'ordonnatrice en fonctions jusqu'au 31 août 2021 a souligné que le calcul de l'IP-DMS souffrait d'un défaut de fiabilité en 2019 en raison du retard pris dans le déploiement du logiciel de DPI. Selon une étude commandée par le CHU, cet événement a conduit à une surévaluation de 4,5 % de l'IP-DMS sur cette année. En revanche, aucune analyse n'a pu être produite sur la situation des années antérieures.

La chambre invite l'établissement à analyser les raisons de ce niveau élevé de l'IP-DMS et à prendre les mesures pour diminuer les durées de séjour et se rapprocher de la cible définie par le COPERMO.

5.3.6 L'activité libérale

En application de l'article L. 6154-2 du CSP, cette activité peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation.

La commission d'activité libérale (CAL) est régulièrement constituée et se réunit à échéance annuelle. Elle vérifie le bon fonctionnement de cette activité au sein de l'établissement et prend les mesures nécessaires en cas de non-respect des conditions d'exercice.

Un bilan de son action est présenté annuellement devant le conseil de surveillance.

En 2020, 22 praticiens (14 PU-PH et 8 PH) exercent une activité libérale dans 15 disciplines (dont principalement cardiologie, chirurgie cardio-thoracique, gynécologie obstétrique, ophtalmologie). Parmi ceux-ci, quatre pratiquent leurs activités sans dépassement d'honoraires (secteur 1), les autres sont majoritairement conventionnés en secteur 2 option OPTAM²⁷ de tarification maîtrisée.

La perception des honoraires (2,9 M€ en 2020 pour 2 M€ en 2017) est assurée en direct pour 17 praticiens, les cinq autres passant par l'intermédiaire d'une régie de recettes dédiée de l'établissement.

La pratique de l'activité libérale est peu répandue au CHU, même si le volume global des actes et consultations s'accroît de 10 % sur la période sous revue. Ce développement permet à l'établissement de bénéficier d'une hausse de 67,2 % de la redevance versée par les praticiens (602 647 € en 2020).

Les évolutions annuelles constatées sont principalement liées à des départs et à la prise en compte en année pleine de l'activité de nouveaux praticiens.

La crise sanitaire de 2020 n'a pas eu de conséquences directes sur l'activité libérale. Les consultations enregistrent en un an une augmentation de 7,1 %. Le nombre d'actes est en diminution par rapport à l'année 2019, mais demeure supérieur de 14,5 % à celui de 2018.

5.4 La complémentarité et la concurrence avec le secteur privé

L'analyse de l'activité, de la concurrence et de la complémentarité avec le secteur privé s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale visant à analyser les déterminants de la concurrence entre les secteurs hospitaliers public et privé et à en identifier les complémentarités.

L'analyse porte sur l'activité du CHU, la concurrence avec le secteur privé en particulier sur les interventions sur le cristallin (cataracte), la pose de stimulateur cardiaque et les activités d'endoscopies digestives. Enfin les actions de complémentarité mises en œuvre sur le territoire sont étudiées en prenant en compte le contexte de crise sanitaire.

5.4.1 Le contexte national

Entre 2014 et 2019, le nombre total de séjours a augmenté de 9,1 % pour les établissements publics (+ 1,32 million de séjours) et de 11,9 % (+ 1,49 million de séjours) pour le secteur privé.

Une première analyse des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en 2018 fait ressortir la structuration des séjours en établissement. Sur les dix principaux séjours (GHM) en volume sur cette année, il est constaté que les EPS sont plus représentés sur les activités de gynécologie et d'obstétrique alors que les établissements privés, à but lucratif ou non lucratif, disposent d'une plus grande présence pour les séjours d'endoscopie digestive et les interventions sur le cristallin.

²⁷ Option OPTAM : limiter les dépassements d'honoraires et obtenir, en contrepartie plusieurs avantages, dont une prime calculée au prorata de l'activité réalisée à tarif opposable et un allègement des charges sociales ; le patient bénéficie pour sa part d'une meilleure prise en charge de ses frais de santé par l'Assurance maladie.

Ces disparités se traduisent de manière très différente au sein des territoires. Ainsi le territoire champardennais et la place particulière du CHU dans l'offre de soins révèlent un positionnement central en matière de recours et d'animation de filière.

5.4.2 Le contexte local de concurrence avec le secteur privé.

Le CHU se positionne sur un territoire où l'offre de soins privée est très concurrentielle avec la présence d'un groupe gérant trois polycliniques sur Reims et disposant d'un panel d'activités et d'équipements complets en MCO, urgences et SSR.

Le secteur public est prédominant dans les activités de médecine et d'obstétrique sur l'ensemble du territoire géographique de recrutement du CHU mais est devancé sur les activités de chirurgie exercées à titre principal par le secteur privé lucratif. Cependant, celui-ci perd des parts de marchés au profit du secteur privé non lucratif (cf. annexe 1, tableau 10).

5.4.3 L'analyse de GHM représentatifs

Dans le cadre de l'étude des facteurs d'attractivité et de vulnérabilité pouvant expliquer la concurrence entre le CHU et le secteur privé, quatre GHM potentiellement concurrentiels ont été analysés :

- 02C05J - Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie en ambulatoire ;
- 05C151 - Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1 ;
- 06K02Z - Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours ;
- 06K04J - Endoscopies digestives diagnostique et anesthésie, en ambulatoire.

Les deux premiers GHM relèvent de l'activité de chirurgie et les deux derniers de l'activité de médecine avec acte classant. Ils sont tous en retrait par rapport au secteur privé sur le territoire de recrutement du CHU. En outre, ces activités se positionnent toutes dans un domaine pour lequel l'établissement a gagné des parts de marché sur son principal concurrent au cours de la période sous revue (cf. 5.1.2).

La méthode retenue mesure la concurrence entre les établissements à partir de la part de séjours des établissements publics et privés de santé dans le total des séjours de la zone de recrutement géographique des patients du CHU entre 2016 et 2019.

Les volumes de séjours comptabilisés sur les activités sont tous en progression (cf. annexe 1, tableau 11). Toutefois, à l'exception de l'activité de pose d'un stimulateur cardiaque, le CHU ne dispose pas, sur sa zone de recrutement de patients, d'un positionnement favorable. L'établissement se retrouve très fortement concurrencé par l'activité réalisée sur ces quatre GHM par le secteur privé.

5.4.3.1 Les interventions sur le cristallin (GHM 02C05J)

Le CHU enregistre un accroissement du nombre d'interventions sur le cristallin (1 176 actes en 2019, soit + 19 %), même si les difficultés d'accès aux blocs opératoires représentent à ce jour un frein au développement de cette activité majoritairement effectuée en ambulatoire. Le délai d'attente de prise en charge pour une intervention sur la cataracte est au dernier trimestre 2021 de six mois.

L'établissement est confronté à une très forte concurrence des établissements privés de la zone de recrutement des patients²⁸. Ces derniers réalisent 6 977 séjours en 2019, en progression de 15,6 % en quatre ans, et représentent 60 % du total des parts de séjours.

Dans le cadre du renforcement de son offre territoriale lié aux restructurations en cours, le CHU cible la réalisation de 650 séjours supplémentaires de traitement de la cataracte en ambulatoire. Il restera néanmoins très en deçà du volume d'activité réalisé au sein des cliniques privées concurrentes.

5.4.3.2 La pose d'un stimulateur cardiaque (05C151)

Le CHU renforce sa part d'activité (186 actes de pose de stimulateur cardiaque en 2019 soit + 34,8 % en quatre ans) alors que ses concurrents privés et publics enregistrent une diminution des séjours respectivement de 25 % et 12 %.

Si l'âge moyen des patients accueillis est identique (77 ans) entre secteur privé et public, un écart important du nombre moyen de diagnostics réalisés sur ces patients hospitalisés est relevé. Il passe en 2019 de 3,18 pour le secteur privé rémois à 6,45 pour le CHU. Ce constat s'explique en particulier par un niveau de sévérité plus élevé des patients pris en charge au sein de l'établissement public.

L'établissement a engagé depuis 2016 un travail pour limiter le taux de fuite en chirurgie cardiaque vers la région parisienne. Il se fonde sur le développement de partenariats et le renforcement des liens opérationnels entre la filière cardiologie du GHUC et la coopération avec les autres territoires de soins de l'ex-région Champagne Ardenne. La dernière phase de ce partenariat consiste à développer l'activité à destination des patients du sud du territoire en s'appuyant sur des cardiologues libéraux du bassin de Troyes. La coopération qui devait initialement voir le jour en 2021 est reportée à l'ouverture de la première phase du nouveau bâtiment selon l'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021.

La prise de poste en 2016 par un nouveau chef de chirurgie cardiaque au CHU a relancé les coopérations avec, d'une part, les établissements hospitaliers publics de l'ex-région Champagne Ardenne et du sud du département de l'Aisne et, d'autre part, avec des cardiologues libéraux de ces mêmes territoires. À titre d'exemple, deux cardiologues libéraux rémois interviennent depuis 2017 au CHU de Reims, sur la base d'un contrat de service public d'une demi-journée par semaine, pour l'implantation de valves aortiques.

Dans le cadre du renforcement de son offre territoriale liée aux restructurations en cours, le CHU ambitionne de pouvoir réaliser 100 séjours supplémentaires de chirurgie cardiaque et récupérer ainsi une part des séjours lui échappant.

5.4.3.3 Les actes d'endoscopies (GHM 06K02Z et 06K04J)

La part des actes d'endoscopies digestives réalisés en séjours (ambulatoires et < 2 jours) progresse de 11,2 % au CHU (829 à 922). Ils ne représentent en 2019 que 6,3 % des actes similaires pratiqués par les établissements privés de la zone de recrutement des patients (922/14 629) contre 5,8 % en 2016 (829/14 390).

Ces séjours représentent 15,8 % du volume total d'actes d'endoscopies pratiqués au CHU (15,2 % en 2016) en raison de la disponibilité du bloc d'endoscopie qui, en l'état actuel de fonctionnement, a atteint son point de saturation selon les services. Ainsi, la majorité des actes est réalisée en externe dans le cadre de consultations associées à d'autres séjours.

Pour les principaux établissements privés concurrents (secteur de Reims, Épernay et Soissons), le volume d'actes d'endoscopies (ambulatoire et < 2 jours) est resté stable sur la

²⁸ Cliniques privées de Reims, Épernay et Soissons

période (de 14 390 à 14 629 soit + 1,7 %). Le secteur privé dispose donc d'une position dominante sur cette offre de soins.

Toutefois, au cours de la période sous revue, le volume global d'actes d'endoscopie (séjours et actes externes) a progressé de 7,3 % au CHU alors que les établissements privés enregistrent une baisse de 1,8 % (cf. annexe 1, tableau 12).

En 2016, la part d'actes d'endoscopies digestives représentait 63,1 % des actes d'endoscopie réalisés dans le secteur privé de référence. Cette part a progressé de deux points passant à 65,3 % en 2019, démontrant un développement de ce type d'activités.

Les autres établissements publics du GHT, mais aussi du sud du département de l'Aisne et des organismes privés à but non lucratif (groupements de coopération sanitaire - GCS) du département des Ardennes, présentent un volume d'activité en endoscopies digestives ambulatoires et inférieures à 2 jours conséquent (8 300 actes en 2019) et concurrentiel pour le CHU.

La concurrence est donc faible entre secteurs privé et public pour les deux GHM endoscopies digestives. La part du public et tout particulièrement celle du CHU qui est inférieure à 5 % du total du nombre de séjours de sa zone de recrutement de patientèle. Le secteur privé a un positionnement dominant et assure pour sa part plus des deux tiers des séjours des deux GHM d'endoscopies digestives étudiés.

5.4.3.4 L'évolution du chiffre d'affaires des GHM

Le volume croissant d'activité des quatre GHM s'accompagne d'une hausse du chiffre d'affaires (cf. annexe 1, tableau 13), passant de 2,27 M€ en 2016 à 2,65 M€ en 2019 (+ 16,9 %).

Cette augmentation s'est faite en dépit d'une diminution des tarifs sur la période ce qui illustre l'effet activité sur l'évolution des recettes.

L'incidence de la crise sanitaire 2020 marque un net recul du chiffre d'affaires en un an de 18,3 % (- 4,5 % par rapport à 2016).

5.4.3.5 L'accueil de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité (ex couverture maladie universelle complémentaire CMU-C) de la Marne représentent 8 % de la population départementale en 2018.

Sur le territoire rémois, le CHU est l'établissement de référence pour l'accueil des patients relevant de cette couverture santé de solidarité. Sur les quatre GHM sélectionnés, le volume de patients ex CMU-C pris en charge reste toutefois limité (cf. annexe 1, tableau 14), en diminution sur la période pour ne représenter que 2,4 % du total des séjours en 2019 (4,5 % au plus en 2017).

La proportion de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire est bien plus importante pour les séjours d'endoscopie sur la période.

5.4.4 La coopération avec le secteur privé

Le partenariat avec l'Institut Godinot

Outre les signatures de conventions d'association hospitalo-universitaire, le CHU a renforcé ses coopérations avec le centre de lutte contre le cancer (CLCC) – Institut Jean Godinot, implanté à proximité immédiate de l'établissement hospitalier.

Inscrit dans le projet d'établissement 2016-2020, l'institut de la prostate, associant les deux établissements, et ouvert depuis octobre 2017, propose un parcours de soins multidisciplinaires. Il permet les dépistages, diagnostics, traitements et suivis des patients ayant un cancer ou présentant des facteurs de risque.

Pour renforcer les actions de convergence en matière de soins, d'enseignement et de recherche en cancérologie, le CHU et l'Institut Godinot, associés au sein d'un pôle public hospitalo-universitaire de cancérologie, ont signé en janvier 2018 un accord cadre de collaboration pour développer des parcours de soins innovants et coordonnés, fondé sur des logiques de projets.

En octobre 2019, ils ont poursuivi leurs coopérations médicales en procédant à l'acquisition en commun d'un robot chirurgical.

Cet outil qui répond à une démarche de modernisation des équipements et d'attractivité médicale, permet une approche novatrice mini-invasive²⁹ sécurisant le geste chirurgical et assurant un retour à domicile plus rapide du patient.

D'un coût d'investissement de 1,8 M€ TTC, son financement a été pris en charge à 59 % par le CHU, à 15 % par l'institut Godinot et le solde de 26 % par l'ARS Grand Est (250 000 € avenant 14 du CPOM) et la Région Grand Est. Le coût d'exploitation prévisionnel est de 420 000 € annuel pour le CHU.

Après une première année d'utilisation en 2020 fortement marquée par la crise sanitaire Covid-19, le recours au robot chirurgical s'est accentué en 2021 avec un nombre d'interventions (193) proche de la cible annuelle fixée à 200 (96,5 %). Ce bilan est positif d'autant plus que l'année 2021 a été marquée par des réductions de l'accès au robot du fait de redéploiement de personnel pour assurer la prise en charge des patients Covid-19 en soins critiques-(cf. annexe 1, tableau 15).

La chambre invite le CHU à poursuivre le développement de ce partenariat renforçant sur le territoire l'offre de soins en cancérologie par l'optimisation des compétences humaines et des plateaux et équipements techniques.

La maison médicale de garde (MMG)

Fin 2019, le CHU a finalisé le projet de rapprochement de la maison médicale de garde désormais située à proximité du service d'accueil des urgences (SAU).

L'objectif est de désengorger ce service en permettant au centre 15 ou à l'infirmier du SAU, organisateur de l'accueil, de proposer, quand le diagnostic médical l'autorise, une orientation des patients (adultes et enfants) vers la maison médicale. Un médecin généraliste assure une garde tous les soirs en semaine de 20 heures à minuit, le samedi de 13 heures à minuit et le dimanche de 8 heures à minuit.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins de la Marne a confié à l'association gardes urgences rémoises (AGUR) la gestion de la maison médicale sur l'ensemble des plages horaires de permanence des soins. Le CHU met à la disposition de l'association par convention et à titre gracieux des locaux et du mobilier.

En 2020, la maison médicale de garde a enregistré 2 366 consultations hors prise en compte des dossiers incomplets (1 745 adultes et 621 enfants de moins de 15 ans), les samedis, dimanches et jours fériés représentant 72 % de son activité.

La répartition des actes entre les périodes de journée, en week-ends et jours fériés et les soirs de 20 h à minuit, soit 1 438 actes en journée (59 %) et 994 actes après 20 h (41 %), démontrent la pertinence de l'élargissement des horaires d'ouverture de la structure de 20 h à minuit.

²⁹ Les techniques chirurgicales mini-invasives permettent une diminution de la douleur post-opératoire et des risques de complications.

Les conséquences réelles de la relocalisation de cette structure ne peuvent pas encore être établies du fait, notamment, de la crise sanitaire Covid-19. La MMG n'a pas joué de rôle direct dans la gestion de l'épidémie mais a permis d'accueillir des patients ne présentant pas de symptômes, soulageant d'autant les services des urgences hospitalières.

Le développement de la MMG doit participer à la maîtrise de l'accueil des urgences du CHU, dont le volume global d'activité a augmenté de 10,5 % entre 2016 et 2019, et représente un atout pour une répartition de la prise en charge en période de pic d'activité.

En ce sens, la chambre invite l'établissement hospitalier à rechercher de manière partenariale une adaptation de l'horaire d'ouverture en semaine de la MMG, aujourd'hui fixée à 20 heures alors que le CHU enregistre un fort accroissement de son activité d'accueil des urgences dès 18 heures.

Les transferts de patients entre établissements

Le CHU enregistre entre 2016 et 2019 un accroissement des transferts en entrée de 13,7 % et en sortie de 3,7 % (cf. annexe 1, tableau 16).

Le volume global des transferts avec les EPS du GHUC évolue peu (28 % en 2019 soit une augmentation d'un point). Il est toutefois relevé une hausse importante et régulière des transferts en entrée, de 677 en 2016, à 804 en 2019 puis 1 013 en 2020, année particulière du fait de la crise sanitaire et de la forte progression des transferts en pneumologie.

La part du secteur privé présent sur Reims est limitée avec une légère augmentation de la part totale des transferts (11,3 % en 2019, stable en entrée et une progression de 78 sorties entre 2016 et 2019).

Les transferts avec l'Institut Godinot s'accroissent également, confirmant le développement de la collaboration entre les deux structures. Un total de 337 transferts en entrée et en sortie est recensé pour l'année 2020, en hausse par rapport à 2019 s'expliquant par l'incidence des déprogrammations et le déport vers l'Institut Godinot d'interventions ne pouvant faire l'objet d'une reprogrammation.

Les transferts en entrée vers le CHU concernent essentiellement les pathologies cardio-vasculaires entre 2016 et 2019. Bien que cette activité concerne toujours la majorité des transferts en 2020, il est constaté que la pneumologie et la neurologie sont bien plus fortement concernées par les transferts que les années précédentes (cf. annexe 1, tableau 17).

5.5 La crise sanitaire Covid-19

À l'instar de l'ensemble du territoire national et plus particulièrement de la région Grand Est, la survenue de l'épidémie de Covid-19 a eu un fort impact sur l'activité et le fonctionnement du CHU de Reims.

Ainsi, pour les départements des Ardennes et de la Marne, représentant la majeure partie du territoire de recrutement de l'établissement, les taux de primo-hospitalisations sont, dès le début de la crise sanitaire, supérieurs aux constatations nationales. Les pics observés se sont déroulés au printemps et à l'automne 2020 puis au début du printemps 2021.

Le rôle central du CHU dans le territoire de santé et le parcours de soins s'est donc révélé primordial. La crise a eu d'importantes conséquences sur l'activité et le fonctionnement interne de l'établissement.

5.5.1 Le partage de l'information

Dès le commencement de la crise, le CHU s'est organisé en associant les établissements du territoire de soins. L'hôpital a été en capacité dès le 6 mars 2020 de recevoir des patients suspects ou atteints de Covid-19 et a mis en place une filière de dépistage du virus au sein du territoire par son laboratoire.

Dès le mois de mars 2020, le CHU a mis en place des réunions de cellules de crise pilotées par un directeur médical de crise (le PCME) et associant les différents acteurs concernés (services de soins, équipe opérationnelle d'hygiène, laboratoires, services logistiques, direction générale, direction qualité etc.). Des relevés synthétiques de décisions sont rédigés et des indicateurs sont suivis toutes les semaines (nombre d'appels, tension d'occupation dans les services, stocks d'équipements, personnels en éviction, taux de positivité test, etc.).

Outre la tenue de réunions de coordination internes, l'information est partagée au sein du GHT par des réunions thématiques entre les acteurs du territoire et par des retours d'information via les instances du CHU et du GHT.

À partir d'octobre 2020, une cellule de gestion territoriale de la crise sanitaire a été installée de manière plus formelle associant la délégation territoriale de l'ARS, des représentants des hôpitaux publics du département, de l'Institut Godinot, des établissements privés présents sur la zone d'implantation 2 (cf. figure 1 en annexe 1), de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de la médecine libérale.

Réunie à échéance hebdomadaire entre le mois d'octobre 2020 et le mois de mai 2021, cette cellule a permis d'organiser au plan territorial la gestion de la crise (lits, équipements, etc.), de suivre la prise en charge de patients et de partager les informations et décisions prises.

Les instances du CHU, notamment la CME et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui se sont tenus à échéance régulière, ont eu aussi pour vocation d'être un lieu d'échange sur les évolutions de la crise, les mesures mises en œuvre et les conditions de reprise de l'activité.

Par ailleurs, une communication hebdomadaire de la responsable de la cellule de programmation multidisciplinaire du CHU avec ses interlocuteurs du GHUC, de l'Institut Godinot et du groupe privé voisin a été mise en place pour organiser la filière interventionnelle urgente.

Le CHU a engagé à l'été 2020 un dispositif de retour d'expérience à partir d'une consultation libre du personnel (questionnaire ou temps d'expression) pour faire émerger les bonnes pratiques à conserver lors de crises et détecter les éléments qu'il convient de pérenniser au-delà.

En outre, le CHU a organisé tout au long de l'année 2020 et au titre du territoire un dispositif de soutien aux EHPAD du GHUC. Une permanence téléphonique est mise en place pour accompagner les professionnels de soins des EHPAD face aux suspicions de cas de Covid-19. L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) dispose également d'une permanence téléphonique dédiée ainsi que la filière de gériatrie-psychiatrie. Enfin, le centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) s'est mobilisé pour proposer aux EHPAD des kits opérationnels comportant des protocoles d'hygiène et des supports de formation.

Avec la survenue des vagues suivantes, le CHU a adapté son mode de fonctionnement. Pour faire face à l'importance de la cinquième vague à la fin de l'année 2021, l'établissement a réactivé sa cellule de crise fin novembre et a déclenché son plan blanc le 10 décembre 2021.

5.5.2 L'adaptation des capacités d'accueil

Le CHU a dû faire face simultanément à une forte tension capacitaire en réanimation et médecine et à une faiblesse structurelle du capacitaire en lits de soins critiques de l'ex-région Champagne-Ardenne³⁰.

Il fait partie des trois établissements du territoire marnais disposant de lits de réanimation dédiés à la prise en charge de Covid-19, dont le capacitaire est adapté en fonction de l'évolution de l'épidémie et du volume de patients.

Le CHU recense un capacitaire maximal de 76 lits de réanimation (soit + 211 % par rapport au total de 36 avant la crise sanitaire), dont 55 lits déployés pour prendre en charge les patients atteints de Covid-19 : 15 lits de réanimation polyvalente préexistants, 16 lits par transformation d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), 12 lits par transformation d'une USC (unité de surveillance continue), 12 lits par transformation d'un service de chirurgie.

En secteur médecine, 161 lits ont accueilli les patients Covid-19, dont six unités de médecine, une unité de soins palliatifs Covid-19 de 10 lits et une unité de médecine gériatrique spécifique de 10 lits destinée à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et/ou du comportement. Les unités de médecine dédiées comptaient encore 44 lits ouverts au 31 décembre 2020 selon les précisions fournies par les ordonnatrices.

Enfin, le SSR de l'hôpital Sébastopol a disposé de 27 lits Covid-19 au sein d'une unité dédiée à la médecine physique et de réadaptation (MPR).

Les locaux de l'hôtel hospitalier (21 chambres) ont, par ailleurs, été mis à disposition du CHU au printemps 2020 pour accueillir des patients Covid-19, qui, après une période d'hospitalisation, ne pouvaient pas être confinés à leur domicile pour des raisons diverses (proches en situation de fragilité notamment). Cette prise en charge a permis de réduire la tension existante sur le capacitaire de l'établissement hospitalier.

5.5.3 Les incidences de la crise sanitaire sur l'activité de l'établissement

La reconfiguration des services d'accueil, la déprogrammation massive de toutes les activités non-urgentes et la fermeture de plus de la moitié des blocs opératoires ont eu comme principale incidence un ralentissement de l'activité (cf. annexe 1, tableau 18). Pour l'exercice 2020 la baisse est de près de 11 % des séjours (- 7 466), le secteur de la chirurgie étant le plus concerné avec un recul de 12,5 %, ceux de médecine et d'obstétrique ayant respectivement une diminution des séjours de 2 752 (- 9 %) et de 201 (- 7,1 %).

L'activité opératoire s'est contractée de 14,3 %. Le nombre d'interventions est passé de 27 079 en 2019 à 23 217 en 2020. Le volume d'interventions en urgence est pour sa part en augmentation de 1 % en 2020 (5 900). Sur le premier semestre 2021, il convient de relever que les interventions (13 513) baissent seulement de 3,5 % (- 494) par rapport à la même période de 2019.

De la même manière, l'activité ambulatoire a également connu une forte diminution en raison de déprogrammations. Ainsi, le nombre d'actes a diminué entre 2019 et 2020 de 12 %.

Le service des urgences, en repli de 18,9 % (- 15 223 passages en 2020), a déployé un circuit spécifique d'identification pour assurer une prise en charge sécurisée des patients présentant des symptômes de Covid-19.

La crise sanitaire a eu des répercussions directes sur l'évolution du nombre de consultations externes, en diminution de 21 % en 2020 (- 70 085). Ce constat est compensé par le très fort

³⁰ Taux d'équipement de 6,86 lits de réanimation et de 7,16 lits d'USC pour 100 000 habitants alors que les chiffres nationaux sont respectivement de 7,58 et 10,94 (source : CHU de Reims)

développement des téléconsultations passant de 96 en 2019 à 16 514 en 2020. Le recours à la téléconsultation se maintient en 2021 avec toutefois une baisse du volume global sur le premier semestre de l'année (3 834 contre 11 513 en 2020).

Les patients atteints de Covid-19 ont représenté un total de 4 196 séjours MCO en 2020, dont 1 310 cas de Covid-19 confirmés en hospitalisation complète (cf. annexe 1, tableau 19). Le premier semestre 2021 est resté dans une tendance similaire avec 1 873 séjours et 1 220 patients pris en charge en hospitalisation complète. Les séjours de patients en SSR se sont élevés à 280 en 2020 dont 259 cas confirmés.

Le poids moyen du cas traité (PMCT) des hospitalisations complètes Covid en secteurs MCO s'est élevé en 2020 à 5 657 € (4 906 € pour les cas suspects et 6 635 € pour les cas confirmés). Les éléments disponibles à la fin du 1^{er} semestre 2021 confirment un accroissement de ce PMCT moyen (6 594 €) avec une baisse pour les cas suspects (4 462 €) et une hausse pour les cas confirmés (7 020 €). Par comparaison du premier semestre 2019 et 2021, cet indicateur pour le secteur MCO augmente en moyenne de 198 € (+ 6,2 %), soit + 631 € (+ 10 %) en chirurgie, + 267 € (+ 8 %) en médecine et + 193 € (+ 8,2 %) en obstétrique.

La tension sur le capacitaire a limité les possibilités de transferts entre établissements proches. Lors des périodes de forte tension, le CHU a pris en charge des patients en provenance d'une part des autres établissements du GHT et d'autre part d'établissements voisins des départements de l'Aube, de la Haute-Marne, de l'Aisne et du Haut-Rhin. Au total, 130 patients ont été accueillis, 60 en réanimation et 70 en médecine.

Les transferts de patients avec les structures privées du territoire de santé sont restés faibles. Une coopération en amont et la mise en place d'une organisation territoriale orientant directement les patients dans l'établissement susceptible de les prendre en charge, a ainsi permis de réduire le nombre de transferts. Le CHU a principalement accueilli entre mars 2020 et mai 2021 des patients en provenance des établissements du groupe privé voisin (9 en réanimation et 12 en médecine).

Le CHU a effectué peu de transferts de patients vers des établissements extérieurs. L'organisation des transferts interrégionaux devant faire l'objet d'une validation par le centre interministériel de crise sanitaire, a représenté un frein au transfert de patients atteints de Covid-19 avec les établissements sanitaires de l'Aisne, proches géographiquement du CHU mais situés dans une région administrative limitrophe (Hauts de France).

Face à un risque de saturation des capacités d'hospitalisation au printemps 2020, l'établissement a organisé le 27 mars 2020 un transfert de six patients par voie routière (bus médicalisé) vers le centre hospitalier régional d'Orléans. Un second transfert de huit patients vers le CHU de Tours organisé le 31 mars n'a pas pu aboutir.

En cette période de crise sanitaire, la coopération avec l'Institut Godinot s'est approfondie dans le domaine de la chirurgie carcinologique. L'autorisation temporaire de réanimation et de soins critiques obtenue par l'Institut a permis à des chirurgiens du CHU de bénéficier des équipements pour disposer de vacations opératoires suivies de réanimations post-interventionnelles de patients transférés du CHU.

Élaboré par le CHU à compter d'avril 2020, un dispositif de sortie progressive de crise, opérationnel à compter du 11 mai, met en œuvre de nouvelles organisations de prise en charge au sein de l'établissement et sur le territoire du GHUC. Elles ont vocation à répondre aux enjeux de reprise de l'activité programmée tout en maintenant un dispositif Covid-19.

Enfin, la reprise progressive d'un fonctionnement hospitalier normal au cours du premier semestre 2021 a relancé l'activité avec un nombre total de séjours fin 2021 supérieur à celui de 2019. Les séjours en hospitalisation complète diminuent de 2,1 % (45 371 contre 46 333) avec dans le même temps une augmentation de 8,3 % des séjours ambulatoires (24 598 contre 22 716) et de 5,9 % des séances (44 157 contre 41 692).

5.5.4 Les impacts financiers de la crise sanitaire

En 2020, les surcoûts d'exploitation directement liés à l'épidémie de Covid-19 se sont élevés à 22,18 M€. Ils se répartissent entre les ressources humaines (14,07 M€), les dépenses à caractère médical (4,20 M€) et les dépenses à caractère hôtelier (3,5 M€) (cf. annexe 1, tableau 20).

L'accroissement des dépenses de personnel (63,4 % des surcoûts) s'explique principalement par l'attribution de la prime spécifique Covid-19 dont le montant cumulé « personnel médical - personnel non médical » a été compensé en intégralité (8,8 M€).

La gestion au quotidien de l'épidémie de Covid-19 a également conduit à un accroissement en 2020 de près de 50 % du coût des heures supplémentaires tous budgets confondus (26 100 heures représentant un volume financier de 973 756 € hors charges patronales, dont 416 328 € au titre de la majoration des heures supplémentaires).

L'établissement a fait le choix d'une interprétation large de la définition de ces heures, appliquant au regard de la gravité de la crise, une majoration Covid-19 à l'ensemble des heures supplémentaires effectuées entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 ainsi qu'entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2020.

Pour la période de janvier à juillet 2021, le surcoût global Covid-19 hors investissement est estimé à 10,39 M€, les dépenses de personnel (5,95 M€) représentant 57,2 % de ce total.

Les pertes de recettes calculées par l'établissement pour le titre 3 « Autres produits » s'élèvent à 2,48 M€ en 2020 et 1,04 M€ en 2021 (estimation à mi-septembre). Elles ont pour origine la diminution de la perception des majorations issues des chambres particulières (2 M€ en 2020) et dans une moindre mesure des ventes de repas.

Le CHU n'a pas mis en place de tableaux de bord dédiés au suivi des baisses de charges en période de crise sanitaire, ce qui ne permet pas d'évaluer en situation nette l'impact de la crise sanitaire sur les finances de l'établissement. Les services financiers estiment dans le rapport financier de l'exercice 2020, la baisse de charges à 3 M€ (dépenses de conciergerie, denrées alimentaires, etc.) sans en apporter de détail.

La chambre invite l'ordonnatrice à mettre en place en période de crise des tableaux de bord spécifiques afin de suivre l'évolution de l'activité et des charges, dont les économies réalisées.

Pour compenser les surcoûts d'exploitation et les pertes de recettes, le CHU a obtenu un financement de l'État (ONDAM³¹) en 2020 de 37,05 M€ dont 5,09 M€ au titre d'une subvention d'investissement.

Cette dernière s'inscrit dans le cadre des acquisitions spécifiques pour la prise en charge des patients Covid-19, à savoir principalement des équipements biomédicaux pour 3,14 M€ (respirateurs, moniteurs, automates de laboratoire, etc.) et la réalisation de travaux d'aménagement des locaux existants pour un montant prévisionnel de 1,48 M€ (transformation d'unités et aménagement de 12 lits Covid-19).

Les compensations hors investissement diminuées des surcoûts et pertes de recettes de titre 2 « Autres produits de l'activité hospitalière » laissent apparaître un solde en faveur de l'établissement de 9,8 M€. En l'état des documents budgétaires et financiers de l'établissement, aucun décompte précis des pertes de recettes de T2A n'a été produit.

Sur la seule prime Covid-19, un écart de 300 000 € est relevé entre la compensation perçue et le surcoût calculé par l'établissement.

³¹L'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) est fixé chaque année par le Parlement, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la sécurité sociale.

En tout état de cause, la chambre relève que les financements, au titre du soutien aux établissements de santé en période de la crise Covid-19, ont contribué à l'excédent comptable consolidé de 6,4 M€ de l'exercice 2020 tout en soulignant que ce dernier est majoré de 1,1 M€ par la comptabilisation à leur valeur vénale des stocks de masques fournis gratuitement par l'État.

Un arrêté du 6 mai 2020 permet aux établissements de santé de bénéficier d'un mécanisme de garantie de financement pour l'ensemble des activités réalisées, afin d'assurer un niveau minimal de recettes pour l'activité de soins de mars à décembre 2020.

La garantie de financement correspond à un versement mensuel au titre des mois de mars à décembre 2020 de 10/12^{ème} de la somme versée par l'assurance maladie au titre de l'activité constatée en 2019.

Le CHU a perçu au titre de cette garantie de financement un total de 204,15 M€ en 2020.

Ce principe de calcul a été favorable au CHU, ce dernier ayant bénéficié d'un accroissement de ses recettes du fait de la nette amélioration du codage de ses actes.

Certaines recettes T2A d'activités nouvelles démarrées en 2020 (salle d'urgence, 3^{ème} scanner, huit lits de soins intensifs d'hépatogastroentérologie) ne sont incluses ni dans le calcul de l'assiette de la garantie de financement de 2020 ni dans celui de 2021 alors que les dépenses sont effectives et estimées par l'établissement à 6,7 M€.

Par ailleurs, la crise Covid-19 a eu des répercussions sur les recettes issues des conventions d'occupation et d'utilisation du domaine public portant sur l'exploitation d'une part des points de vente (cafétéria, boutiques de presse et articles divers en distribution automatique) et d'autre part, de services de télévision, de téléphonie et d'accès internet pour les patients hospitalisés.

Des avenants ont été signés en 2020 pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire. Ils prévoient une diminution de la redevance à due concurrence de la durée de la crise soit trois mois sur la base des dispositions de l'ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics.

Un dispositif de compensation des pertes de recettes liées à ces diminutions de redevances était prévu sous conditions par la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020. Les entreprises et leurs prestations n'entrant dans les conditions énumérées par la loi, le CHU n'a pu bénéficier desdites compensations.

La diminution de prestations représente 46 525 € HT pour l'année 2020.

Les conditions d'application des parts variables des redevances sont restées inchangées pour les deux exploitants. La baisse du chiffre d'affaires des titulaires des contrats a mécaniquement conduit à une diminution des redevances versées à l'établissement au titre de cette part variable.

Au total, la perte de recettes du CHU pour l'année 2020 représente un montant total pour les deux contrats de concession de 240 344 € HT (46 525 € HT pour la part fixe et 193 819 € HT pour la part variable), soit une diminution de 33,6 % par rapport aux recettes perçues en 2019 (cf. annexe 1, tableau 21).

5.5.5 Les mesures de revalorisation salariales issues du Ségur

Les mesures de revalorisation salariale issues des accords du Ségur de la santé portent pour le CHU sur un total de 28,7 M€. La compensation notifiée au 1^{er} juin 2021 s'élève à 22,2 M€.

En association avec d'autres grands établissements hospitaliers publics de la région Grand Est, l'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021 a alerté l'autorité de tutelle

régionale sur les conséquences du sous-financement de ces mesures de revalorisation salariale. L'ARS a répondu que la compensation dans le cadre des tarifs restait à l'étude.

La directrice générale de l'ARS a de plus fait savoir que le principal vecteur de financement du surcroît de dépenses de personnel lié à la mise en œuvre du « Ségur de la santé » pour un établissement comme le CHU de Reims est la tarification à l'activité. Le chiffrage exact d'un éventuel sous financement des mesures indiciaires est difficile dans un contexte où le dispositif de garantie de financement s'applique encore.

6. LA QUALITÉ DE L'INFORMATION BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE

Une information est fiable si elle est vérifiable, neutre et fidèle c'est-à-dire qu'elle est conforme à la réalité.

La fiabilité est entendue au sens de la régularité (respecter les lois et les règlements) et de la sincérité comptable (donner des informations « adéquates, loyales, claires, précises et complètes »).

6.1 La certification des comptes

En application des articles L. 6145-16 et R. 6145-61-1 et suivants du CSP, les comptes des EPS doivent être certifiés dès lors que le total de leurs produits du compte de résultat est supérieur ou égal à 100 M€ pendant trois exercices consécutifs.

Le budget de fonctionnement du CHU étant supérieur à 100 M€, l'établissement est soumis à l'obligation de certification de ses comptes depuis 2015 par arrêté du 1^{er} août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015.

6.1.1 Les honoraires du commissaire aux comptes (CAC)

La préparation de la certification a été accompagnée par un cabinet extérieur à compter de 2013, et a abouti au choix d'un certificateur sélectionné pour six ans soit de 2015 à 2020, suite à un appel d'offres porté par le groupement national d'achat hospitalier « Union des Hôpitaux pour les Achats » (UniHA). Le CAC retenu est le cabinet KPMG.

Des fluctuations d'honoraires entre 109 928 € en 2016 et 99 935 € en 2020 sont constatées (cf. annexe 1, tableau 22). Les services financiers de l'établissement ont justifié ces variations par le volume d'heures consacré à la mission de commissariat.

Des missions complémentaires et récurrentes dans le cadre du marché ont été confiées au cabinet. Le montant connaît une importante progression au cours de la période passant de 18 000 € TTC en 2016 pour la seule analyse du résultat structurel et de la trajectoire financière à 64 404 € TTC en 2020. Le cabinet est régulièrement sollicité pour des revues critiques de certains domaines (TVA, outils de pilotage de la RH pour le personnel non médical, etc.). Le montant de ces missions dans la rémunération totale de KPMG oscille entre 14 et 42 %.

Une nouvelle procédure de commande publique pour la période 2021-2026, selon les mêmes modalités que la mise en concurrence précédente, a abouti à nouveau à la sélection du cabinet KPMG pour un montant de 144 000 € TTC annuel moyen (864 000 € sur six ans). La hausse entre le premier contrat et le second est de 37 % pour le montant moyen annuel, en raison notamment de la hausse du volume d'heures consacrées à la mission due à la construction du nouvel hôpital. La mission de CAC est donc confiée au même cabinet pour une période totale de 12 ans.

Les honoraires payés au CAC ont été difficilement identifiés dans les comptes en raison de documents comportant des données différentes. L'affectation comptable des paiements des prestations est imputée tantôt sur les comptes 617 « Études et recherches », 62268 « Honoraires-Autres » ou 67238 « Charges à caractère hôtelier et général-Autres ».

Ainsi, la chambre rappelle la nécessité de veiller à ce que les montants d'honoraires versés au titre de la mission de commissariat aux comptes soient identiques entre le compte financier et l'annexe du CAC (Etat Ai2 – « Honoraire du commissaire aux comptes). Pour ce faire, il convient d'imputer comptablement ces honoraires au compte 62261 « Commissaire aux comptes-Mission légale » en application de l'article L. 6145-16 du CSP (cf. annexe 1, tableau 23).

Cette situation conduit donc à des difficultés de contrôle de l'information budgétaire et comptable qui ne font cependant pas l'objet de réserve de la part du CAC. La chambre prend note des mesures correctives envisagées à compter de 2022.

6.1.2 La fourniture de services autres que la certification des comptes (SACC)

Concernant la fourniture de SACC, l'article 5.1 du règlement européen n° 537/2014 du 16 avril 2014 du Parlement européen et du conseil relatif aux exigences spécifiques applicables au contrôle légal des comptes des entités publiques, codifié à l'article L. 822-11 du code du commerce, interdit 11 services au contrôleur légal risquant de mettre en cause son indépendance. À cette liste, cinq interdictions fixées à l'article 18 du code de déontologie ont été ajoutées par le décret n° 2017-540 du 12 avril 2017 modifiant le code de déontologie de la profession de CAC.

Outre la mission de contrôle légal, le CAC s'est vu confier grâce à un marché subséquent relatif à l'accord cadre « désignation du commissaire aux comptes » du groupement UniHA les missions suivantes :

- une mission d'analyse de la trajectoire financière et du résultat structurel du CHU ;
- l'établissement d'un rapport complémentaire au conseil de surveillance, faute de comité d'audit ;
- deux missions d'examen critique d'une réclamation en matière de TVA, d'une part et des outils de pilotage du PNM, d'autre part.

L'article 5.1 du règlement européen précité porte interdiction de fournir des services autres que l'audit légal tel que « a) les services fiscaux portant sur [...] vii) la fourniture de conseils fiscaux ; [...] ». Cette mission « d'examen critique » a été reconduite une fois, et aboutit à des lettres de contestation de l'imposition au sein desquelles les recommandations du CAC sont expressément citées. Cette mission s'apparente à du conseil fiscal, que le CAC ne doit pas faire pour l'établissement.

Rien n'empêchait l'établissement, par un marché subséquent, de choisir un autre cabinet que celui du CAC pour cette mission « d'examen critique » de la TVA. L'ordonnatrice en fonctions à compter du 1^{er} septembre 2021 confirme renoncer à recourir dans le futur au cabinet chargé de l'audit légal pour ces missions afin d'éviter toute confusion.

Les rapports d'analyse du résultat structurel produits tous les ans consistent à déduire du résultat les opérations exceptionnelles de l'année ou celles non récurrentes, afin de déterminer si, sans ces opérations, le résultat de l'établissement est excédentaire ou déficitaire. Ce rapport est facturé 18 000 € TTC tous les ans à l'établissement. Ce travail pourrait être internalisé sans difficulté eu égard à la structure et compétence de ses effectifs.

Rappel du droit n° 3 : Mettre fin au recours de missions de conseil fiscal auprès du commissaire aux comptes en application de l'article 5.1 du règlement européen n° 537/2014 du 16 avril 2014 du Parlement européen et du conseil relatif aux exigences spécifiques applicables au contrôle légal des comptes des entités publiques, codifié à l'article L. 822-11 du code du commerce.

6.1.3 Le suivi des travaux de certification du CAC.

Lors des opérations de fiabilisation des comptes et de leur clôture de nombreuses personnes interviennent, chacune connaissant les tâches qui lui sont imparties, sans que pour autant une vision globale et stratégique de la certification ne soit partagée.

Le suivi des travaux du CAC repose sur quelques personnes désignées dans l'organigramme de la direction des affaires financières (DAF). Le rôle de chacun des acteurs au sein de la DAF n'est pas déterminé, faute de formalisation des actions menées par les uns et les autres.

Si l'établissement assure avoir entamé une démarche en confiant à un agent des tâches de centralisation et classement des informations, de réécriture des procédures, il s'avère qu'il s'agit davantage d'une feuille de route que d'une méthode engagée d'accompagnement des travaux préalables à la certification.

Comme indiqué par l'ordonnatrice en fonctions à compter du 1^{er} septembre 2021, l'organisation des opérations de clôture de l'exercice 2021 est marquée par des avancées, notamment grâce à la création d'un dossier informatique partagé permettant de justifier les comptes de bilans par cycle ou par direction et des processus de gestion, accessible au CAC.

Recommandation n° 1 : Mettre en place un suivi des travaux de certification du commissaire aux comptes en désignant un référent, en établissant un calendrier et en formalisant des procédures de suivi de ces travaux.

6.2 Le contrôle interne et la fiabilisation de la chaîne comptable

Le contrôle interne³² a pour objectifs le respect du cadre légal et réglementaire, la protection des actifs de l'entité, la fiabilisation et la préservation de l'intégrité des informations financières et l'efficacité et l'efficience des opérations. C'est un dispositif global visant à maîtriser les risques.

Aussi, pour atteindre ces objectifs, l'établissement doit avoir :

- un environnement interne favorable à la maîtrise des risques ;
- une évaluation des risques ;
- des activités de contrôle comprenant les dispositifs mis en place pour maîtriser les risques ;
- la maîtrise de l'information et de la communication ;
- un pilotage du contrôle interne.

Les intervenants rencontrés sont sensibilisés aux risques majeurs relatifs à la certification des comptes et à l'image comptable de l'établissement. Les services connaissent les règles relatives à la constitution des provisions, au rattachement des charges et produits et à la fiabilité des comptes d'une manière générale. Cependant, l'établissement n'a pas été en

³² Cf. définition du contrôle interne <https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/performance-gestion-publiques/contrôle-interne/essentiel/s-informer/5-composantes-contrôle-interne#.YVLIROfgq71>

mesure de fournir une carte des risques relative à l'ensemble de la chaîne comptable de l'établissement.

À ce jour, seule une carte des recettes liées à l'activité du bureau des entrées existe (facturation des consultations externes et des hospitalisations). Aucune formalisation des actions des intervenants sur les autres recettes ou sur la chaîne des dépenses n'existe.

Le directeur des finances a indiqué qu'un travail de réalisation d'une carte des risques et de rédaction des protocoles associés était en cours. L'ordonnatrice en fonctions à compter du 1^{er} septembre 2021 a mis en place une priorisation des actions à mener en 2022 en matière de contrôle interne au nombre de sept concernant cinq cycles (personnel, immobilisations, stocks, recettes et achats).

6.2.1 Le cycle « dépenses »

Les factures reçues par voie dématérialisée par l'établissement sont gérées par chaque gestionnaire, qui insère les pièces justificatives requises par l'instruction comptable dans le système d'information financier, les vérifie, s'assure du service fait puis les liquide.

Le mandatement des dépenses soumises au délai global de paiement (50 jours) est effectué par la cellule « plan et pilotage » 32 jours au plus tôt après réception de la facture. Déversés dans un parapheur électronique, les mandats et bordereaux sont signés par le directeur financier ou une autre personne ayant délégation de signature, puis envoyés à la Trésorerie.

L'établissement a fait l'objet d'une tentative de fraude au faux relevé d'identité bancaire (RIB) en 2019. Cet événement, rapidement identifié par les agents du service a donné lieu à une analyse collective de la situation. Un plan d'actions prévoyant, entre autres, la formation des agents et la mise à jour de la procédure relative au contrôle des RIB est élaboré. Le plan de formation 2020 ne comportait aucune action de ce type sur les risques de fraude auprès des agents. L'ordonnatrice en fonctions à partir du 1^{er} septembre 2021 a inscrit dans les actions prioritaires en matière de contrôle interne la sécurisation des RIB par la création d'un référent chargé du contrôle périodique de leur fiabilité et la sensibilisation des agents aux vérifications à opérer avant toute modification.

Si une note d'avril 2021 relative au circuit interne des factures définit les actions de chacun (insertion des pièces justificatives par les gestionnaires, certification du service fait, etc.) avant mandatement d'une liquidation par la DAF, aucune carte des risques n'existe, pas plus qu'une liste des vérifications auxquelles doivent procéder les gestionnaires ou des règles définissant la répartition des tâches entre ceux qui saisissent et ceux qui valident.

6.2.2 Le cycle « recettes »

1 - L'audit de la direction générale des finances publiques (DGFIP) de la chaîne de facturation aux patients

Un audit partenarial de la DGFIP de la chaîne de facturation a été réalisé entre juillet et octobre 2018. Cet audit portait à la fois sur la chaîne de facturation, le traitement des contentieux par le CHU et le recouvrement par le poste comptable.

Pour le CHU, plusieurs observations et recommandations ont été formulées :

- le renforcement de la sensibilisation des patients aux pièces à fournir, et l'automatisation de la mise à jour des droits à assurance maladie obligatoire et la numérisation des cartes mutuelles, lors de la confection du dossier d'admission ;

- le rappel des consignes de mise à jour du nom et des adresses des patients et la réduction du délai de facturation, effectuée au fur et à mesure, et au plus tard, dans le mois et demi suivant l'évènement ;
- la généralisation de l'industrialisation et l'affranchissement des plis aux mutuelles voire la totale dématérialisation des échanges avec celles-ci (factures, rejets) et la mise en place du protocole d'échanges standard (PES) ASAP³³ PATIENT ;
- le renforcement du pilotage du traitement des rejets B2 (norme de facturation) par l'assurance maladie ou les mutuelles pour identifier et corriger les anomalies ;
- le renforcement de la formation et de l'information des agents, la mise en place d'un annuaire des référents ou correspondants auprès des principales caisses d'assurance maladie et des mutuelles, et d'une documentation des modalités de rectification des principaux rejets.

2 - Les mesures correctives mises en œuvre suite à l'audit de la DGFIP

Le CHU a entrepris certaines actions comme :

- la mise en place d'un portail patient de préadmission pour les consultations à partir du logiciel de prise de rendez-vous ;
- le changement du logiciel de gestion administrative des patients d'une solution informatique permettant d'interroger la base de données des droits patients dès l'admission, de piloter les restes à recouvrer par type de débiteurs, de suivre les rejets B2, de requêter sur des dossiers, factures, etc., et de numériser les pièces justificatives des dossiers patient ;
- la mise en place dès 2017 d'un traitement hiérarchisé des rejets B2 en fonction des montants et la création d'un annuaire de référents par mutuelle ;
- la dématérialisation des flux vers les mutuelles par la plateforme de gestion « 4 axes » pour les demandes de prise en charge automatique, le suivi des factures, la centralisation des informations de paiement ou de rejet ;
- la rédaction de procédures de gestion des contentieux pour uniformiser les pratiques des agents et la spécialisation de certains d'entre eux pour les contentieux externes et d'hospitalisation ;
- un audit des compétences du bureau des entrées eu égard aux enjeux de facturation ;
- la mise en place d'une cellule de formation au sein de ce bureau composée d'1,5 ETP.

3 - Le contrôle interne du cycle « recettes »

La direction en charge du service des admissions a participé au déploiement du nouveau logiciel de gestion des dossiers des patients et de facturation des prestations consommées.

Elle a également recensé les zones de risque de cette chaîne des recettes de l'activité, les a classées et cotées en fonction de leur gravité et récurrence. Cette carte des risques couplée à des tableaux de bord de suivi et à un catalogue de requêtes de contrôles des anomalies lancées automatiquement selon des fréquences prédéfinies avant facturation a permis d'améliorer le taux de rejets de l'assurance maladie, qui est d'environ 2 % en 2021.

Ces procédures sont documentées et expliquent les risques évités, comme celles de suivi des recouvrements et contentieux. Les procédures liées aux recettes des dotations sont encore à inclure dans cette carte.

³³ ASAP : avis de sommes à payer.

La chambre souligne la qualité des procédures mises en place en matière de recettes de facturation.

Cependant, le contrôle interne est une démarche d'amélioration continue et de sécurisation de ces processus de gestion, non pilotée à ce jour.

La chambre invite l'ordonnatrice à établir une carte des risques exhaustive de la chaîne comptable et financière de l'établissement et à organiser la sensibilisation de l'ensemble des agents.

Recommandation n° 2 : Généraliser le recensement des risques, rédiger des procédures sur le cycle « dépenses », poursuivre son déploiement sur le cycle « recettes » et mettre en place un pilotage du contrôle interne.

6.3 La connaissance du patrimoine

6.3.1 Les différents types d'immobilisations

Par une fiche dénommée « référentiel immobilisation » régulièrement mise à jour, l'établissement a défini les principes applicables pour l'intégration des biens à son patrimoine.

Les immobilisations incorporelles sont composées pour l'essentiel de logiciels enregistrés à leur coût d'acquisition, en distinguant ceux pour l'usage propre du CHU de Reims de ceux mis en commun pour le GHT (téléphonie).

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées à la valeur d'acquisition déduction faite des taxes déductibles et en incluant les coûts liés à leur acquisition. Elles sont en hausse du fait des nombreux projets d'investissement.

6.3.2 L'inventaire et l'état de l'actif

La somme des fiches des biens inscrits à l'inventaire de l'établissement est conforme aux soldes des comptes de classe 2 du bilan au 31 décembre 2019.

Cependant, les libellés des fiches d'inventaire et la désignation des biens sont très généraux et ne permettent pas d'identifier avec précision les biens. L'établissement ne dispose pas d'un inventaire physique exhaustif de tous ses biens, hormis pour le matériel biomédical soumis à une matériovigilance stricte et pour les autres matériels soumis à une maintenance, suivis par un logiciel de gestion du matériel assistée par ordinateur (GMAO).

Cette imprécision des fiches nuit à l'identification des biens détruits et réformés à sortir comptablement de l'inventaire et au calcul de leur valeur comptable, d'autant qu'il n'existe pas de procédure partagée au sein des services de signalement des biens physiquement disparus à sortir de l'inventaire comptable.

6.3.3 Les opérations de cessions et de sorties d'actifs

L'établissement procède tous les ans à des opérations de sorties d'actifs des biens détruits, volés ou vendus. Une procédure a été élaborée en 2013, mais n'a pas été mise à jour depuis, laissant subsister des noms de directions qui n'existent plus (comme la direction de la stratégie ou la direction des achats, des équipements et de la logistique – DAEL). La procédure de vente aux enchères numériques mise en œuvre dans l'établissement, élaborée en 2018, pourrait être annexée à cette procédure générale mise à jour.

Les opérations de constatation des plus ou moins-values sont réalisées par le CHU. Cependant, comme relevé *supra*, les intitulés sommaires des biens inscrits à l'inventaire comptable ne permettent pas de garantir de façon certaine que les biens cédés, détruits ou volés sont réellement sortis pour leur valeur nette totale du bilan de l'établissement.

En effet, les listes des biens à sortir comptablement de l'inventaire produites en fin d'année ne contiennent pas de numéro d'inventaire posant la question du recollement entre inventaire physique et comptable.

La chambre rappelle la nécessité de mettre en place un inventaire physique rapproché de l'inventaire comptable pour l'ensemble des immobilisations conformément aux dispositions de la nomenclature M21. La chambre souligne également la nécessaire mise à jour des procédures de suivi des sorties d'actifs en particulier au regard du déménagement futur des services.

Rappel du droit n° 4 : Mettre en place un inventaire physique rapproché de l'inventaire comptable pour l'ensemble des immobilisations et procéder à la sortie de l'actif des biens détruits ou réformés conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.

6.4 Les amortissements

L'amortissement est linéaire au *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition ou de mise en service à partir de l'exercice 2017. Auparavant, il débutait le 1^{er} janvier de l'année suivant l'achat.

La fiche « référentiel immobilisation » décrit les durées d'amortissement des immobilisations, et met en place l'amortissement par composant à partir de 2015. Pour les constructions achevées avant 2015, l'établissement peut employer des quotes-parts ou faire référence aux lots des marchés de travaux.

Ayant constaté des divergences entre les durées d'amortissement définies et pratiquées, la chambre rappelle la nécessité de se conformer aux durées d'amortissement prévues par le référentiel de l'établissement ou, le cas échéant, de documenter les motifs de la dérogation pour les immobilisations concernées.

6.5 Les corrections de haut de bilan

En raison de la mise en œuvre de la certification des comptes, l'établissement a été amené à réinterroger ses pratiques en matière de comptabilisation de certains biens en immobilisations. Les erreurs constatées par le passé ont généré d'importantes corrections de haut de bilan couplées à des corrections imposées par la DGOS (cf. annexe 1, tableau 24). Celle-ci a apporté des précisions pour la comptabilisation des subventions par instruction ou de changements de méthodes concernant le provisionnement des jours épargnés sur les comptes épargne-temps (CET).

Ces corrections ont eu une incidence sur la situation bilancielle de l'établissement puisque des opérations en moins ou en plus de 2016 à 2018 ont été imputées sur le compte 10682 « Excédents affectés à l'investissement », le minorant au total de 519 420 €. Cependant, le solde de ce compte au 31 décembre est passé de 6,4 M€ à 20 M€ entre 2016 et 2020.

Pour les opérations réalisées en 2017, l'établissement n'a pas démontré et justifié le bien-fondé du transfert d'une somme de 45 881 € d'un compte « complément de dotation de l'État » vers un compte « subvention départementale », puisqu'elle ne dispose plus des notifications papier d'alors.

De même, pour les reprises d'amortissements et corrections d'immobilisations de 2017, hormis les attestations de l'ordonnateur et la liste des mandats concernés, aucune justification de ces corrections n'a été fournie.

Enfin, la somme des montants figurant sur les attestations produites ne correspond pas au montant des écritures passées sur le compte 23823 « Acomptes versés sur commandes de constructions en cours sur sol propre », relatives à des annulations d'immobilisations.

6.6 Les provisions

6.6.1 Les provisions pour renouvellement des immobilisations

L'instruction budgétaire et comptable M21 fonde ces provisions sur « *le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie.* ». Le but est de limiter le recours à l'emprunt.

Tableau 3 : Provisions constituées et reprises pour renouvellement des immobilisations

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Solde du c/ 142 au 01/01	186,35	203,20	218,73	232,14	246,00
Dotation au c/ 142 de l'année	17,50	15,52	13,42	13,86	12,26
Reprise sur provision	0,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Solde du c/ 142 au 31/12	203,20	218,73	232,14	246,00	258,27

Source : Comptes financiers

De 2002 à 2023, l'établissement reçoit un financement annuel de 22,3 M€ de l'ARS au titre de l'aide à l'investissement pour les projets immobiliers et en particulier la construction du nouvel hôpital. Une partie de cette dotation est provisionnée en référence à une base théorique future de charges du titre 4 « charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles » de 19 M€, tel que prévu au CPOM de 2003, de 2005 et de leurs avenants.

Sur validation de l'ARS, l'établissement a mis en place une méthode de calcul afin d'évaluer chaque année le montant de la dotation à constituer en comptabilisant les charges finançant l'investissement (amortissements, frais financiers, plus-values, etc.). De ce montant sont déduits les 19 M€ théoriques du titre 4 eux-mêmes déduits du montant annuel de 22,3 M€ d'aides à l'investissement.

Tableau 4 : Méthode de constitution des provisions employée par le CHU (en €)

Compte 142 du budget H	2016	2017	2018	2019	2020
Amortissements (1)	19 858 215	22 282 060	23 504 733	24 739 500	27 447 503
Provision pour dépréciation des immobilisations (2)			1 494 387	- 157 834	- 1 311 937
Frais financiers (3)	3 917 709	3 458 792	3 019 437	2 608 649	2 103 723
Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (4)	856 936	205 659	109 069	263 464	868 852
Amortissements SIH 2012 en moins (5)	- 360 494	- 38 476	- 17 864		- 59 410
TOTAL (6=1+2+3+4+5)	24 272 365	25 908 036	28 109 761	27 453 780	29 048 732
Montant de référence du titre 4 année 2015 (7)	19 000 000	19 000 000	19 000 000	19 000 000	19 000 000
Aides à l'investissement (8)	22 312 160	22 312 160	22 312 160	22 312 160	22 312 160
Montant à reprendre (9) = (6) - (7)	5 272 365	6 908 036	9 109 761	8 453 780	10 048 732
Provision à constituer (10) = (8) - (9)	17 039 795	15 404 124	13 202 399	13 858 380	12 263 428
Dotation réelle (10) + total (6)	41 312 160	41 312 160	41 312 160	41 312 160	41 312 160

Source : CHU de Reims

Les provisions constituées seront reprises à compter de 2022 en vue de financer les surcoûts des charges financières et d'amortissement.

Les provisions constituées par l'établissement concernent également les budgets de l'EHPAD et de l'USLD car le département de la Marne a participé au financement de la rénovation future du bâti de ces budgets par l'excédent généré par le tarif hébergement. Le département a considéré que ces excédents n'avaient pas le caractère de réserves d'investissement ou de compensation mais de provisions pour renouvellement des immobilisations, et ce afin de lisser les effets des variations futures de tarifs sur les résidents.

Les opérations réalisées concernent le budget des EHPAD, et ont été comptabilisées de la façon suivante :

Tableau 5 : Provision pour renouvellement des immobilisations des EHPAD

En €	2016	2017	2018	Solde
Dotation 68742 "dotation pour renouvellement des immobilisations"	458 319	120 635	216 972	149 485
Reprise 78742 "reprise de dotation pour renouvellement des immobilisations"	646 442	/	/	

Source : Comptes financiers

Aucun encaissement d'une subvention au compte 1313 « Subvention du département » ou en dotation au compte 73 n'a été constaté. Les documents transmis déterminant les tarifs versés par le département ne permettent pas de distinguer et de tracer le versement de l'aide destinée à constituer une provision pour renouvellement des immobilisations.

La demande expresse du département, autorité de tarification, de constater en réserve un excédent dégagé par le fonctionnement de l'établissement dans le but de limiter les augmentations futures de tarifs liées aux opérations de reconstruction est irrégulière. Ce mécanisme, ayant au demeurant fait l'objet d'une remarque du commissaire aux comptes en première intention, n'est en aucun cas conforme à la nomenclature M21 pour la constitution des provisions destinées à renouveler les immobilisations, qui ne le permet que pour les dotations de l'Assurance maladie.

Cette provision n'est pas conforme à l'instruction budgétaire et comptable M21 et la chambre rappelle l'obligation de régulariser la comptabilisation de la somme ainsi provisionnée.

Rappel du droit n° 5 : Reprendre les provisions non conformes aux prescriptions de l'instruction budgétaire et comptable M21 constituées de 2016 à 2018 pour la construction d'un EHPAD.

6.6.2 Les provisions pour litiges et risques

Les provisions pour litiges constituées et reprises par l'établissement concernent principalement :

- les indus liés à la tarification à tort de séjours à l'assurance maladie, suite à des erreurs de codages ou des problèmes de régularité de la facturation (redressement de 10 452 € sur l'exercice 2013, 308 958 € en 2015 et 624 910 € en 2018) ;
- les risques liés à l'interruption de l'exécution de la phase 2 du marché relatif à l'informatisation de la production de soins, de la gestion administrative du patient et de la mise en œuvre de référentiels d'un montant total de 17,7 M€ TTC dont 11,5 M€ TTC ont été payés pour l'exécution de la phase 1 (litige ayant abouti à la signature d'un protocole transactionnel le 21 décembre 2018) ou des malfaçons constatées sur le réseau d'eau froide du bâtiment de l'AMH 2 empêchant son utilisation ;
- les risques liés à des contentieux avec des patients ou des caisses de protection sociale ou des établissements hospitaliers ou avec du personnel de l'établissement pour lesquels le CHU provisionne les frais d'avocats, d'experts et frais irrépétibles.

Tableau 6 : Provisions pour litiges tous budgets

En milliers d'€	2016		2017		2018		2019		2020	
	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise
Contrôle externe T2A	346,79	486,36	1 344,16	795,03	1 338,91	1 344,16	1 264,21	1 338,91	NC	NC
Divers contentieux patients, établissements...	105,17	8,39	40,20	144,87	54,85	64,27	6,00	204,42	81,12	3,00
Litiges plan directeur	211,62	708,13		2,18		357,68	76,86	66,23	5,00	44,97
Contentieux informatique						6 134,73				
Litiges en matière de ressources humaines		172,37	168,95	125,02	190,79	311,02	231,46	277,46	94,51	331,46
Montant total de l'année	663,58	1 375,25	1 553,31	1 067,10	1 584,54	8 211,86	1 578,52	1 887,01	180,63	379,42
Solde au 31 décembre	8 246,09		8 732,30		2 104,98		1 796,49		378,45	

Source : Comptes financiers et documents de l'établissement

C'est à tort que l'établissement comptabilise les provisions pour contrôle externe de la T2A au compte 1511 « Provisions pour litige », alors qu'elles devraient être enregistrées au compte 1518 « Provisions pour risques » comme le décrit l'instruction budgétaire et comptable M21.

Les seules provisions pour risques constituées et reprises concernent les allocations de retour à l'emploi (ARE). Elles sont pratiquées pour les budgets H, B, C et E.

Le montant de la provision est déterminé en pondérant par 1,5 la moyenne des ARE versées au cours des trois derniers exercices budgétaires. L'instruction budgétaire et comptable M21 précise que le montant de la provision « correspond au montant des droits acquis restant à verser au 31 décembre de l'exercice ».

En dépit du mode de calcul divergeant des préconisations de l'instruction comptable, il est relevé que les provisions constituées par l'établissement sont conformes au montant des ARE versées chaque année.

Enfin, cette provision doit être comptabilisée au compte 158 « Autres provisions pour charges » et non pas au compte 1518 « Provisions pour risques ». La chambre, après avoir invité l'ordonnatrice à régulariser cette erreur d'imputation, constate que les provisions pour ARE sont comptabilisées au compte 158 à partir de l'exercice 2021.

Tableau 7 : Provision pour risques tous budgets

En milliers d'€	2016		2017		2018		2019		2020	
	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise
Provision pour allocation de retour à l'emploi	420,66	425,93	816,18	658,87	608,18	606,24	797,44	619,93	NC	NC
Solde au 31 décembre	592,61		749,92		751,86		929,37		NC	

Source : Comptes financiers et documents de l'établissement

6.6.3 Les provisions pour compte épargne-temps

Les provisions pour CET des PM et PNM

Jusqu'au 1^{er} janvier 2019, la méthode d'évaluation était forfaitaire (cf. annexe 1, tableau 25). Ainsi, les jours CET étaient calculés de la façon suivante :

- pour le personnel non médical (PNM) : les jours CET à provisionner étaient évalués agent par agent en fonction du solde des jours stockés à la fin de l'exercice (c'est-à-dire après déduction du stock de début d'année des jours payés ou pris, et des jours de l'exercice posés calculés par la DRH). Le droit d'option des agents entre jours épargnés et consommés est à exercer au plus tard le 1^{er} décembre ;
- pour le personnel médical (PM) : les jours non pris « déposables » sur le CET sont estimés en fonction du nombre de jours de congés en reliquat et du taux de conversion des jours CET (observé les années précédentes) non pris déposés sur le CET l'année précédente par la direction des affaires médicales. Les jours monétisables estimés sont comptabilisés en charges à payer.

La valorisation de ces jours s'effectue en application du barème du tableau 25 (en annexe 1).

L'analyse des documents fournis par l'établissement montre que les calculs de provisions sont erronés puisque :

- pour le PNM : le taux de charge appliqué aux titulaires non médicaux en 2016 et en 2017 était de 18 % et non pas 42 % et inversement pour les contractuels, comme indiqué dans les rapports d'exécution et les rapports du CAC. À défaut d'éléments transmis, il n'a pas pu être vérifié que cette erreur s'était reproduite en 2018. La sous dotation relative au PNM en 2016 et 2017 est respectivement estimée à 170 000 et 105 000 € ;
- pour le PM, le nombre de jours stockés est supérieur au nombre de jours provisionnés. La sous dotation de 2016 à 2018 est estimée respectivement à 3,2 M€, 3,3 M€ et 1,7 M€, (cf. annexe 1, tableau 26).

À compter du 1^{er} janvier 2019, comme préconisé par l'avis du CNoCP n° 2018-05 du 5 avril 2018 relatif à l'évaluation de la provision pour compte épargne-temps dans les comptes des établissements publics de santé, et les arrêtés des 19 et 20 décembre 2018, le CHU est passé à une méthode dite « au réel ».

Pour les PNM titulaires et contractuels et les PM, l'établissement a choisi de provisionner sur la base du coût moyen journalier individuel, donc de chaque agent, calculé en divisant la masse salariale associée à l'agent par le nombre de jours annuels travaillés.

Ce changement de méthode a fait croître les provisions constituées de 3 M€ en 2019 et a généré des corrections de haut de bilan, explicitées ci-dessus.

Les provisions à constituer et reprendre sont calculées par la DAF suite à transmission du nombre de jours à provisionner par la direction des ressources humaines d'une part et par la direction des affaires médicales d'autre part. Ces données relatives aux compteurs individuels des CET sont extraites du logiciel de gestion des ressources humaines.

Que ce soit pour la période 2016-2018 ou pour celle postérieure au changement de méthode, l'établissement n'a pas pu fournir de documentation des procédures mises en œuvre, ou l'existence d'un contrôle interne des données transmises.

La chambre invite l'établissement à formaliser une procédure de constitution et de contrôle interne des provisions pour CET.

Les transferts de CET entre établissements

Lorsque l'établissement accueille par mutation ou détachement le personnel non médical ou médical en provenance d'un autre EPS ou d'un service public, il doit récupérer dans ses comptes le passif provisionné par l'établissement de provenance de l'agent ou du praticien au titre des jours de congés épargnés sur le CET.

L'instruction budgétaire et comptable impose que l'établissement d'accueil enregistre cette recette sur le compte 649* « Atténuations de charges-portabilité du compte épargne temps » et le provisionne à son tour en émettant un mandat sur le compte 68153* « Dotations aux provisions pour charges de personnel liées au CET » et un titre au compte 153* « Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET ».

Or, le CHU de Reims n'utilise pas ce compte 649* et enregistre à tort les recettes reçues sur les comptes 6419 et 6429 retraçant respectivement les remboursements sur rémunérations du PNM et PM (cf. annexe 1, tableau 27).

La chambre prend note de l'intention de l'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021 de procéder aux régularisations d'imputation pour retracer comptablement le suivi des transferts de CET.

Recommandation n° 3 : Documenter les procédures de constitution des provisions pour compte épargne-temps en distinguant personnel médical et non médical pour fiabiliser les méthodes de calculs.

6.6.4 Les provisions pour gros entretien ou grande révision et les autres provisions pour charge

Les provisions pour gros entretien prévues par l'instruction budgétaire et comptable M21 correspondent à des « *travaux de gros entretien programmés [qui] doivent représenter une opération d'importance concernant l'ensemble d'un immeuble ou une partie significative de l'immeuble et/ou d'un composant préalablement identifié.* » Le gros entretien se différencie de l'entretien normal d'un bâtiment par son ampleur.

Ces provisions doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien (PPE), et correspondent au minimum aux dépenses des cinq prochaines années inscrites au plan.

L'établissement a constitué une provision de 590 269 € en 2015 reprise en 2016 puis dotée à nouveau à hauteur de 590 997 € en 2017. Cette somme provisionnée correspondait au déménagement de l'AMH2, réellement réalisé en 2017 et à des travaux relevant de l'entretien normal et non pas d'un plan du gros entretien de ce bâtiment.

Une nouvelle dotation de 250 000 € a été constituée en 2018 « *pour faire face à l'entretien des locaux mis à disposition* (deux unités de psychiatrie adulte sur le site central du CHU) *de l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM)* ». La convention de mise à disposition du 20 décembre 2018 énumère les dépenses qui constituent des dépenses de gros entretien sans pour autant indiquer selon quel calendrier prévisionnel ces travaux devraient être réalisés. Elle souligne que « *L'EPSMM est réputé avoir reçu en bon état les lieux.* »

Les provisions constituées ne remplissent pas les conditions liées à des travaux de gros entretien tel que requis par l'instruction comptable puisque par exemple des charges de déménagement, de fournitures de matériaux de rangement, de toises, etc., ont été provisionnées à tort.

Par ailleurs, aucun plan pluriannuel d'entretien ou de grande révision n'a été produit.

En outre, en 2018, l'établissement a provisionné la somme de 250 000 € au titre du plan pluriannuel de travaux et d'entretien de la crèche de 90 places proche du CHU, dont l'exploitation a été déléguée au réseau « Les petits chaperons rouges » en 2019.

Ce plan prévoit des travaux d'importance à compter de 2027 jusqu'en 2030, s'élevant à 50 000 € en 2027, 182 000 € en 2028, 77 000 € en 2029 et 33 000 € en 2030 soit au total 342 000 €.

Si la constitution de cette provision semble de bonne pratique, force est de constater que son montant ne correspond pas à celui du plan pluriannuel de travaux et d'entretien (92 000 € manquent), sans qu'une explication soit fournie. L'ordonnatrice en fonctions depuis le 1^{er} septembre 2021 s'engage à reprendre les provisions non fondées dans le cadre de la clôture de l'exercice 2021.

Étant donné que ces travaux de remise en état débuteront en 2027, l'établissement aurait pu provisionner en application d'un calendrier prévisionnel (sur 10 ans par exemple) une somme de 34 000 € annuellement.

Rappel du droit n° 6 : Reprendre les provisions de précaution sans objet non justifiées par un plan pluriannuel d'entretien, tel que prévu par l'instruction budgétaire et comptable M21.

6.6.5 Les provisions pour dépréciations des comptes d'immobilisations et des comptes de redevables

Les dépréciations des comptes d'immobilisations

Dès 2015, une fois le projet de construction du nouvel hôpital validé, l'établissement a constitué des provisions pour dépréciation des comptes d'immobilisation (22,7 M€ afin de prendre en compte les coûts induits par la désaffectation et la démolition de certains bâtiments) (cf. annexe 1, tableau 29 et tableau 30).

À ce jour, la dépréciation de ces constructions est provisionnée à hauteur de la valeur nette comptable (VNC) des agencements estimée à la date d'abandon des locaux.

Les travaux de démolition partielle de certains locaux (enregistrés au compte 21311) ne sont pas provisionnés. Enfin, le montant des agencements provisionnés pour dépréciation est incertain du fait de l'imprécision des libellés des fiches d'inventaire.

Les ordonnatrices ont conjointement répondu que les travaux de démolition ne se traduiront pas en charge d'exploitation mais seront intégrés dans le coût d'acquisition de l'immobilisation amenée à remplacer le bâtiment détruit.

La chambre rappelle que l'établissement a la possibilité de constituer des provisions pour les travaux de démolition future de bâtiments au compte 158 tel que prévu par l'instruction budgétaire et comptable M21. Le compte 2913 permet seulement de constater les dépréciations d'immobilisations.

Les admissions en non-valeur (ANV)

L'établissement admet en non-valeur entre 1,6 M€ et 2,9 M€ de titres non recouvrables pour lesquels des provisions ont été constituées. Il s'agit principalement des créances les plus anciennes, qui ne sont plus recouvrables (cf. annexe 1, tableau 31).

Ainsi, les restes à recouvrer baissent de 90,8 M€ entre le 31 décembre 2019 et la situation fournie par le comptable au 19 octobre 2021. Les ANV de la période 2016-2020 sont de 11 M€ soit 12 % du montant des restes à recouvrer.

Si l'on neutralise les restes à recouvrer des titres pris en charge en 2019, du fait de leur caractère récent, les ANV de 2016 à 2020 annulent 68 % des restes à recouvrer. Ils couvrent en réalité la quasi-totalité de la baisse des montants restant à recouvrer enregistrés par le comptable à la date du 19 octobre 2021. La somme de 572 000 € a réellement été récupérée par le comptable.

À la date du 19 octobre 2021 (hors titres pris en charge en 2020 et 2021), 13 341 titres sur 16 270 sont liés à des soins et consultations externes pour lesquels des reliquats demeurent à payer.

Les provisions pour dépréciation des comptes redevables et autres débiteurs (cf. annexe 1, tableau 32)

À partir de 2015, l'établissement s'est doté d'une méthode statistique de dépréciation de ses créances d'exploitation, combinée à une analyse au cas par cas pour les créances SMUR, de patients étrangers ou certains contentieux.

Le taux de dépréciation est décidé en fonction de l'exercice d'émission du titre et de la nature du débiteur jusqu'en 2017. À partir de 2018, il est aussi déterminé en fonction du code empêchement de l'état des restes à recouvrer au 31 décembre de l'exercice.

La méthode employée a évolué en 2018 suite à l'audit DGFIP (cf. 6.2.2) constatant que « *les poursuites sur créances inférieures à 30 € se limitent à une phase comminatoire amiable. À partir de 30 € la trésorerie réalise des saisies sur salaire ou sur allocations familiales, au-delà de 130 € des saisies bancaires sont réalisées. Les saisies par huissier interviennent à compter de 300 €.* »

Ainsi, le taux de provisionnement est appliqué en fonction de l'ancienneté de la créance et de la nature du débiteur.

Puis, un code empêchement renforce le taux de provisionnement porté à 100 % dans certains cas, non pas en fonction de l'ancienneté de la créance ou de la nature du débiteur, mais en fonction de la faible probabilité de recouvrement de la créance, pour laquelle des actes de recouvrement ont été déjà réalisés.

L'établissement s'est doté d'une méthodologie de recensement des risques de non recouvrement qui n'appelle pas d'observation. Cependant, au regard des montants en jeu, la chambre invite à une révision des procédures de facturation et d'encaissement des prestations dues par les tiers et redevables lors de soins et consultations externes, celles-ci représentant l'essentiel du stock de créances (9 680 titres sur 16 270 titres pour un peu plus de 130 000 € sur 15,9 M€ de restes à recouvrer concernant des titres inférieurs à 30 € pris en charge avant le 31 décembre 2019 à la date du 21 octobre 2021).

Ainsi les montants inférieurs à 30 € pourraient faire l'objet d'une facturation immédiate réglée par l'utilisateur.

Le taux de provisionnement au regard des créances non recouvrées n'appelle pas d'observation, car il permet de couvrir les restes à recouvrer contentieux et admissions en non-valeur de l'année. (cf. annexe 1, tableau 33).

Les annulations de titres

En 2019, consécutivement au changement de prestataire informatique, l'établissement a procédé à l'annulation de titres non recouvrés pour un montant de 4,3 M€ portant sur plus de 15 000 titres antérieurs à 2015. Cette opération s'est faite en accord avec le trésorier de l'établissement sur la base d'un certificat administratif de l'ordonnatrice alors en fonctions motivé de la façon suivante : « *En 2019, le CHU a procédé au changement de prestataire informatique au niveau des recettes. Pour les créances à annuler et qui ne sont pas reconduites, et afin d'éviter la ressaisie de ces dernières, il a été décidé après accord exceptionnel de la Trésorerie du CHU de Reims, de réaliser un mandat global par année au compte 673 pour les exercices 2010 à 2015...* ».

Cette annulation massive porte essentiellement sur des débiteurs de l'assurance maladie (1,3 M€), aide médicale de l'État (AME) et CMU (1,2 M€) et de mutuelles (1,6 M€) pour un montant total important de 4,3 M€, représentant environ 10 % de la capacité d'autofinancement brute dégagée au cours de l'année 2019.

La chambre rappelle qu'une annulation de titre ne peut intervenir que dans les cas suivants :

- rectification d'une erreur matérielle de liquidation (identité du débiteur, liquidation de la créance erronée) commise lors de l'émission du titre de recettes ;
- constatation de la décharge de l'obligation de payer prononcée dans le cadre d'un contentieux relatif au bienfondé de la créance ou par extinction de celle-ci.

En l'espèce, le certificat administratif produit à l'appui des annulations de titres ne permet pas de justifier de l'une ou l'autre des situations établissant le bien-fondé de l'opération.

Les ordonnatrices ont indiqué conjointement que les titres annulés concernaient des titres anciens, forclos et non réémis dans les délais ayant conduit à leur prescription. Des démarches pour relever les délais de prescriptions avaient été entreprises auprès de l'assurance maladie, sans succès.

Elles ont complété en indiquant que ces titres ayant été émis à l'encontre d'une personne morale de droit public, ils ne peuvent faire l'objet d'une annulation en application du référentiel comptable visé dans le tome n°3 de l'instruction budgétaire et comptable M21. Ainsi, la seule solution restait selon elles l'annulation des titres qui, par ailleurs, avaient fait l'objet d'une dépréciation avec l'accord du commissaire aux comptes.

La chambre note néanmoins que l'établissement aurait dû procéder à une admission en non-valeur (ANV) des titres prescrits émis à l'encontre des organismes de complémentaire santé, entités de droit privé. Cette inscription en ANV permet de maintenir la créance dans la comptabilité et d'assurer la recouvrabilité des sommes en cas de retour à meilleure fortune du débiteur.

7. L'ANALYSE FINANCIÈRE

L'analyse ne portera que sur le budget principal et le budget EHPAD (97 % du volume budgétaire) et se concentrera sur les exercices 2016 à 2019 compte tenu du caractère atypique des exercices 2020 et 2021. Ces exercices seront ainsi analysés de manière séparée au fil du développement.

7.1 L'évolution financière du CHU

La trajectoire financière de l'établissement s'est redressée suite au plan de retour à l'équilibre défini par le COPERMO³⁴ mis en place antérieurement à la période de contrôle. Le résultat consolidé de l'établissement est de 3,5 M€ en 2016, 4,7 M€ en 2017, 4,3 M€ en 2018, 5 M€ en 2019 et 6,4 M€ en 2020.

Le budget principal H de l'établissement affiche un excédent de 1,4 M€ en 2016, 3,3 M€ en 2017, 3,2 M€ en 2018, 5 M€ en 2019 et 5,5 M€ en 2020. Le budget E des EHPAD est en excédent stable sur la période. Le budget B de l'USLD affiche un déficit de 2018 à 2020 de respectivement 105 466 €, 207 479 € et 190 773 €.

Hors dépenses et recettes exceptionnelles, le résultat structurel consolidé du CHU est déficitaire de 2,1 M€ en 2016 et devient excédentaire en 2017 en s'élevant à 5,1 M€, 5,3 M€ en 2018, 6,2 M€ en 2019 et 8,8 M€ en 2020. Le déficit consolidé de 2016 est porté principalement par le budget H puisqu'il est de 3,6 M€. Par la suite, il affiche un excédent de 4,2 M€ en 2017, 5 M€ en 2018, 6,8 M€ en 2019 et 9,04 M€ en 2020.

La résorption du déficit du budget principal s'explique principalement par l'augmentation de l'activité malgré la réduction du nombre de lits, la création de nouvelles activités et par l'amélioration du codage dû, d'une part, à l'accompagnement par un cabinet spécialisé et, d'autre part, à la structuration de l'équipe d'information médicale. Cependant, cette fonction importante pour les recettes de l'activité demeure fragile puisque le changement de logiciel de facturation en 2019 a généré des retards ayant un impact sur les résultats de cette année-là.

7.1.1 La qualité des prévisions

Les prévisions du CHU tiennent compte des objectifs assignés à l'établissement par le COPERMO de novembre 2015 en matière de capacitaire et de virage ambulatoire à savoir :

- un taux d'occupation des unités d'hospitalisation complète de MCO de 92 % ;
- un taux d'occupation des unités d'hospitalisation de jour de 140 % ;
- un taux d'occupation des unités de semaine de 100 % ;
- un IP-DMS des unités d'hospitalisation complète de MCO de 0,96 ;
- un taux de chirurgie ambulatoire de 47,1 %.

Le COPERMO recommandait également à l'établissement de sécuriser davantage sa trajectoire financière pour limiter son recours à l'endettement. Ainsi, l'endettement maximal est passé de 375 M€ au PGFP de 2015 à 214 M€ au PGFP de 2019.

Les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD)

Les EPRD de l'établissement ont été construits de façon à garantir une marge brute de 19,6 M€, telle que définie par le COPERMO de novembre 2015.

L'atteinte de ces objectifs s'est traduite par la suppression de 150 lits en surnombre, soit une diminution de 20 lits par an pendant quatre ans (de 2015 à 2018), de 35 lits à l'ouverture de la phase 1 du projet de reconstruction et enfin d'un projet de suppression de 35 lits à l'ouverture de la phase 2. Les prévisions ont été réévaluées au cours de l'année 2021 à l'aune des enseignements de la crise Covid-19.

³⁴ Le comité interministériel est chargé d'étudier la situation des établissements hospitaliers en difficulté financière et de déterminer avec eux la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre destiné à financer les projets d'investissement d'envergure.

Au cours des exercices 2016 à 2021, l'établissement, lors de l'élaboration de ses EPRD et PGFP, a pris en compte les principales mesures nationales ou locales ayant un impact sur les dépenses et recettes de l'établissement comme les variations tarifaires, les mises en réserves ou les mesures salariales etc. (cf. annexe 1, tableau 34).

Hormis l'intégration de ces mesures nationales, les prévisions de l'établissement sont élaborées à partir des comptes anticipés. Ces comptes anticipés, dit relevés infra-annuels (RIA), sont réalisés deux fois par an. Le premier représente la situation prévisionnelle telle qu'arrêtée au 30 septembre de l'année et est envoyé à l'ARS le 15 novembre au plus tard. Le deuxième RIA (dit RIA2) est arrêté au 31 décembre et envoyé au plus tard le 15 février de l'année suivante, au terme de la journée complémentaire. Ces prévisions intègrent également les financements des créations de nouvelles activités.

Comparée aux comptes financiers définitifs, la situation du RIA1 présente une marge d'erreur assez importante selon les exercices, notamment concernant le résultat. Cela influence la trajectoire financière projetée et le financement des investissements (cf. annexe 1, tableau 35).

Les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP)

Ces écarts entre prévisions et réalisations ont un impact sur la prévision pluriannuelle à 10 ans du PGFP, éloignée des réalités de l'établissement. Il est extrêmement délicat de prévoir des évolutions de dépenses de fonctionnement à 10 ans dans des secteurs aussi mouvants que celui de la santé. Sauf demande expresse de l'autorité de tarification ou obligation réglementaire (dans le cas d'un emprunt obligataire notamment), il n'est pas utile de développer des prévisions jusqu'en 2046 comme dans le PGFP de 2016 ou jusqu'en 2049 pour le PGFP de 2021.

L'évolution des charges courantes sur la période 2016-2019 est de 2,6 % et celle des produits courants de 2,7 %. Le PGFP réalisé en 2020 prévoit une baisse moyenne des charges et des produits pour la période 2021-2025 de respectivement 1,7 % et 1,5 %, en contradiction avec l'exécution des EPRD des années précédentes, alors qu'aucun évènement prévisible n'annonce ces baisses chiffrées par l'établissement.

Le PGFP réalisé en 2021 envisage une évolution moyenne des charges courantes nettes de crédits de + 0,6 %, alors que les réalisations sont plus proches de + 2 %.

La marge brute optimiste évaluée à 50 M€ en 2020 est en réalité inférieure de 10 M€. En 2021, la marge a été évaluée de façon plus proche de la réalité dans le PGFP (cf. annexe 1, tableau 36).

À titre d'exemple, s'agissant de la qualité des prévisions, l'évolution des charges de personnel du titre 1 du PGFP par rapport au réalisé constaté aux comptes financiers a été comparée (cf. annexe 1, tableau 37). Or, l'évolution réelle de la masse salariale d'une année à l'autre est de 1,5 à 7,9 % selon les années (dont 2020), alors que les prévisions d'évolution du PGFP se situent entre - 0,4 % et + 0,6 %. L'évolution moyenne de ces charges hors année 2020 chaque année est en réalité de + 2,2 %.

La qualité des prévisions est donc à améliorer pour renforcer l'efficience et l'efficacité des documents prévisionnels.

Ainsi, les hypothèses de PGFP 2020 ou 2021 élaborées à partir du compte anticipé 2019 ou 2020 sont construites sur des bases non réalistes influençant les perspectives de financement de l'investissement.

La chambre a retraité les données du PGFP 2021 en appliquant une hausse moyenne de 2,2 % des seules charges de personnel de l'établissement comme cela est constaté sur la période 2016-2019, sachant que ces dépenses de personnel constituent 65 % des charges courantes. Les produits de l'activité ont été évalués avec une hausse de 1 % par an à partir de 2021. Un effondrement de la marge brute est ainsi constaté, laquelle s'établirait à 7,6 M€ en 2026.

Les ordonnatrices précisent que 85 % de la hausse de 24 M€ des charges de personnels en 2020 est dû à la gestion de la crise Covid-19 (16 M€) et aux conséquences des revalorisations du Ségur de la santé (4,3 M€).

Tableau 8 : Le PGFP 2021 du CHU et PGFP retraité

En M€	2021	2022	2023	2024	2025	2026
PREVISIONS DU PGFP 2021 DU CHU						
Produits courants	597,23	599,92	602,73	605,70	603,34	599,77
Charges courantes	566,46	554,79	559,18	560,95	561,23	562,51
<i>Marge brute</i>	30,77	45,13	43,54	44,75	42,11	37,26
CALCUL DE LA CHAMBRE						
Produits courants avec hausse de 1 % des produits d'activité par an	597,23	600,99	604,79	608,63	612,51	616,42
Charges courantes avec hausse de 2,2 % des dépenses de personnel par an	566,46	574,56	582,84	591,30	599,94	608,78
<i>Marge brute</i>	30,77	26,44	21,96	17,33	12,56	7,64

Source : PGFP 2021 retraité CRC Grand Est

Les approbations de l'ARS

À l'exception du PGFP de 2016, les EPRD et PGFP ont été approuvés par l'ARS conformément au CSP. Les approbations ont lieu entre mars et juillet (pour l'année 2020). En 2016 et 2018, l'approbation a été notifiée en mai, ce qui est tardif pour mettre en place des mesures correctives à une trajectoire financière amorcée dès janvier, le cas échéant.

Hormis l'EPRD et le PGFP 2021, tous les documents ont été approuvés par l'ARS sans demande de correction. L'EPRD de 2021 a fait l'objet d'une correction portant sur les ajustements de dépenses et recettes validée par l'ARS.

Recommandation n° 4 : Améliorer l'analyse rétrospective des comptes financiers de sorte à établir des projections budgétaires dans le plan global de financement pluriannuel en adéquation avec les perspectives de l'établissement.

7.1.2 Les recettes d'exploitation du budget H

Cf. annexe 1, tableau 38.

7.1.2.1 Les recettes de l'activité

Les produits des séjours hospitaliers

Les produits des séjours hospitaliers s'élèvent à 247 M€ en 2016 et s'établissent à 278 M€ en 2020 soit une variation moyenne annuelle de 3 %, et une évolution de 9,6 % entre 2016 et 2019 et de 12,5 % entre 2016 et 2020.

Les produits de l'activité hospitalière versés par l'assurance maladie sont en hausse régulière depuis 2016 passant de 198,3 M€ à 218 M€ en 2020, soit + 10 %, ou 2,4 % en moyenne par an. L'évolution entre 2016 et 2017 est de 4,5 %. Cette évolution est portée par les produits des activités de pneumologie (+ 5 M€), de cardio-vasculaire (+ 3 M€) et de digestif (+ 1 M€).

Les produits des séjours hospitaliers progressent plus rapidement que l'activité sous l'effet de l'amélioration du codage à partir de 2017, le CHU ayant eu recours à une société d'optimisation. Ainsi, sous l'impulsion du DIM, les séjours de niveau plus sévère ont progressé de 4,6 % entre 2016 et 2017.

À cela s'ajoute un changement de méthode de comptabilisation des séjours, le Conseil d'État ayant déclaré illégal l'arrêté MCO impliquant une différence de traitement entre établissements de santé de statut juridique privé ou public, lors des contrôles de l'assurance maladie. Ainsi, à partir de la campagne tarifaire 2016, les EPS ont pu appliquer les mêmes règles que les établissements privés en facturant autant de séjours que de passages successifs dans des entités géographiques distinctes, en lieu et place de l'entité juridique.

Le CHU de Reims a procédé de cette façon à partir de 2017, ce qui a également contribué à améliorer ses recettes de 7 % entre 2016 et 2017 alors même que l'activité en nombre de séjours est restée relativement stable.

Les remboursements de molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux implantables (DMI) progressent passant de 30 M€ à 44,2 M€ soit + 47 % entre 2016 et 2020.

Les produits de l'hospitalisation complète et incomplète facturés aux patients ou aux mutuelles passent de 18,7 M€ en 2016 à 17 M€ en 2019 et à 15,6 M€ en 2020 compensés par une hausse de la part facturée par l'assurance maladie.

Les produits des actes et consultations externes (ACE)

Ces produits s'élèvent 41 M€ en 2020 (33,5 M€ en 2016), soit une variation moyenne annuelle de + 5,2 %, une évolution de 28,4 % entre 2016 et 2019, de 22,5 % entre 2016 et 2020. Ils baissent de 4,6 % entre 2019 et 2020. La hausse des produits sur la période est portée par les forfaits liés à des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique.

Les produits des ACE versés par l'assurance maladie sont les produits qui progressent le plus (variation moyenne annuelle de 7,6 %) comparés aux forfaits urgence, petit matériel, sécurité et environnement hospitaliers etc. qui évoluent moins fortement. Cette augmentation est consécutive à une forte hausse de l'activité externe de l'établissement sur la période.

La hausse de 31 % des produits des ACE facturés aux patients en ambulatoire entre 2018 et 2019 est liée en partie à la hausse des tarifs des ACE et à des majorations de tarifs à compter du 1^{er} juillet 2019.

Les produits facturés aux patients en matière ambulatoire sont en forte baisse en 2020 par rapport à 2016 (- 21,5 %) et surtout 2019 (- 34,8 %) en raison de l'arrêt de ces activités lors de la crise Covid-19 et le quasi arrêt de certains blocs opératoires.

Le financement de l'activité hospitalière par des dotations et forfaits

Ces financements évoluent en moyenne annuelle de 8,1 % et s'élèvent à 128,8 M€ en 2016, 131,8 M€ en 2019 et 175,7 M€ en 2020. La hausse substantielle de ces produits entre 2019 et 2020 s'explique par des aides à la contractualisation versées par l'ARS de l'ordre de 24,8 M€ au titre des surcoûts liés au Covid-19.

7.1.2.2 Les recettes annexes et autres produits de gestion

Les recettes annexes de l'activité

Les recettes annexes à l'activité, c'est-à-dire celles correspondant à des refacturations, progressent passant de 35,2 M€ en 2016 à 36,9 M€ en 2019 (soit + 1,5 % en moyenne par an) avant d'amorcer une baisse en 2020 de 2,9 M€.

Cette perte de recettes s'explique essentiellement par l'absence de facturation de certaines chambres individuelles en 2020 puisque la gestion de l'épidémie et de la prévention du risque nosocomial exigeait que les patients soient isolés dans des chambres individuelles. Dans cette condition, relevant d'une prescription médicale, la facturation du régime particulier n'est pas possible.

En 2018, le transfert de l'activité de psychiatrie à l'EPSMM a conduit à la mise à disposition du personnel affecté à cette activité pour un montant de 5,42 M€. Le personnel ayant intégralement muté en 2019, cette recette ne se reproduit pas sur les exercices suivants.

Les autres produits de gestion

Ces produits augmentent sur la période 2016-2019 (de 14,5 M€ à 16,1 M€) et baissent en 2020 passant à 15,6 M€ soit -3,6 % entre ces deux années.

Les recettes liées aux redevances pour activité libérale et pour co-utilisation de l'IRM et des autres équipements lourds avec l'Institut Godinot sont en forte hausse entre 2016 et 2019. L'année 2020 marque un coup d'arrêt de ces recettes avec la forte diminution de l'activité.

7.1.3 Les charges de gestion du budget H.

Cf. annexe 1, tableau 39 à tableau 41.

7.1.3.1 Les dépenses de personnel

Les charges totales de personnel déduction faite des remboursements sur rémunération et cotisations s'élèvent à 275 M€ en 2016 et 321,5 M€ en 2020 soit une variation moyenne annuelle de 3,7 %.

Les dépenses de PM évoluent plus fortement que celles du PNM. Ainsi, sur la période, elles passent de 67,3 M€ à 83,7 M€, soit une évolution moyenne annuelle de 5,8 %, sachant que l'évolution entre 2019 et 2020 est de 9,4 %.

Le PM (hors internes et étudiants) représente 10,8 % des effectifs en 2016, 11,3 % en 2019 et 11,4 % en 2020.

Hors permanence des soins, la rémunération des praticiens contractuels, contractuels sous renouvellement, praticiens associés, et internes représente entre 50 et 57 % de la rémunération du personnel médical. L'organisation médicale de l'établissement repose essentiellement sur les praticiens contractuels et internes, les praticiens hospitaliers représentant entre 284,5 et 271,6 ETPR sur 1 907 à 2 010 ETPR médicaux.

La rémunération de la permanence des soins est stable sur la période 2016-2019 mais évolue en montant de 19,5 % entre 2019 et 2020, portée essentiellement par les indemnités versées aux étudiants. Le nombre de demi-journées de temps de travail additionnel (TTA) augmente de 1 500 (cf. tableau 40 annexe 1).

Les dépenses de personnel non médical, qui représentent entre 73 et 75 % des charges de personnel brut (hors déduction des remboursements de rémunération et de cotisations), passent de 208,7 M€ à 234,6 M€, soit une évolution moyenne annuelle de 3 %, moins forte que celle du personnel médical. L'évolution entre 2016 et 2019 est de 2,9 % et est de 9,3 % entre 2019 et 2020, sous l'effet de la crise Covid-19.

La rémunération du personnel contractuel sous CDI et CDD représente entre 10 et 13,5 % de la rémunération brute du personnel non médical. Il est à noter que la rémunération des heures supplémentaires (indemnités horaires et forfaitaires) du personnel non médical passe de 109 600 € en 2016 à 339 191 € en 2019 et 1,6 M€ en 2020 soit un montant multiplié par cinq entre 2019 et 2020.

Les dépenses de personnel extérieur passent d'1 M€ à 2 M€ entre 2016 et 2019 et 2,3 M€ en 2020 soit un doublement de ces charges en quatre ans. L'évolution entre 2019 et 2020 est de 14,1 %. L'établissement recourt à l'intérim médical depuis 2015 principalement pour le personnel médical et notamment les postes d'anesthésistes. À partir de 2019, l'établissement

recrute également en intérim des personnels non médicaux, principalement des IBODE et IADE.

7.1.3.2 Les charges médicales

De 110,6 M€ en 2016, elles passent à 132,6 M€ en 2020 soit une variation moyenne annuelle de 4,6 % et une évolution de 9,4 % de 2016 à 2019, 19,9 % de 2016 à 2020.

Les principales évolutions entre 2016 et 2019 portent sur les charges relatives aux molécules onéreuses, en partie compensée par une hausse de recettes, et à la maintenance des équipements médicaux. Comme sur quasiment tous les postes de dépenses, un ressaut est constaté entre 2019 et 2020 puisque la hausse entre ces deux années est de 9,6 %.

Les postes de dépenses médicales les plus touchés par la crise Covid-19 sont ceux d'achats de produits pharmaceutiques (+ 8,1 % entre 2019 et 2020 après une baisse constatée de 1,6 % entre 2016 et 2019), de la sous-traitance en matière de laboratoires puisque ces dépenses augmentent de 28,3 % entre 2019 et 2020 même si ces dépenses se sont accrues fortement et de façon continue entre 2016 et 2019. En 2019, le CHU est devenu le siège du centre régional de dépistage néonatal, entraînant des dépenses de biologie supplémentaires.

7.1.3.3 Les charges générales et hôtelières

Ces charges s'élèvent à 37,8 M€ en 2016 et atteignent 43,2 M€ en 2020, soit une évolution de 14,3 %. La variation moyenne est de 3,4 %. La hausse entre 2019 et 2020 de ces dépenses est de 5,7 %.

Certaines dépenses hôtelières sont en baisse entre 2019 et 2020 comme celles d'alimentation ou celles d'achats hôteliers non stockés. À l'inverse, les produits d'entretien et fournitures hôtelières stockées sont en hausse sous l'effet notamment des protocoles sanitaires liés à la crise du Covid-19.

Entre 2019 et 2020, la participation aux dépenses du GHT est multipliée par deux en raison de la montée en charge de la mutualisation des systèmes d'information.

7.2 Les comptes de résultat analytique

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les EPS ont l'obligation de tenir une comptabilité analytique de leurs activités aux termes de l'article R. 6145-7 du CSP.

De comptes de résultat et d'exploitation analytique (CRéA) jusqu'en 2017, l'établissement a modifié sa méthode de présentation en 2018 en élaborant des comptes de résultat simplifiés (CRéS). Ils individualisent par pôle les charges directes et semi-directes des charges indirectes. Ce recentrage sur le pilotage clinique et médical a pour objectif de permettre au responsable de pôle de connaître avec précision les charges sur lesquelles il dispose de leviers d'action pour agir.

La marge de chaque pôle, calculée par différence des recettes et des charges directes et semi-directes, est ainsi destinée à couvrir les charges indirectes portées par les autres pôles et services « support » en matière de logistique, de structure et d'administration. En 2018 et 2019, les marges des pôles cliniques et médico-techniques, soit 91 M€ et 89 M€ couvraient le volume total des charges indirectes s'élevant respectivement à 81 M€ et 77 M€.

Ces comptes font l'objet de dialogues de gestion entre la direction et les pôles, et d'analyses au sein de ces derniers.

La mise en place récente des CRÉS doit permettre de mieux prendre en compte la perception des charges collectives des pôles « support », largement déficitaires, au regard des pôles cliniques qui présentent tous en 2019 des résultats excédentaires. En octobre 2021, l'établissement n'a pas encore produit les CRÉS de l'exercice 2020.

7.3 Les résultats d'exploitation

Le résultat de l'établissement, budgets consolidés, est positif. Il varie de 44,1 M€ à 49,6 M€ de 2016 à 2020. Sous l'effet des dotations de compensations de l'activité versées lors de la crise sanitaire, malgré la baisse de l'activité, le résultat d'exploitation est demeuré positif en 2020.

Tableau 9 : Résultats d'exploitation des principaux budgets du CHU

En €	2016	2017	2018	2019	2020
Budgets consolidés	44 126 242	49 049 927	50 448 241	48 450 338	49 565 542
dont Budget H	39 235 583	44 194 251	46 089 730	45 277 627	46 053 012
dont Budget E	3 225 330	2 956 498	2 922 128	2 397 864	2 867 449
dont Budget B	756 394	1 112 063	479 910	381 617	308 145

Source : Comptes financiers

7.4 Les soldes intermédiaires de gestion (SIG) et analyse bilancielle

7.4.1 L'évolution bilancielle et du recours à la dette

Les apports du bilan consolidé de l'établissement de l'ordre de 68 M€ sont stables sur la période alors que des excédents affectés à l'investissement augmentent de 13,2 M€ entre 2016 et 2020 en lien avec l'anticipation du financement du plan d'investissement important du CHU et surtout du nouvel hôpital. Ainsi, les immobilisations brutes retracées au bilan passent de 625,9 M€ à 772,1 M€ soit + 146,2 M€.

Malgré cet accroissement des immobilisations, l'encours de dette de 105,4 M€ en 2016 s'établit à 71,4 M€ en 2020, traduisant un désendettement de 33,4 M€, ce qui permettra à l'établissement d'emprunter pour financer les trois phases de la construction du nouvel hôpital.

L'encours de dette est composé de 18 contrats classés A1 selon l'échelle de risques de la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales. Le dernier emprunt obligataire d'un montant de 3 M€ subsistant dans cet encours a été remboursé en 2020. Le CHU a contracté trois emprunts au cours de la période l'un de 20 M€ en 2019, le deuxième de 10 M€ en 2020 et le troisième de 20 M€ en 2021. La dette n'appelle pas d'observation.

7.4.2 Marge brute et capacité d'autofinancement

Cf. annexe 1, tableau 42.

La marge brute consolidée dégagée par l'établissement, hors retraitement, est supérieure à 8 %. La situation est différente selon les budgets, celui de l'EHPAD et l'USLD étant inférieur à ce seuil à compter de 2019 pour le premier et de 2018 pour le second.

Elle s'est légèrement redressée au cours de la période et augure de la capacité de l'établissement à financer ses investissements futurs.

Les aides exceptionnelles attribuées par l'ARS au CHU sont peu nombreuses et non récurrentes d'une année sur l'autre. Seules deux aides exceptionnelles pour le fonctionnement de l'USLD de respectivement 119 000 et 110 000 € ont été versées en 2017 et 2018.

Toutes les autres aides ont été versées au CHU à titre principal en prévision de la construction du nouvel hôpital, et des surcoûts générés par son financement.

Retraité de ces aides, le taux de marge de l'établissement est en deçà des 8 %. Un taux de marge inférieur à 5 % est considéré comme insuffisant et nécessite que l'établissement améliore ses recettes pour faire face au financement de ses investissements actuels et futurs.

La capacité d'autofinancement brute couvre le remboursement du capital de la dette, et a permis de financer le plan pluriannuel d'investissement de l'établissement (cf. annexe 1, tableau 43).

7.4.3 Les ratios comptables de trésorerie

Cf. annexe 1, tableau 44.

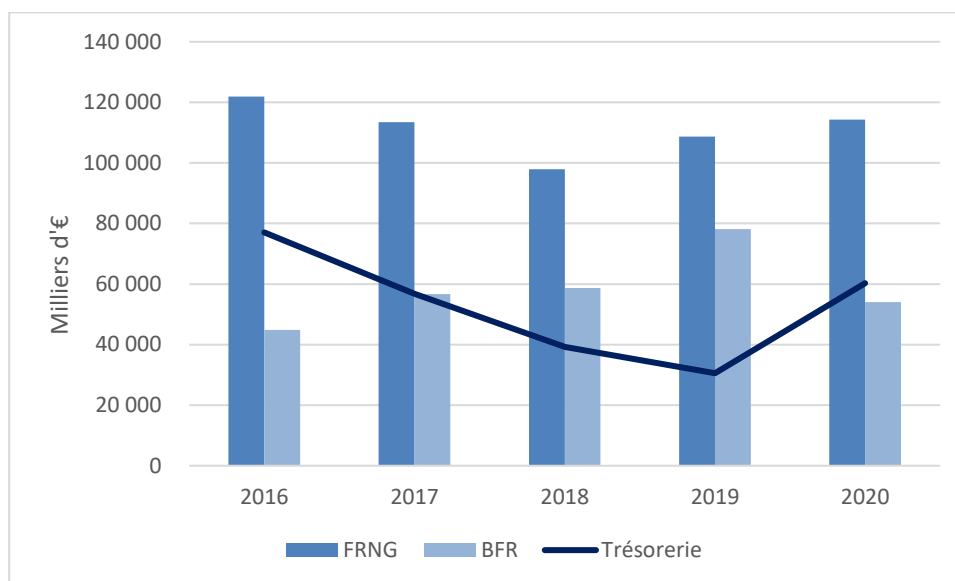
Le fonds de roulement net global (FRNG) est la différence entre les ressources et emplois stables de tous les budgets de l'établissement. Comme vu précédemment lors de l'analyse bilancielle, cette situation est liée à l'importance des apports et des provisions réglementées constituées en prévision du financement du nouvel hôpital en cours de construction.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) représente la différence entre l'actif circulant et le passif circulant, du fait du décalage dans le temps entre l'encaissement des recettes de l'activité et le paiement des fournisseurs. Celui du CHU de Reims est positif sur toute la période traduisant un niveau de créances supérieur à celui des dettes d'exploitation malgré les problèmes de codage rencontrés en 2019 ou les retards dans la facturation des consultations externes. Il est largement couvert par le FRNG.

La trésorerie positive sur toute la période baisse régulièrement pour s'établir à 22 jours de charges courantes en 2019 soit un niveau faible devant conduire l'établissement à améliorer le recouvrement de ses recettes.

La trésorerie à nouveau de 40 jours de charges courantes au cours de l'exercice 2020 témoigne de la nécessité pour l'établissement de mettre en œuvre un suivi de celle-ci, de la coupler à sa stratégie de mobilisation de dette, d'autant que son programme d'investissement conséquent aboutira à l'augmentation de son encours de dette.

Figure 3 : Évolution des ratios comptables de trésorerie



Source : Comptes financiers

En 2021, l'établissement s'est doté de tableaux de suivi quotidien du compte 515, et s'est fixé un objectif de 20 M€ de trésorerie. À compter du 2^{ème} semestre 2021, un logiciel de suivi de trésorerie et les conseils d'un prestataire doivent compléter les outils, en vue d'un pilotage de la trésorerie.

L'établissement établira ainsi un plan prévisionnel de trésorerie et pilotera le cycle dépenses pour un paiement à bonne date des fournisseurs et le cycle recettes avec l'amélioration de l'exhaustivité du codage.

7.4.4 Le financement de l'investissement

Cf. annexe 1, tableau 45 et tableau 46.

Au cours de la période 2016-2020, l'établissement a financé 284,9 M€ de dépenses d'investissement comprenant des immobilisations d'une part (204 M€) et le remboursement de sa dette (77,6 M€) d'autre part. C'est principalement grâce à la capacité d'autofinancement dégagée par l'excédent d'exploitation que ces dépenses ont été financées à 71 %.

Les subventions d'investissement reçues et cessions d'immobilisations participent à hauteur de 8 % à ce financement et la dette nouvelle contractée à hauteur de 10 %. En 2017, une dotation de 15 M€ enregistrée à tort en complément de dotation de l'État (compte 1022) a été transférée en crédit du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, compte 10282). De fait, les apports, dotations et réserves de l'établissement sont stables. Cette écriture fausse la lecture du financement des investissements de l'établissement de cette période.

En 2019, le remboursement de l'emprunt *in fine* de 10 M€ souscrit en 2010 s'est fait concomitamment à la souscription d'un nouvel emprunt de 20 M€ destiné, selon les ordonnatrices, à financer le nouvel hôpital, alors que les travaux n'ont réellement débuté qu'en 2020. Sur la période l'établissement a contracté un total 50 M€ d'emprunts nouveaux pour financer ses projets d'investissement jusqu'en 2021.

Le financement de la construction du nouvel hôpital et la poursuite du plan pluriannuel d'investissement vont nécessiter que le CHU mobilise des emprunts à hauteur de 365 M€ et un autofinancement de 221 M€.

L'examen des prévisions du PGFP 2021 comme évoqué précédemment est très optimiste en estimant une stabilité des dépenses de personnel et de fonctionnement de l'établissement.

Les simulations réalisées sont nettement moins optimistes puisque la hausse des charges de personnel de seulement 2,2 % et de 1 % des produits de l'activité conduirait l'établissement à une CAF nette négative dès 2024.

Tableau 10 : Le financement prévisionnel de l'investissement

En M€	2021	2022	2023	2024	2025	2026
PREVISIONS DU PGFP 2021 DU CHU						
Résultat net consolidé	- 8,35	2,48	1,24	- 1,88	2,22	2,94
+ Amortissements (68)	43,65	42,26	41,23	52,43	46,48	41,05
- Reprises sur provisions (78)	2,52	0,77	1,61	7,17	7,65	7,62
+ VNC (675)	1,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Produits des cessions (775)	3,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Quote part des subventions (777)	1,14	1,11	1,11	2,03	2,11	2,11
CAF brute	29,78	42,87	39,75	41,34	38,94	34,27
Remboursement du capital de la dette (164 et 163)	14,62	13,70	17,75	14,42	11,88	10,55
CAF nette	15,15	29,17	22,00	26,92	27,06	23,72
CALCULS DE LA CHAMBRE						
Résultat net consolidé	- 8,35	- 16,21	- 20,34	- 29,30	- 27,32	- 26,67
+ Amortissements (68)	43,65	42,26	41,23	52,43	46,48	41,05
- Reprises sur provisions (78)	2,52	0,77	1,61	7,17	7,65	7,62
+ VNC (675)	1,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Produits des cessions (775)	3,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Quote part des subventions (777)	1,14	1,11	1,11	2,03	2,11	2,11
CAF brute	29,78	24,18	18,16	13,93	9,40	4,65
Remboursement du capital de la dette (164 et 163)	14,62	13,70	17,75	14,42	11,88	10,55
CAF nette	15,15	10,48	0,42	- 0,49	- 2,49	- 5,90

Source : PGFP 2021 du CHU et retraitement de la CRC

Les objectifs du PGFP 2021 ne seront réalisables que si l'établissement se dote, d'une part d'une stratégie de dette solide, couplée à la gestion de trésorerie et, d'autre part, réussit à maîtriser ses dépenses et à accroître ses recettes courantes.

L'établissement dispose d'un plan pluriannuel d'investissements (PPI) permettant de chiffrer les besoins futurs. Ce plan est décliné par exercice et service. L'absence de PPE comme évoqué précédemment ne permet pas toutefois d'appréhender les besoins d'investissement futurs de l'établissement dans leur globalité.

ANNEXE 1 : Tableaux et figures

Tableau 1 : Les engagements envers la communauté hospitalière

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Intéressement des pôles	3,10	3,20	3,29	3,65	4,21
Engagements internes relatifs à la recherche	2,65	2,30	1,99	1,85	1,73
<i>dont financement de 3 pôles hospitalo-universitaires</i>	<i>1,10</i>	<i>0,80</i>	<i>0,53</i>	<i>0,43</i>	<i>/</i>
<i>dont financement d'appels d'offre locaux</i>	<i>0,24</i>	<i>1,50</i>	<i>1,46</i>	<i>1,42</i>	<i>/</i>
Plan pluriannuel de prévention du risque psychosocial	0,49	0,43	0,36	0,30	0,30
Soutien institutionnel à l'accréditation des laboratoires	0,28	0,80	0,81	0,76	0,76
Engagements dans le cadre des états généraux de la chirurgie - instrumentation des blocs : audit et réassort	0,30	0,30	0,55	1,00	0,75
Enveloppe dédiée mise en œuvre stratégie du directoire	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30
Engagement interne relatif à l'amélioration de la signalétique au sein du CHU	/	0,40	0,39	0,39	0,39
Engagement déménagement de la biologie	/	/	0,40	0,20	/
Engagement interne dispositifs médicaux pour pharmacie	/	/	0,20	0,20	0,20
Engagement interne relatifs au déménagement des archives du laboratoire	/	/	/	/	0,10
Total	7,11	7,73	8,30	8,66	8,75

Source : Rapports d'exécution du CHU de Reims

Tableau 2 : Le plan d'action achat territorial (PAAT) - Gains pour le CHU de Reims

En € TTC	Montant de référence annuel	Gains notifiés base 12 mois	% montant de référence	% gains notifiés / total	% gains / montant réf établissement
Année 2019					
CHU Reims	24 667 480	2 081 454	52,1	52,6	8,4
TOTAL	47 378 713	3 954 506	100,0	100,0	8,3
Année 2020					
CHU Reims	49 210 771	2 273 653	79,0	70,9	4,6
TOTAL	62 271 130	3 207 025	100,0	100,0	5,2

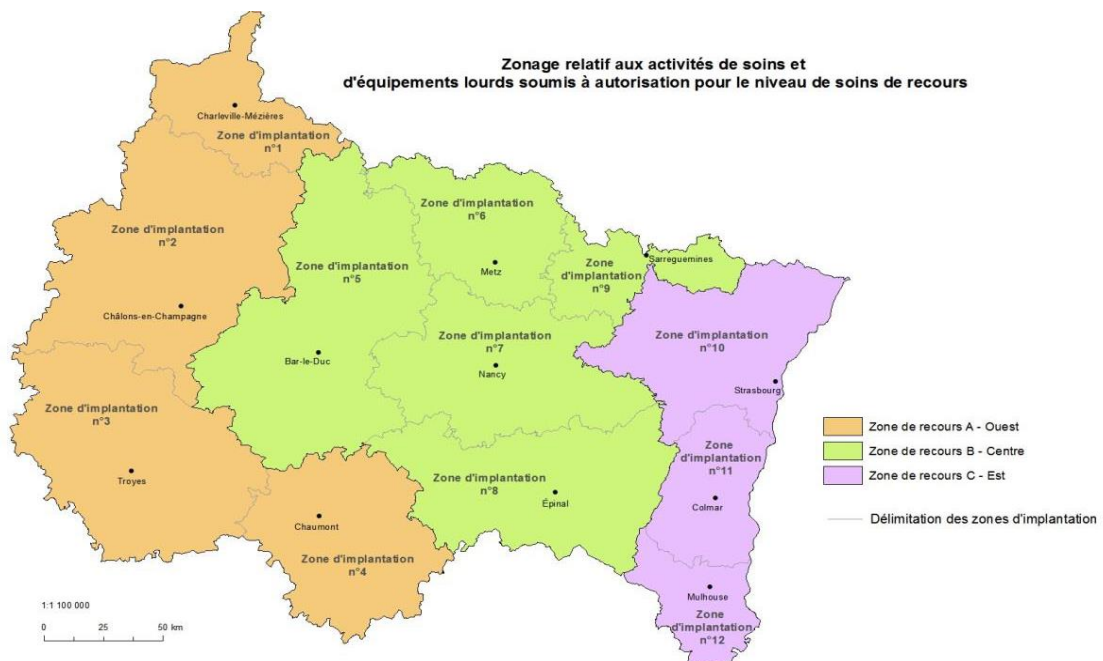
Source : CHU de Reims

Figure 1 : Le zonage relatif aux activités de soins et d'équipements lourds soumis à autorisation pour le niveau de soins de recours



Source : *Projet régional de Santé ARS Grand Est 2018-2028*

Figure 2 : Le zonage relatif aux activités de soins et d'équipements lourds soumis à autorisation pour le niveau de soins de recours



Source : *Projet régional de Santé ARS Grand Est 2018-2028*

Tableau 3 : Les parts de marché sur la zone d'attractivité entre 2016 et 2020

En %	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution en % nombre séjours 2016-19	Évolution en % nombre séjours 2016-20
Part de marché en médecine (hors séances)	13	13,2	13,6	13,4	13,7	+ 1,3	- 7,5
Part de marché en chirurgie	8,9	9,1	9,7	10,6	10,8	+ 15,4	- 1,8
Part de marché en obstétrique	9,4	9,9	10,6	11,5	11,2	+ 12,8	+ 4,3

Source : Scan santé retraité CRC Grand Est

Tableau 4 : L'activité en hospitalisation complète (HC)

	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016/19	Évol 2016/20
Nombre de RSA de médecine (HC)	28 484	29 353	29 611	30 540	27 788	7,2 %	- 2,4 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	12 077	12 056	12 180	12 972	11 355	7,4 %	- 6,0 %
<i>Dont provenance urgences</i>	2 996	2 915	2 911	3 382	2 835	12,9 %	- 5,4 %
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	2 388	2 401	2 451	2 821	2 620	18,1 %	9,7 %
Nombre d'accouchements	1 756	1 732	1 784	2 147	2 041	22,3 %	16,2 %
Nombre d'ATU	66 629	69 307	72 527	73 606	54 703	10,5 %	- 17,9 %

Source : CHU de Reims retraité CRC Grand Est

Tableau 5 : Les actes externes cliniques (consultations) et techniques (actes CPAM)

Données d'activité externe facturée dans le fichier Actes et consultations externes ACE (en nombre)	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016/19
Activité externe du personnel médical	394 461	384 598	416 336	439 960	354 609	11,5 %
- dont actes techniques bucco- dentaires	18 842	15 584	21 571	22 231	13 567	18,0 %
Activité externe des sages-femmes	8 668	8 876	10 399	13 729	11 032	58,4 %
Activité externe du personnel non médical	65 672	67 924	68 448	83 175	52 191	26,7 %
Total	487 643	476 982	516 754	559 095	431 399	14,7 %

Source : CHU de Reims

Tableau 6 : Le taux d'occupation/utilisation des lits 2016-2020 (base lits installés)

En %	2016	2017	2018	2019	2020
médecine (hors ambulatoire)	75,4	74,9	76,7	78,7	70,9
chirurgie (hors ambulatoire)	84,2	92,3	93,3	92,7	94,0
obstétrique (hors ambulatoire)	67,6	64,8	71,8	76,3	63,9

Source : Hospidiag

Tableau 7 : Le taux occupation/utilisation des lits 2016-2020 (lits installés, fermetures temporaires déduites)

En %	2016	2017	2018	2019	2020
médecine (hors ambulatoire)	85,7	87,0	87,4	90,6	83,1
chirurgie (hors ambulatoire)	76,3	81,2	81,8	83,8	79,8
obstétrique (hors ambulatoire)	81,7	67,0	85,0	88,4	74,5
Taux global annuel	82,6	88,1	89,4	91,4	85,1

Source : CHU de Reims

Tableau 8 : Le taux d'ouverture et d'utilisation des blocs entre 2016 et 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux d'ouverture de salle de bloc*	74 %	66 %	66 %	73 %	57 %
Taux annuel moyen d'utilisation des bloc / TVO	75 %	79 %	80 %	83 %	81 %
% de chirurgie non programmée (Nb d'interventions non programmées / Nb d'interventions totales)	15 %	20 %	21 %	22 %	26 %
% de chirurgie programmée (Nb d'interventions programmées / Nb d'interventions totales)	85 %	80 %	79 %	78 %	74 %

Source : CHU de Reims retraité CRC Grand Est

Tableau 9 : L'évolution des IP-DMS du CHU Reims entre 2016 et 2020

	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/20
Médecine	1,06	1,02	1,04	1,05	1,03	- 2,83 %
Chirurgie	1,07	1,01	1	1,01	1,01	- 5,61 %
Obstétrique	1,12	1,09	1,08	1,03	1,02	- 8,93 %

Source : Hospidiag

**Tableau 10 : La mesure de l'intensité de la concurrence sur le territoire de recrutement³⁵ du CHU
entre 2016 et 2020**

PdM en %	Secteur	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	Public	74,9	75,4	74,8	74,2	72,6
	Privé lucratif	21,2	21	20,4	20,4	21
	Privé non lucratif	3,9	3,6	4,8	5,4	6,4
Chirurgie	Public	45	44,6	43,6	44,2	43,7
	Privé lucratif	50,2	49,3	46,8	44,8	44,7
	Privé non lucratif	4,8	6,1	9,6	11	11,6
Obstétrique	Public	77	79,7	79,2	81,3	80,9
	Privé lucratif	20,3	20,2	19,6	16,4	16,4
	Privé non lucratif	2,7	0,1	1,2	2,3	2,7

Source : Scan Santé retraité CRC Grand Est

Tableau 11 : Le nombre de séjours par groupe homogène de malades (GHM)

En nombre de séjours	GHM 02C05J Intervention sur le cristallin en ambulatoire			GHM 05C151 Pose d'un stimulateur cardiaque			GHM 06K02Z Endoscopies digestives (< 2 jours)			GHM 06K04J Endoscopies digestives (ambulatoire)		
	2016	2019	Évol en %	2016	2019	Évol en %	2016	2019	Évol en %	2016	2019	Évol en %
CHU de Reims	988	1 176	19,0	138	186	34,8	259	278	7,3	570	644	13,0
<i>en % parts de séjours</i>	9,7	10,1	/	28,1	40,0	/	2,8	3,0	/	3,6	4,0	/
Établissements privés de la zone de recrutement des patients du CHU	6 033	6 977	15,6	235	176	- 25,1	5 738	5 546	- 3,3	8 652	9 083	5,0
<i>en % parts de séjours</i>	59,4	60,1	/	47,9	37,8	/	61,9	60,2	/	55,3	55,8	/
Organismes privés à but non lucratif (GCS Ardenne)	1 024	1 507	47,2	5	/	- 100,0	554	482	- 13,0	2 652	2 695	1,6
<i>en % parts de séjours</i>	10,1	13,0	/	1,0	/	/	6,0	5,2	/	17,0	16,5	/
Établissements publics territoire du GHT 2 Marne Sud Ardenne	658	804	22,2	1	4	300,0	1 277	1 566	22,6	1 268	1 361	7,3
<i>en % parts de séjours</i>	6,5	6,9	/	0,2	0,9	/	13,7	17,0	/	8,1	8,4	/
Établissements publics territoire du GHT 1 Nord Ardenne	/	/	/	24	21	- 12,5	586	509	- 13,1	938	1 038	10,7
<i>en % parts de séjours</i>	/	/	/	4,9	4,5	/	6,3	5,6	/	6,0	6,4	/
Établissements publics territoire du GHT 5 Cœur Grand Est	33	/	/	/	/	/	178	/	/	482	/	/
<i>en % parts de séjours</i>	0,3	/	/	/	/	/	1,9	/	/	3,1	/	/
Établissements publics territoires de GHT des Hauts de France	1 420	1 142	- 19,6	88	78	- 11,4	657	787	19,8	999	1 409	41,0
<i>en % parts de séjours</i>	14,0	9,9	/	17,9	16,8	/	7,1	8,6	/	6,4	8,7	/
Institut Godinot	/	/	/	/	/	/	26	41	57,7	72	40	- 44,4
<i>en % parts de séjours</i>	/	/	/	/	/	/	0,3	0,4	/	0,5	0,2	/
Total	10 156	11 606	14,3	491	465	- 5,3	9 275	9 209	- 0,7	15 633	16 270	4,1

Source : Scansanté retraité CRC Grand Est

³⁵ Territoires 21S0000001 – Nord Champagne ; 21S0000002 – Sud Champagne ; 31S0000001 – Aisne (années 2016 et 2017 territoires 22S0000002 – Aisne Nord et 22S0000003 – Aisne Sud)

Tableau 12 : L'évolution du nombre total d'actes d'endoscopies

Nombre d'actes d'endoscopies réalisés en séjour	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 16-19	Évol 16-20
CHU Reims	5 446	5 160	5 642	5 841	4 891	7,3 %	- 10,2%
<i>Dont endoscopies digestives</i>	<i>2 908</i>	<i>2 739</i>	<i>3 023</i>	<i>2 968</i>	<i>2 486</i>	<i>2,1 %</i>	<i>0,7 %</i>
Principaux concurrents privés (Reims, Épernay et Soissons)	22 815	22 125	22 222	22 397	20 101	- 1,8 %	- 11,9 %
<i>Principal concurrent privé (3 étab rémois)</i>	<i>18 244</i>	<i>18 374</i>	<i>18 242</i>	<i>18 582</i>	<i>16 830</i>	<i>1,9 %</i>	<i>- 7,8 %</i>

Source : Hospidag indicateur CI-A14 - Nombre d'actes d'endoscopies

Tableau 13 : L'évolution du chiffre d'affaires des GHM entre 2016 et 2020 (en €)

GHM	Intitulé	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 16-19	Evol 16-20
02C05J	Interventions sur le cristallin en ambulatoire (en €)	1 252 167	1 446 815	1 290 906	1 469 454	1 186 911	17,4 %	- 5,2 %
	<i>Nombre d'actes</i>	<i>988</i>	<i>1 152</i>	<i>1 033</i>	<i>1 176</i>	<i>NC</i>	<i>/</i>	
	<i>Tarif à l'acte (en €)</i>	<i>1 267</i>	<i>1 256</i>	<i>1 250</i>	<i>1 250</i>	<i>/</i>	<i>- 1,3 %</i>	
05C151	Pose d'un stimulateur cardiaque (en €)	382 227	424 463	424 378	487 748	466 905	27,6 %	22,1 %
	<i>Nombre d'actes</i>	<i>138</i>	<i>147</i>	<i>156</i>	<i>186</i>	<i>NC</i>	<i>/</i>	
	<i>Tarif à l'acte (en €)</i>	<i>2 770</i>	<i>2 888</i>	<i>2 720</i>	<i>2 622</i>	<i>/</i>	<i>- 5,3 %</i>	
06K02Z	Endoscopies digestives (< 2 jours) (en €)	224 299	219 967	258 243	237 758	182 843	6,0 %	- 18,5 %
	<i>Nombre d'actes</i>	<i>259</i>	<i>256</i>	<i>302</i>	<i>278</i>	<i>NC</i>	<i>/</i>	
	<i>Tarif à l'acte (en €)</i>	<i>866</i>	<i>859</i>	<i>855</i>	<i>855</i>	<i>/</i>	<i>- 1,3 %</i>	
06K04J	Endoscopies digestives (ambulatoire) (en €)	407 777	408 953	454 998	455 143	328 551	11,6 %	- 19,5 %
	<i>Nombre d'actes</i>	<i>570</i>	<i>576</i>	<i>644</i>	<i>644</i>	<i>NC</i>	<i>/</i>	
	<i>Tarif à l'acte (en €)</i>	<i>715</i>	<i>710</i>	<i>707</i>	<i>707</i>	<i>/</i>	<i>- 1,1 %</i>	

Source : CHU de Reims, Scansanté retraité CRC GE et publication ATIH

Tableau 14 : Le nombre de séjours CMU-C par année et GHM

CHU Reims	GHM 02C05J	GHM 05C151	GHM 06K02Z	GHM 06K04J
Année 2016				
CMU	33	1	13	29
Total séjours	987	138	259	570
%	3,3	0,7	5,0	5,1
Année 2017				
CMU	53	2	12	29
Total séjours	1 152	147	256	576
%	4,6	1,4	4,7	5,0
Année 2018				
CMU	25	1	10	36
Total séjours	1 033	156	302	644
%	2,4	0,6	3,3	5,6
Année 2019				
CMU	24	2	4	25
Total séjours	1 176	186	278	644
%	2,0	1,1	1,4	3,9

Source : Scansanté retraité CRC Grand Est

Tableau 15 : Les interventions réalisées à l'aide du robot chirurgical en 2020 et 2021

Secteur	Cible annuelle 2020	Réalisé 2020	% réalisation 2020	Cible annuelle 2021	Réalisé 2021	% réalisation 2021
Digestif	40	19	47,5	50	47	94
Thoracique / ORL	40	21	52,5	50	68	136
Gynécologie	40	3	7,5	50	20	40
Urologie	40	13	32,5	50	58	116
Total CHU	160	56	35	200	193	96,5
Institut Godinot	50	16	32	50	30	60

Source : CHU de Reims retraité CRC Grand Est

Tableau 16 : L'évolution des transferts avec les autres établissements (entrées et sorties CHU)

Établissement	Catégorie	Transferts en entrée	%	Transferts en sortie	%	Transferts totaux	%
Année 2016							
EPS du GHT Champagne	EPS	677	26,8	393	27,7	1 070	27,1
Autres EPS	EPS	1 544	61,1	717	50,6	2 261	57,3
Privé lucratif (établissements Reims)	Privé lucratif	230	9,1	160	11,3	390	9,9
Institut Jean Godinot	CLCC	75	3,0	148	10,4	223	5,7
Total		2 526	100,0	1 418	100,0	3 944	100,0
Année 2019							
EPS du GHT Champagne	EPS	804	28,0	398	27,1	1 202	27,7
Autres EPS	EPS	1 728	60,1	648	44,1	2 376	54,7
Privé lucratif (établissements Reims)	Privé lucratif	253	8,8	238	16,2	491	11,3
Institut Jean Godinot	CLCC	88	3,1	186	12,7	274	6,3
Total		2 873	100,0	1 470	100,0	4 343	100,0
Année 2020							
EPS du GHT Champagne	EPS	1 013	31,5	367	24,4	1 320	28,0
Autres EPS	EPS	1 820	56,7	645	42,9	2 484	52,7
Privé lucratif (établissements Reims)	Privé lucratif	250	7,8	285	18,9	576	12,2
Institut Jean Godinot	CLCC	129	4,0	208	13,8	337	7,1
Total		3 212	100,0	1 505	100,0	4 717	100,0

Source : Scansanté retraité CRC Grand Est

Tableau 17 : Les transferts par principales activités (retraité des transferts internes sites CHU)

Activité	Transfert en entrée	Transfert en sortie	Transfert totaux
Année 2016			
Affections Cardio-vasculaires	644	85	729
Neurologie médicale	312	121	433
Hépatogastro-Entérologie	227	85	312
Pneumologie	209	93	302
Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)	113	35	148
Année 2019			
Affections Cardio-vasculaires	738	97	835
Neurologie médicale	367	151	518
Pneumologie	271	144	415
Hépatogastro-Entérologie	267	116	383
Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)	117	44	161
Année 2020			
Pneumologie	853	569	1 422
Neurologie médicale	718	411	1 129
Affections Cardio-vasculaires	865	260	1 125
Hépatogastro-Entérologie	503	336	839
Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)	276	176	452

Source : Scansanté retraité CRC Grand Est

Tableau 18 : La crise sanitaire Covid-19 - évolution du nombre de séjours

	Nombre de séjours						
	2019	2020	Évol en %	S1 2019	S1 2020	S1 2021	Évol en %
Total hospitalisation complète (HC) + Hospitalisation de jour (HJ) (hors séances)	69 044	61 578	- 10,8	34 669	28 706	34 146	- 1,5
Hospitalisation complète (HC)	46 333	41 763	- 9,9	23 223	19 837	21 979	- 5,4
dont médecine	30 540	27 788	- 9,0	NC	NC	NC	/
dont chirurgie	12 972	11 355	- 12,5	NC	NC	NC	/
dont obstétrique	2 821	2 620	- 7,1	NC	NC	NC	/
Hospitalisation de jour (HJ)	22 711	19 815	- 12,8	11 446	8 869	12 167	+ 6,3
Naissances	2 273	2 097	- 7,7	1 126	1 084	1 027	- 8,8
Séances	41 800	43 523	+ 4,1	19 928	21 047	21 527	+ 8,0
Passage aux urgences	80 624	65 401	- 18,9	40 889	32 382	35 154	- 14,0
dont urgences adultes	51 892	44 092	- 15,0	25 835	21 700	22 322	- 13,6
dont urgences pédiatriques	28 732	21 309	- 25,8	15 054	10 682	12 832	- 14,8
Consultations externes	334 393	264 308	- 21,0	172 596	124 391	154 103	- 10,7
dont téléconsultations	96	16 514	/	65	11 513	3 834	/
MCO en ambulatoire	22 926	19 978	- 12,9	NC	NC	NC	/

Source : CHU de Reims

Tableau 19 : La crise sanitaire Covid-19 MCO année 2020 et année 2021 semestre 1

	MCO 2020			MCO 2021 semestre 1		
	Nb de séjours HC et HJ	Nb de séjours HC	PMCT en €	Nb de séjours HC et HJ	Nb de séjours HC	PMCT en €
Suspects Covid-19	2 435	1 584	4 906	407	265	4 462
Covid-19 confirmés	1 761	1 310	6 635	1 466	1 220	7 020
Total	4 196	2 894	5 657	1 873	1 485	6 594

Source : CHU de Reims

Tableau 20 : Les surcoûts d'exploitation et compensations Covid-19 année 2020

Surcoûts d'exploitation 2020		Compensations Covid-19 attribuées en 2020	
Type de dépenses	Montant en €	Type de compensations	Montant en €
Ressources humaines PM <i>dont prime Covid-19</i>	3 211 195 2 053 250	Surcoûts et mesures d'accompagnement Covid-19	19 502 845
Ressources humaines PNM <i>dont prime Covid-19</i>	10 863 096 6 410 850	Prime Covid-19	8 758 875
Biomédical	492 567	Tests PCR	5 303 918
Informatique	113 480	Perte de recettes titre 2	2 414 167
Travaux	271 061	Tests antigéniques	979 776
Biologie	2 783 015	Permanence des soins	91 806
Pharmacie	925 400	Subvention d'investissement	5 091 450
Achats logistique hôtelière	3 521 672	<i>Total global compensations</i>	<i>37 051 387</i>
Total surcoûts d'exploitation	22 181 486	Total compensations hors subvention d'investissement	31 959 937
Solde net : 9 778 451			

Source : CHU de Reims (données du budget principal)

Tableau 21 : L'évolution des recettes de redevances (en € HT)

Activité	Type de redevance	2019	2020	Écart
Points de vente (cafétéria, boutiques de presse et articles en distribution automatique)	- redevance part fixe	83 333	68 116	15 217
	- redevance part variable	449 510	259 315	190 195
Services de télévision, de téléphonie et d'accès internet	- redevance part fixe	168 000	136 692	31 308
	- redevance part variable	13 355	9 731	3 624
Total		714 198	473 854	240 344

Source : CHU de Reims

Tableau 22 : Les honoraires contractuels versés au CAC

En €	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Évolution 2016/2020
Mission de commissariat aux comptes	109 928	109 579	104 932	102 432	99 935	526 806	- 9,1 %
Autres missions	18 000	51 000	45 360	72 894	64 404	251 658	257,8 %
<i>dont mission analyse du résultat structurel</i>	<i>18 000</i>	<i>18 000</i>	<i>18 360</i>	<i>18 816</i>	<i>18 816</i>	<i>91 992</i>	<i>4,5 %</i>
Honoraires annuels CAC	127 928	160 579	150 292	175 326	164 339	778 464	28,5 %
<i>Part des honoraires de CAC sur les honoraires annuels</i>	<i>86 %</i>	<i>68 %</i>	<i>70 %</i>	<i>58 %</i>	<i>61 %</i>	<i>68 %</i>	<i>/</i>

Source : Détail dépenses CAC et note fluctuation des honoraires

Tableau 23 : Les honoraires TTC du CAC par exercice (en €)

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Comptes financiers (article 62261-Honoraire du commissaire aux comptes)	79 271	126 419	107 048	147 388	158 156	618 282
Rapports du commissaire aux comptes (annexe autres informations)	122 270	127 696	131 932	130 110	164 339	676 347

Source : comptes financiers et rapports du commissaire aux comptes

Tableau 24 : Les écritures de haut de bilan

Année	Objet	Débit			Crédit		
		Comptes	Libellé	Montant	Comptes	Libellé	Montant
2016	Annulation de frais d'études d'anciens projets (dorénavant le projet doit être totalement amorti l'année de son abandon)	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	355 656	28031	Amortissement des frais d'études	355 656
2016		28031	Amortissement des frais d'études	388 652	2031	Frais d'études	388 652
2016		23823	Acomptes versés sur constructions sur sol propre	32 148	2031	Frais d'études	32 148
2016		28031	Amortissement des frais d'études	2 143	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	2 143
2016	Frais d'études risque foudre						
2016	Immobilisations en cours abandonnées avant 2016	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	471 175	23823	Acomptes versés sur constructions sur sol propre	471 175
2016	Régularisation avances forfaitaires	2381	Avances versées sur commandes d'immobilisations corporelles	9 815	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	9 815
2016	Erreur d'imputation de dons	13188	Autres subventions reçues	780	1025	Dons et legs en capital	780
2016	Impact sur le compte 10682 excédents affectés à l'investissement					- 814 873,63	
2017	Instruction DGOS	1022	Complément de dotations-Etat	20 581	10682	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	20 581
2017	Régularisation d'avances antérieures à 2011	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	19 630	2381	Avances versées sur commandes d'immobilisations corporelles	19 630
2017	Instruction DGOS	1393	Subventions d'investissement du département	45 881	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	45 881
2017	Instruction DGOS	1391	Subventions d'investissement de l'Etat	779 577	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	779 577
2017	Annulation de travaux non immobilisables et correction des amortissements	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	202 304	28135	Amortissement des IGAAC	74 940
					23823	Acomptes versés sur constructions sur sol propre	163 512
2017		106822	Excédents affectés à l'investissement USLD	3 055			
2017		106824	Excédents affectés à l'investissement EHPAD	9 540			
2017		106825	Excédents affectés à l'investissement écoles	3 430			
2017	Impact sur le compte 10682 excédents affectés à l'investissement					608 080,08	

Année	Objet	Débit			Crédit		
		Comptes	Libellé	Montant	Comptes	Libellé	Montant
2018	Intégration au bilan d'investissements terminés (dont informatique)	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	155 721	23823	Acomptes versés sur constructions sur sol propre	22 746
		106824	Excédents affectés à l'investissement EHPAD	158 733	232	Immobilisations incorporelles en cours	291 708
2018	Correction emprunt Soccrum (PSY)	1678	Autres prêts assortis de conditions particulières	1 827	106820	Excédents affectés à l'investissement budgets H et A	1 827
2018	Impact sur le compte 10682 excédents affectés à l'investissement					- 312 626,41	
2019	Provision CET PNM-corréction en situation nette	1190	Report à nouveau déficitaire activité principale	421 701	1532	Provision CET personnel non médical	529 522
2019		11071	Report à nouveau excédentaire section hébergement USLD	13 710			
2019		11041	Report à nouveau excédentaire section hébergement EHPAD	46 855			
2019		1105	Report à nouveau excédentaire écoles	47 256			
2019	Provision CET PM-corréction en situation nette	1190	Report à nouveau déficitaire activité principale	1 262 479	1531	Provision CET personnel médical	1 262 479
2019	Impact sur le compte 110 report à nouveau excédentaire					-107 820,96	
2019	Impact sur le compte 119 report à nouveau déficitaire					- 1 684 179,78	

Source : Comptes financiers et documents du CHU de Reims

Tableau 25 : Le barème de valorisation des jours CET de 2016 à 2018

	Valeur indemnisation	Charges titulaires	Charges contractuels
A	125,00 €	42 %	18 %
B	80,00 €	42 %	18 %
C	65,00 €	42 %	18 %
Personnel médical	450,00 €	50 %	50 %

Source : CHU de Reims

Tableau 26 : Les jours CET épargnés et leur valorisation financière

	2016	2017	2018	2019	2020
Personnel non médical : nombre de jours stockés = (a)	4 920	4 989	4 434	4 693	5 057
dont catégorie A	2 836	2 908	2 701	N.C	N.C
dont catégorie B	1 080	1 097	1 069	N.C	N.C
dont catégorie C	1 003	985	664	N.C	N.C
Personnel médical : nombre de jours stockés = (b)	14 123	14 524	14 503	17 636	18 326
Nombre total de jours stockés = (a) + (b)	19 043	19 513	18 937	22 329	23 382
Valorisation financière y compris charges sociales en M€	6,96	7,15	7,25	10,30	11,14
Coût moyen d'un jour CET du personnel non médical (en €)	123	123	163	286	306
Coût moyen d'un jour CET du personnel médical (en €)	450	450	450	508	523

Source : CHU de Reims

Tableau 27 : Les remboursements pour portabilité du compte épargne temps

En €	2016	2017	2018	2019	2020
Remboursement sur rémunération du personnel non médical (compte 6419)	332 598	436 937	440 473	543 529	549 550
<i>dont paiement de CET pour le personnel non médical</i>		18 139		24 312	10 158
Remboursement sur rémunération du personnel médical (compte 6429)	73 407	59 743	116 522	56 614	154 562
<i>dont paiement de CET pour le personnel médical</i>		20 058	8 898		
Total des remboursements de CET à imputer aux comptes 649*	-	38 197	8 898	24 312	10 158

Source : Extractions comptables des comptes 6419 et 6429 du CHU de Reims

Tableau 28 : Les provisions pour compte épargne temps

En milliers d'€	2016		2017		2018		2019		2020	
	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise	Dotation	Reprise
Personnel médical (cpte 1531)	948,45	1 247,91	938,20	758,03	941,63	950,92	2 908,21	481,53	797,90	159,63
Personnel non médical (cpte 1532)	76,79	71,75	38,42	29,43	187,65	81,98	736,38	115,75	357,32	152,63
Provision au 31 décembre	6 962,55		7 151,72		7 248,09		10 295,40		11 138,36	

Source : Comptes financiers et documents du CHU de Reims

Tableau 29 : Les provisions pour dépréciation des constructions sur sol propre

En milliers d'€	2016	2017	2018	2019	2020
Solde du c/2913 au 1 ^{er} janvier	22 700,58	22 700,58	22 700,58	24 195,26	24 037,43
Dotation de l'année au c/2913	0,00	0,00	1 494,69	0,00	0,00
Reprise de dotation de l'année au c/2913	0,00	0,00	0,00	157,83	1 311,94
Solde du c/2913 au 31 décembre	22 700,58	22 700,58	24 195,26	24 037,43	22 725,49

Source : Comptes financiers

Tableau 30 : Les provisions constituées par compte au 31 décembre 2019

En milliers d'€	Montant provisionné	VNC au 31/12/2019
21311 Bâtiment hospitaliers et administratifs	0,00	149 234,29
213511 Agencements électrique	4 528,93	13 941,98
213512 Agencements téléphoniques	672,34	2 906,47
213513 Agencement en matière de froid	460,95	695,34
213514 Installations de chauffage	454,60	10 130,54
213515 Monte-charges et ascenseurs	600,39	1 399,20
213516 Équipements sanitaires	373,63	2 454,29
213518 Autres agencements	16 946,59	55 104,06
Total hors bâtiments	24 037,42	86 631,88
Total	24 037,42	235 866,17
Part des provisions sur VNC hors bâtiments		27,7 %
Part des provisions sur VNC totale		10,2 %

Source : CHU de Reims

Tableau 31 : Les admissions annuelles en non-valeur

En €	2016	2017	2018	2019	2020
CHU DE REIMS	1 966 970	1 598 508	1 970 363	2 296 011	2 913 027
CHU DE REIMS - ECOLE	9 319	10 368	4 411	14 414	135
CHU DE REIMS - EHPAD	84 817	32 258	10 836	38 925	30 692
CHU DE REIMS - USLD	13 573	8 633	1	4 322	11 780
Total	2 074 679	1 649 767	1 985 611	2 353 671	2 955 635
Total 2016-2020	11 019 362				

Source : Comptes financiers

Tableau 32 : Les provisions pour dépréciation des comptes redevables et débiteurs divers

En milliers d'€	2016	2017	2018	2019	2020
Solde du c/ 491 au 01/01	7 913,23	10 440,00	8 904,25	14 705,22	12 367,88
Solde du c/ 496 au 01/01	347,69	746,86	1 147,23	1 507,29	495,71
Solde du c/49 au 01/01	8 260,92	11 186,86	10 051,49	16 212,50	12 863,59
Dotation de l'année au c/491	5 230,18	925,52	13 096,26	6 140,84	4 438,19
Dotation de l'année au c/496	399,17	2 109,91	1 002,73	190,21	341,1
Dotation de l'année au c/49	5 629,35	3 035,42	14 098,99	6 331,05	4 779,29
Reprise de l'année au c/491	2 703,41	2 461,26	7 295,30	8 478,18	7 288,23
Reprise de l'année au c/496	0	1 709,53	642,68	1 201,78	177,29
Reprise de l'année au c/49	2 703,41	4 170,79	7 937,97	9 679,96	7 465,52
Solde du c/491 au 31/12	10 440,00	8 904,25	14 705,22	12 367,88	9 517,84
Solde du c/496 au 31/12	746,86	1 147,23	1 507,29	495,71	669,53
Solde du c/49 au 31/12	11 186,86	10 051,49	16 212,50	12 863,59	10 177,36

Source : Comptes financiers

Tableau 33 : Le taux de provisionnement des restes à recouvrer

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Restes à recouvrer amiables (a)	71,88	63,62	73,52	77,60	101,86
Restes à recouvrer contentieux (b)	2,19	3,00	2,70	4,00	3,45
Restes à recouvrer amiable et contentieux (c = a+b)	74,07	66,62	76,22	81,60	105,31
Produits (d)	466,20	482,07	494,75	504,71	546,13
Taux de restes à recouvrer e (c/d)	15,89 %	13,82 %	15,41 %	16,17 %	19,28 %
Taux de restes à recouvrer contentieux e bis(b/d)	0,47 %	0,62 %	0,55 %	0,79 %	0,63 %
Dépréciation des comptes de redevables(f)	10,44	8,90	14,71	12,37	9,52
Taux de provisionnement des restes à recouvrer (f/c)	14,10 %	13,37 %	19,29 %	15,16 %	9,04 %
Taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux (f/b)	476,89 %	296,62 %	544,74 %	308,94 %	275,66 %
Provisions pour dépréciations / ANV	551,79 %	576,69 %	758,91 %	550,21 %	338 %

Source : Comptes financiers

Tableau 34 : Principales mesures prises en compte dans les EPRD

En M€	2017	2018	2019	2020	2021
Recettes					
Baisses / hausses tarifaires (T2A)	- 1,6	- 2,3	- 1,4	- 0,45	+ 0,4
Mise en réserve (coefficient prudentiels)	- 0,85	- 1,2	- 1,4	- 1,6	+ 1,4
Mesures d'économies sur la DAF	- 0,15				
Réforme RHIN	- 1,5				
Disparition FIR PDSES internes	- 2				
Dépenses					
Mesures salariales	5,6	1,3			+ 21,5
Dispositifs médicaux innovants	1				
Revalorisation du SMIC		0,25			
Impact du PPCR			1,6		
Impact du GVT/ hausses de cotisations	1	1,3	0,5	0,2	

Source : Rapports du directeur

Tableau 35 : Les écarts entre compte anticipé et compte financier

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Charges	2,16	4,62	14,49	- 2,10	2,06
Produits	3,52	10,54	21,98	20,84	0,48
Résultat	1,36	5,91	7,49	22,94	- 1,58
Marge brute	3,48	6,36	8,23	0,39	- 1,29

Source : EPRD et PGFP, comptes financiers du CHU de Reims

Tableau 36 : Les prévisions et prospective de l'EPRD et du PGFP de 2021

En M€	REALISÉ DES COMPTES FINANCIERS						PREVISION 2021 ET PROSPECTIVE DU PGFP 2021					
	2016	2017	2018	2019	2020	Évol moy 16 / 19	2021	2022	2023	2024	2025	Évol moy 21 / 25
Charges courantes nettes des crédits	466,39	475,84	489,19	503,27	544,66		566,46	554,79	559,18	560,95	561,23	
Évolution d'une année sur l'autre		2,0 %	2,8 %	2,9 %	8,2 %	2,6 %	4,0 %	- 2,1 %	0,8 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %
dont charges de personnel	312,18	320,05	326,68	333,07	364,29		390,98	382,44	383,44	384,44	384,44	
Évolution d'une année sur l'autre		2,5 %	2,1 %	2,0 %	9,4 %	2,2 %	7,3 %	- 2,2 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %
Produits courants et lambda diminués des remboursements des budgets annexes	501,20	515,85	530,54	542,53	584,99		597,23	599,92	602,73	605,70	603,34	
Évolution d'une année sur l'autre		2,9 %	2,8 %	2,3 %	7,8 %	2,7 %	2,1 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	- 0,4 %	0,6 %

En M€	REALISÉ DES COMPTES FINANCIERS						PREVISION 2021 ET PROSPECTIVE DU PGFP 2021					
	2016	2017	2018	2019	2020	Évol moy 16 / 19	2021	2022	2023	2024	2025	Évol moy 21 / 25
<i>dont produits de l'activité du budget H</i>	415,38	429,11	438,33	452,05	495,09		463,72	470,59	473,68	476,26	471,99	
<i>Évolution d'une année sur l'autre</i>		3,3 %	2,1 %	3,1 %	9,5 %	2,9 %	- 6,3 %	1,5 %	0,7 %	0,5 %	- 0,9 %	- 0,9 %
Marge brute	34,80	40,01	41,36	39,26	40,33		30,77	45,13	43,54	44,75	42,11	
CAF brute	37,04	43,47	44,68	43,30	44,60		29,78	42,87	39,75	41,34	38,94	

Sources : comptes financiers et EPRD-PGFP 2021

Tableau 37 : Les écarts entre prévisions et réalisations en matière de charges de personnel

En M€	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
PGFP 2016	288,67	288,67	288,32	288,32	288,32	288,32	287,61	286,68	286,46	285,74	284,81	284,60	284,60
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>		0,0 %	- 0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	- 0,2 %	- 0,3 %	- 0,1 %	- 0,2 %	- 0,3 %	- 0,1 %	0,0 %
PGFP 2017*	295,89	297,60	299,18	298,93	298,93	298,25	297,64	296,96	296,28	296,28	296,28	296,28	
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>		0,6 %	0,5 %	- 0,1 %	0,0 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
PGFP 2018		294,61	295,63	296,03	295,78	295,78	295,10	294,49	293,81	293,12	293,12	293,12	
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>			0,3 %	0,1 %	- 0,1 %	0,0 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	0,0 %	0,0 %	
PGFP 2019			301,60	301,42	301,17	301,17	300,48	299,88	299,19	298,51	298,51	298,51	298,51
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>				- 0,1 %	- 0,1 %	0,0 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	0,0 %	0,0 %	
PGFP 2020				311,84	310,74	310,74	310,06	309,45	308,77	308,09	308,09	308,09	308,09
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>					- 0,4 %	0,0 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	- 0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
PGFP 2021					350,86	347,80	348,80	349,80	349,80	349,80	349,80	349,80	349,80
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>						- 0,9 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Réalisé	289,21	293,69	303,68	327,73									
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>		1,5 %	3,4 %	7,9 %									

* La prévision 2017 du PGFP de 2017 est identique à l'EPRD de 2017

Source : PGFP et comptes financiers du CHU de Reims

Tableau 38 : Les recettes du budget H (en M€)

1. Les produits financés directement par l'activité hospitalière (T2A - facturation au patient sur l'hospitalisation et l'activité externe)

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/ 2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Produits de l'activité hospitalière - AM (a)	198,26	207,15	209,89	213,20	217,96	2,4 %	7,5 %	9,9 %	2,2 %
dont Produits des Groupes Homogène de Séjour	192,79	201,55	203,14	208,75	211,10	2,3 %	8,3 %	9,5 %	1,1 %
dont dialyse	4,97	5,14	6,31	4,05	6,46	6,8 %	- 18,4 %	29,9 %	59,3 %
dont Produits des IVG	0,27	0,29	0,28	0,25	0,25	- 2,6 %	- 7,0 %	- 9,8 %	- 3,0 %
dont Produits des prélèvements d'organe et de tissus	0,23	0,18	0,17	0,15	0,16	- 8,6 %	- 36,1 %	- 30,3 %	9,1 %
Remboursements des molécules onéreuses et DM (b)	30,01	35,03	39,67	40,54	44,23	10,2 %	35,1 %	47,4 %	9,1 %
dont Produits des médicaments MCO	21,69	24,91	28,74	29,52	32,94	11,0 %	36,1 %	51,9 %	11,6 %
dont Dispositifs médicaux implantables	8,32	10,12	10,94	11,03	11,29	7,9 %	32,6 %	35,7 %	2,4 %
Produits hospit complète versés par les patients (c)	17,03	15,95	15,12	14,97	13,93	- 4,9 %	- 12,1 %	- 18,2 %	- 6,9 %
dont Produits facturés au patient médecine	10,96	9,91	9,86	9,56	9,13	- 4,5 %	- 12,7 %	- 16,7 %	- 4,5 %
dont Produits facturés au patient chirurgie	2,38	2,12	2,15	2,68	1,76	- 7,2 %	12,4 %	- 25,9 %	- 34,1 %
dont Produits facturés au patient spécialités coûteuses	0,92	0,88	0,75	1,44	1,56	14,1 %	56,6 %	69,5 %	8,2 %
dont Produits facturés au patient SSR	1,74	2,11	1,89	0,89	1,12	- 10,3 %	- 49,0 %	- 35,4 %	26,8 %
dont Ticket modérateur Hospitalisation Complète	0,21	0,21	0,21	0,18	0,16	- 6,8 %	- 16,1 %	- 24,6 %	- 10,1 %
dont Produits facturés au patient PSY	0,82	0,73	0,26	0,22	0,19	- 30,7 %	- 73,1 %	- 77,0 %	- 14,6 %
Produits hospit incomplète versés par les patients (d)	1,67	1,63	1,70	2,06	1,72	0,7 %	22,9 %	2,7 %	- 16,4 %
dont Produits facturé au patient HDJ et HDN	1,27	1,28	1,35	1,33	1,13	- 3,0 %	4,2 %	- 11,5 %	- 15,1 %
dont Produits facturés au patient chir ambu	0,40	0,34	0,35	0,62	0,51	6,6 %	56,2 %	29,2 %	- 17,3 %
dont Ticket modérateur Hospit incomplète	0,00	0,00	0,00	0,11	0,08	131,8 %	3 887,6 %	2 789,2 %	- 27,5 %
Produits de l'Hospitalisation à Domicile (e)									
Produits de l'activité hospitalière - séjours (x=a+b+c+d+e)	246,98	259,76	266,39	270,76	277,84	3,0 %	9,6 %	12,5 %	2,6 %
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique MCO (f)	22,20	22,73	26,99	30,02	30,61	8,4 %	35,2 %	37,9 %	2,0 %
dont Produits ACE MCO	18,47	19,24	21,56	24,06	24,79	7,6 %	30,2 %	34,2 %	3,0 %
dont Forfaits urgence	1,34	1,39	1,47	1,49	1,51	3,0 %	11,1 %	12,5 %	1,3 %
dont Forfait petit matériel									
dont Forfait FSE	0,24	0,31	0,35	0,43	0,45	22,4 %	79,4 %	85,5 %	25 %
dont Forfait administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques	0,41	0,00	0,51	0,53	0,54	7,2 %	30,9 %	31,9 %	0,7 %
dont Forfaits techniques et assimilés	1,69	1,71	2,52	2,54	2,11	5,6 %	50,1 %	24,5 %	- 17,1 %
dont Forfaits prestations intermédiaires			0,07	0,11	0,11				2,2 %
dont Autres forfaits	0,05	0,08	0,52	0,85	1,12	120,7 %	1 718,3 %	2 273,6 %	30,5 %
Participations AM au financement des soins aux détenus (7313) (g)				0,11	0,09				- 19,1 %
Produits facturés au patient - ambulatoire (h)	4,68	4,53	4,38	5,64	3,67	- 5,9 %	20,5 %	- 21,5 %	- 34,8 %
dont Produits consultations et Actes externes	4,11	4,01	3,89	5,08	3,23	- 5,9 %	23,6 %	- 21,5 %	- 36,5 %
dont Produits forfaits ATU, FFM et SE	0,36	0,35	0,37	0,35	0,26	- 7,5 %	- 1,8 %	- 26,9 %	- 25,5 %
dont Produits - forfait technique et assimilés				0,02	0,01				- 60,8 %
dont Produits IVG	0,02	0,02	0,03	0,07	0,10	49,9 %	244,4 %	405,0 %	46,6 %
dont Produits SMUR	0,18	0,14	0,09	0,08	0,06	- 24,2 %	- 53,9 %	- 66,9 %	- 28,3 %
dont Produit majoration non-respect parcours soins		0,00		0,01	0,01				- 30,3 %
dont Produits PMI									
dont Produits autres	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	- 5,0 %	117,9 %	- 18,6 %	- 62,6 %
Produits facturés au patient - forfaits (i)	6,60	6,59	7,11	7,24	6,65	0,2 %	9,6 %	0,7 %	- 8,1 %

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
dont Forfait journalier MCO	5,06	5,00	5,61	5,70	5,29	1,1 %	12,8 %	4,5 %	- 7,3 %
dont Forfait journalier SSR	1,26	1,29	1,45	1,48	1,33	1,4 %	18,3 %	5,8 %	- 10,5 %
dont Forfait journalier PSY	0,29	0,30	0,05	0,05	0,04	- 40,4 %	- 83,7 %	- 87,4 %	- 22,6 %
Produits de l'activité hospitalière - actes et consultations (y=f+g+h+i)	33,48	33,85	38,49	43,00	41,03	5,2 %	28,4 %	22,5 %	- 4,6 %
Produits facturés aux patients non assurés (k)	4,34	3,24	4,45	3,93	3,93	- 2,5 %	- 9,5 %	- 9,6 %	- 0,1 %
dont Produits prestations conventions internationales	1,91	1,13	1,47	1,34	1,76	- 2,1 %	- 30,0 %	- 8,0 %	31,3 %
dont Produits prestations étrangers aide médicale Etat	1,66	1,30	2,08	2,09	1,76	1,5 %	26,2 %	6,1 %	- 15,9 %
dont Produits prestations étrangers	0,20	0,09	0,18	0,38	0,41	19,1 %	85,1 %	101,1 %	8,6 %
dont Autres produits prestations aux étrangers	0,57	0,72	0,71	0,12	0,00	100,0 %	- 78,9 %	- 100,0 %	- 100,0 %
Réémission à la charge de l'assurance maladie (LAMDA) - c/7722 (j)	0,12	0,25	0,27	0,10	0,18	11,2 %	- 16,9 %	53,0 %	84,0 %
TOTAL PRODUITS FINANCES DIRECTEMENT A L'ACTIVITE (z=x+y+k+j)	284,92	297,10	309,59	317,80	322,97	3,2 %	11,5 %	13,4 %	1,6 %

2. Les financements de l'activité hospitalière par dotation et forfaits

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Forfaits versés par l'AM (a)	5,14	8,52	8,59	8,74	8,76	14,2 %	70,0 %	70,4 %	0,2 %
dont forfaits MCO	5,14	5,82	5,95	6,17	6,18	4,7 %	19,9 %	20,2 %	0,3 %
dont forfaits SSR	0,00	2,70	2,64	2,58	2,58				0,0 %
Dotations annuelles de financement (b)	32,75	39,36	31,30	34,73	29,86	- 2,3 %	6,0 %	- 8,8 %	- 14,0 %
dont DAF PSY	11,27	12,70	8,17	13,74	7,89	- 8,5 %	21,9 %	- 30,0 %	- 42,6 %
dont DAF SSR	21,48	26,66	23,13	20,99	21,96	0,6 %	- 2,3 %	2,3 %	4,7 %
Crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ©	76,24	68,46	72,51	72,34	114,03	10,6 %	- 5,1 %	49,6 %	57,6 %
dont Dotations MIG	55,89	54,63	54,71	58,80	57,21	0,6 %	5,2 %	2,4 %	- 2,7 %
dont Dotations AC	20,35	13,84	17,80	13,55	56,82	29,3 %	- 33,4 %	179,2 %	319,5 %
Fonds d'intervention régional (7471) (FIR) (d)	14,71	13,90	13,92	16,01	16,58	3,0 %	8,8 %	12,7 %	3,6 %
TOTAL DES FINANCEMENTS DE L'ACTIVITE PAR DOTATIONS ET FORFAITS (e=a+b+c+d)	128,84	130,23	126,32	131,83	169,23	7,1 %	2,3 %	31,3 %	28,4 %

3. Les produits des activités annexes

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Ventes de produits et prestations de service (a)	0,15	0,17	0,16	0,19	0,11	- 6,6 %	27,2 %	- 24,0 %	- 40,3 %
dont Vente de produits finis	0,15	0,17	0,16	0,19	0,11	- 6,4 %	28,2 %	- 23,3 %	- 40,1 %
dont Vente de travaux, études et prestations de services	0,00	0,00	0,00	0,00		- 100,0 %	- 69,2 %	- 100,0 %	- 100,0 %
+ Rétrocessions de médicaments (7071) (b)	19,18	18,18	15,47	15,81	15,37	- 5,4 %	- 17,6 %	- 19,8 %	- 2,7 %
= Ventes de produits et services (c=a+b)	19,32	18,35	15,63	15,99	15,49	- 5,4 %	- 17,2 %	- 19,9 %	- 3,2 %
Produits des activités au profit des personnels (d)	0,65	0,66	0,67	0,66	0,40	- 11,5 %	1,1 %	- 38,8 %	- 39,4 %
dont repas	0,65	0,66	0,67	0,66	0,40	- 11,5 %	1,1 %	- 38,8 %	- 39,4 %
Produits des activités au profit des usagers (e)	1,59	2,61	3,94	4,54	2,49	12,0 %	186,3 %	57,1 %	- 45,1 %
dont repas	0,26	0,27	0,28	0,27	0,15	- 13,4 %	4,8 %	- 43,8 %	- 46,4 %
dont chambre particulière	1,18	2,12	3,53	4,11	2,25	17,6 %	249,1 %	91,2 %	- 45,2 %
dont locations diverses	0,15	0,21	0,13	0,17	0,10	- 9,9 %	10,0 %	- 34,2 %	- 40,2 %
Produits activités annexes - MAD personnel (7084) (f)	1,16	1,58	5,42	2,91	2,55	21,8 %	150,8 %	119,8 %	- 12,4 %

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Produits activités annexes - remboursements CRPA (7087) (g)	9,39	9,29	9,06	9,17	8,96	- 1,1 %	- 2,3 %	- 4,5 %	- 2,3 %
Autres produits activités annexes (dont redevances) (h)	1,47	1,35	1,48	1,15	1,10	- 7,0 %	- 22,0 %	- 25,3 %	- 4,2 %
dont redevances commerciales	0,51	0,55	0,59	0,72	0,49	- 0,9 %	42,9 %	- 3,7 %	- 32,6 %
dont autres	0,97	0,80	0,89	0,43	0,61	- 10,8 %	- 56,0 %	- 36,6 %	44,0 %
Prestations aux établissements (i)	1,61	1,77	2,42	2,43	2,88	15,6 %	50,3 %	78,6 %	18,8 %
dont chirurgie	0,00		0,00	0,00	0,00	- 24,7 %	155,6 %	- 67,9 %	- 87,4 %
dont laboratoire	1,25	1,47	2,05	2,24	2,80	22,3 %	78,6 %	123,7 %	25,3 %
dont imagerie	0,02	0,02	0,01	0,04	0,02	- 4,1 %	109,3 %	- 15,4 %	- 59,6 %
dont actes techs hors imagerie	0,17	0,15	0,14			- 100,0 %	- 100,0 %	- 100,0 %	
dont dentaire	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	- 34,8 %	- 80,2 %	- 82,0 %	- 8,8 %
dont rembt prélèvement organe et autres actes et prestations	0,18	0,12	0,22	0,15	0,06	- 22,6 %	- 17,4 %	- 64,1 %	- 56,5 %
Rabais, remises et ristournes (709) (j)									
Prestations à des tiers	15,87	17,25	22,98	20,87	18,39	3,7 %	31,4 %	15,9 %	- 11,9 %
TOTAL DES PRODUITS ANNEXES A L'ACTIVITE	35,20	35,59	38,62	36,86	33,88	- 1,0 %	4,7 %	- 3,8 %	- 8,1 %

4. Les autres produits de gestion

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Subventions	3,33	3,17	3,68	3,53	3,84	3,6 %	5,7 %	15,3 %	9,0 %
dont PMI	0,25	0,25	0,26	0,23	0,24	- 0,3 %	- 5,0 %	- 1,3 %	3,9 %
dont FEH	1,44	1,50	1,44	1,41	1,46	0,3 %	- 2,4 %	1,2 %	3,7 %
dont FMESPP et FMIS		0,02		0,00	0,13				
dont FIPH				0,14	0,11				- 21,8 %
dont médecine légale	0,89	0,89	0,89	0,89	0,89	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
dont autres subventions	0,76	0,52	1,09	0,87	1,02	7,5 %	13,5 %	33,6 %	17,7 %
Autres produits	11,15	11,09	12,21	12,61	11,71	1,2 %	13,1 %	5,0 %	- 7,1 %
dont Autres produits - retenues activité libérale	0,39	0,52	0,58	0,64	0,60	11,4 %	66,2 %	54,1 %	- 7,3 %
dont Autres produits - formation professionnelle	0,13	0,15	2,69	2,51	1,96	98,0 %	1 867,5 %	1 438,0 %	- 21,8 %
dont Faculté de médecine									
dont Autres produits - co-utilisation IRM et autres équipements lourds	0,80	0,82	0,94	1,03	1,16	- 48,8 %	27,8 %	- 93,2 %	- 94,6 %
dont Autres produits - médecine légale autorité judiciaire	0,05	0,05	0,08	0,05	0,06	218,1 %	- 1,4 %	10 142,7 %	10 291,4 %
dont Autres produits - autres remboursements de frais	8,37	7,11	5,89	5,91	5,46	- 73,3 %	- 29,4 %	- 99,5 %	- 99,3 %
dont Produits divers de gestion courante - gestion des biens des malades	0,07	0,07	0,09	0,09	0,04	- 11,8 %	21,6 %	- 39,5 %	- 50,2 %
dont Produits divers de gestion courante - autres	1,33	2,36	1,94	2,37	2,53	17,4 %	77,8 %	89,8 %	6,7 %
TOTAL DES AUTRES PRODUITS DE GESTION	14,48	14,25	15,89	16,13	15,56	1,8 %	11,4 %	7,4 %	- 3,6 %

5. Les produits financiers et exceptionnels

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Produits financiers	0,12	0,18	0,14	0,14	0,23	17,4 %	20,0 %	90,2 %	58,5 %
dont Escomptes obtenus	0,12	0,18	0,14	0,14	0,23	17,4 %	20,0 %	90,2 %	58,5 %
dont Autres produits financiers	0,00					- 100,0 %	- 100,0 %	- 100,0 %	
Produits exceptionnels	14,45	7,30	4,35	11,67	4,45	- 25,5 %	- 19,3 %	- 69,2 %	- 61,9 %
dont débits et pénalités	0,00	0,00		0,05		- 100,0 %	1 469,1 %	- 100,0 %	- 100,0 %
dont libéralités	0,02	0,03	0,06	0,25	0,00	- 36,5 %	999,7 %	- 83,8 %	- 98,5 %
dont rentrées sur créances amorties	0,01	0,03	0,03	0,05	0,00	- 27,5 %	212,8 %	- 72,4 %	- 91,2 %
dont dégrèvements d'impôts	0,22	1,64	0,00	0,14		- 12,7 %	- 33,8 %	- 42,0 %	- 12,4 %
dont opérations de gestion	1,27	1,46	0,02	7,85	0,12	2,8 %	520,9 %	11,6 %	- 82,0 %
dont réémissions	2,62	1,73	1,68	1,76	1,41	- 33,6 %	- 33,1 %	- 80,5 %	- 70,9 %
dont produits sur exos antérieurs - autres	2,04	1,01	1,80	0,80	0,51	- 78,6 %	- 61,0 %	- 99,8 %	- 99,5 %
dont produits sur exos antérieurs - annulations mandats	0,09	0,93	0,03	0,19	0,00	- 100,0 %	105,4 %	- 100,0 %	2 063,8 %
dont cessions d'actifs	7,57		0,19	0,06		- 14,1 %	- 99,2 %	- 45,7 %	- 100,0 %
dont quote parts subventions	0,60	0,45	0,52	0,53	4,11	- 100,0 %	- 11,9 %	- 100,0 %	1 933,7 %
Reprises sur provisions	5,55	6,98	12,33	12,43	10,78	18,1 %	124,2 %	94,4 %	- 13,3 %
dont provisions pour risques	1,68	1,49	8,68	2,30	2,05	5,0 %	37,0 %	21,7 %	- 11,2 %
dont provisions pour CET	1,31	0,77	0,99	0,48	0,24	- 34,6 %	- 62,9 %	- 81,7 %	- 50,6 %
dont provisions pour charges	0,59	0,59				- 100,0 %	- 100,0 %	- 100,0 %	
dont dépréciations				0,16	1,31				4 451,7 %
dont dépréciations de actifs circulants	1,97	4,12	2,66	9,49	7,18	38,2 %	382,3 %	265,2 %	- 24,3 %
Atténuations de charges et stocks	1,95	2,42	1,33	2,09	4,96	26,2 %	6,9 %	153,6 %	137,2 %
dont atténuation de rémunération et cotisations PNM	0,29	0,35	0,39	0,46	0,46	12,8 %	62,1 %	61,7 %	- 0,3 %
dont atténuation de rémunération et cotisations PM	0,07	0,06	0,11	0,06	0,15	20,4 %	- 23,0 %	110,5 %	173,2 %
dont atténuation de charges autres	0,75	0,65	0,31	0,45	0,62	- 4,5 %	- 39,9 %	- 16,7 %	38,6 %
dont atténuations de stocks	0,85	1,36	0,53	1,12	3,72	44,7 %	32,1 %	338,0 %	231,7 %
TOTAL DES AUTRES PRODUITS	22,08	16,88	18,15	26,34	20,42	- 1,9 %	19,3 %	- 7,5 %	- 22,5 %

6. La structure des produits

	2016	2017	2018	2019	2020
TOTAL DES PRODUITS DE FONCTIONNEMENT	485,52	494,06	508,57	528,95	562,06
Produits financés directement à l'activité	59 %	60 %	61 %	60 %	57 %
Produits de l'activité financés par dotations et participations	27 %	26 %	25 %	25 %	30 %
Produits annexes à l'activité	7 %	7 %	8 %	7 %	6 %
Autres produits de gestion	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Produits financiers et exceptionnels	5 %	3 %	4 %	5 %	4 %

Source : Comptes financiers

Tableau 39 : Les charges du budget H (en M€)

1. Les charges de personnel

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Rémunération du personnel non médical titulaire et stagiaire (a)	118,74	120,41	121,69	121,30	130,20	2,3 %	2,2 %	9,7 %	7,3 %
dont rémunération principale	91,56	93,17	93,21	92,47	94,27	0,7 %	1,0 %	3,0 %	2,0 %
dont prime de service	6,72	6,80	6,79	6,78	6,71	0,0 %	0,8 %	- 0,1 %	- 0,9 %
dont NBI	0,61	0,62	0,66	0,64	0,64	1,6 %	5,9 %	6,4 %	0,4 %
dont SFT	1,56	1,58	1,56	1,54	1,54	- 0,3 %	- 1,3 %	- 1,0 %	0,2 %
dont IFTS et IHTS	0,10	0,18	0,11	0,30	1,42	95,6 %	213,7 %	1 363,8 %	366,7 %
dont Astreintes	2,16	2,36	2,48	2,62	3,15	9,9 %	21,4 %	45,7 %	20,0 %
dont Indemnité dégressive et autres indemnités	16,04	15,71	16,88	16,95	22,47	8,8 %	5,7 %	40,0 %	32,5 %
Rémunération du personnel non médical sous CDI (b)	4,22	4,33	5,06	6,45	11,85	29,4 %	52,7 %	180,7 %	83,8 %
dont rémunération principale	3,67	3,82	4,54	5,83	9,90	28,1 %	58,7 %	169,7 %	70,0 %
dont SFT	0,05	0,04	0,04	0,06	0,08	11,4 %	15,3 %	53,8 %	33,4 %
dont IFTS et IHTS	0,01	0,00	0,00	0,01	0,09	105,7 %		1 689,8 %	599,6 %
dont astreintes	0,05	0,04	0,07	0,09	0,19	37,5 %	74,5 %	257,0 %	104,6 %
dont autres indemnités	0,44	0,42	0,41	0,46	1,59	37,6 %	3,4 %	258,6 %	246,7 %
Rémunération du personnel non médical sous CDD (c)	11,18	12,64	12,25	13,23	14,07	5,9 %	18,4 %	25,8 %	6,3 %
dont rémunération principale	9,60	10,79	10,27	11,10	11,18	3,9 %	15,7 %	16,5 %	0,7 %
dont SFT	0,10	0,13	0,13	0,16	0,18	15,6 %	64,3 %	78,4 %	8,6 %
dont IFTS et IHTS	0,01	0,01	0,01	0,02	0,10	88,8 %	194,2 %	1 171,3 %	332,1 %
dont Astreintes	0,07	0,11	0,09	0,10	0,09	6,4 %	40,9 %	27,9 %	- 9,2 %
dont autres indemnités	1,41	1,60	1,74	1,85	2,53	15,7 %	31,1 %	79,5 %	36,9 %
Autres rémunérations de personnel non médical (d)	0,13	0,11	0,11	0,09	0,13	- 0,9 %	- 30,4 %	- 3,6 %	38,6 %
Contrats soumis à dispositions particulières	0,12	0,08	0,05	0,01		- 100,0 %	- 91,7 %	- 100,0 %	- 100,0 %
Apprentis	0,01	0,04	0,06	0,08	0,13	94,7 %	820,6 %	1 336,2 %	56,0 %
PNM (e)	1,88	1,88	1,88	1,88	1,88	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sous-total rémunérations du personnel non médical (f=a+b+c+d+e)	136,16	137,49	139,11	141,07	156,25	3,5 %	3,6 %	14,8 %	10,8 %
Cotisations personnel non médical	51,44	52,70	51,40	51,76	55,08	1,7 %	0,6 %	7,1 %	6,4 %
Autres charges sociales PNM	2,09	2,13	2,14	2,16	2,24	1,8 %	3,3 %	7,5 %	4,0 %
dont Allocations Retour à l'Emploi (ARE)									
Versements impôts assimilés rémunérations personnel non médical	6,91	6,87	6,91	7,00	7,42	1,8 %	1,3 %	7,4 %	6,0 %
taxe sur les salaires PNM	12,11	12,35	12,53	12,68	13,59	2,9 %	4,7 %	12,2 %	7,2 %
Sous-total cotisations et charges sociales personnel non médical	72,55	74,04	72,98	73,59	78,34	1,9 %	1,4 %	8,0 %	6,4 %
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL NON MEDICAL INTERNE	208,71	211,53	212,09	214,66	234,59	3,0 %	2,9 %	12,4 %	9,3 %
Rémunérations du personnel médical PH temps plein et temps partiel (a)	23,35	23,72	23,39	23,63	24,45	1,2 %	1,2 %	4,7 %	3,5 %
dont rémunération principale	21,24	20,89	20,59	20,63	21,27	0,0 %	- 2,9 %	0,1 %	3,1 %
dont indemnités hors gardes et astreintes	2,11	2,83	2,80	3,00	3,18	10,9 %	42,6 %	51,1 %	5,9 %
Rémunération praticiens contractuels (b)	1,14	1,19	1,16	1,10	1,26	2,5 %	- 3,4 %	10,3 %	14,2 %

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
dont rémunération principale	1,11	1,14	1,11	1,07	1,11	0,1 %	- 3,7 %	0,3 %	4,2 %
dont indemnités hors gardes et astreintes	0,03	0,05	0,05	0,04	0,15	44,5 %	7,6 %	336,3 %	305,6 %
Rémunération praticiens contractuels sous renouvellet de droit, et praticiens associés (c)	5,42	6,27	7,27	8,27	10,25	17,3 %	52,6 %	89,1 %	23,9 %
dont rémunération principale	4,58	5,22	5,92	6,63	7,88	14,5 %	44,7 %	72,0 %	18,9 %
dont indemnités hors gardes et astreintes	0,84	1,06	1,35	1,64	2,37	29,7 %	96,3 %	183,3 %	44,3 %
Rémunération docteurs juniors, internes et des étudiants (d)	16,52	17,44	18,30	19,37	21,94	7,4 %	17,3 %	32,8 %	13,3 %
dont rémunération et indemnités	14,58	15,33	16,09	17,17	19,34	7,3 %	17,8 %	32,6 %	12,6 %
gardes et astreintes	1,94	2,11	2,20	2,20	2,60	7,7 %	13,5 %	34,4 %	18,5 %
Autres rémunérations du PM (e)	0,57	0,26	0,56	0,61	1,00	15,3 %	8,3 %	76,5 %	62,9 %
Permanence des soins du personnel médical (f)	3,56	3,64	3,80	3,91	4,68	7,0 %	9,9 %	31,3 %	19,5 %
dont indemnités des étudiants	2,41	2,43	2,54	2,55	3,12	6,7 %	5,9 %	29,7 %	22,4 %
dont PDS en temps de travail additionnel	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	- 7,2 %	1,7 %	- 25,9 %	- 27,1 %
dont PDS en astreintes	1,12	1,16	1,23	1,33	1,53	8,1 %	18,7 %	36,7 %	15,2 %
Autres charges de personnel PM (g)		0,72	0,83	0,87	0,00				- 100,0 %
Sous-total rémunération du personnel médical h=a+b+c+d+e+f+g	46,99	49,61	51,51	53,86	58,90	5,8 %	14,6 %	25,4 %	9,4 %
Cotisations personnel médical (6452)	14,57	15,31	16,16	16,81	18,20	5,7 %	15,4 %	24,9 %	8,2 %
Autres charges sociales PM Versements impôts assimilés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58,5 %	602,9 %	530,6 %	- 10,3 %
rémunération personnel médical	0,93	0,96	1,01	1,06	1,17	5,8 %	13,8 %	25,2 %	10,0 %
Taxes sur les salaires PM	4,79	4,75	4,90	5,13	5,45	3,2 %	7,0 %	13,6 %	6,2 %
Sous-total cotisations et charges sociales personnel médical	20,30	21,03	22,08	23,00	24,81	5,1 %	13,3 %	22,2 %	7,8 %
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL MEDICAL INTERNE	67,29	70,64	73,59	76,86	83,71	5,6 %	14,2 %	24,4 %	8,9 %
Autres impôts et charges de personnel	1,00	1,10	1,37	1,13	0,88	- 3,3 %	13,0 %	- 12,4 %	- 22,5 %
dont FIPH									
Charges de personnel externe	1,01	1,27	1,93	2,03	2,31	22,9 %	100,3 %	128,4 %	14,0 %
TOTAL DES CHARGES DE PERSONNEL BRUT	278,01	284,54	288,99	294,68	321,49	3,7 %	6,0 %	15,6 %	9,1 %
		2,4 %	1,6 %	2,0 %	9,1 %				
Part des charges de personnel non médical interne	75,1 %	74,3 %	73,4 %	72,8 %	73,0 %	N.C	N.C	N.C	N.C
Part des charges de personnel médical interne	24,2 %	24,8 %	25,5 %	26,1 %	26,0 %	N.C	N.C	N.C	N.C
Part des charges de personnel externe	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %	N.C	N.C	N.C	N.C
Total atténuation charges personnel	0,36	0,40	0,50	0,52	0,62	11,4 %	44,8 %	71,6 %	18,6 %
dont atténuation de rémunération et cotisations PNM	0,29	0,35	0,39	0,46	0,46	10,1 %	62,1 %	61,7 %	- 0,3 %
dont atténuation de rémunération et cotisations PM	0,07	0,06	0,11	0,06	0,15	16,1 %	- 23,0 %	110,5 %	173,2 %
dont atténuation charges sociales personnel autres									
TOTAL DES CHARGES DE PERSONNEL NET	277,65	284,14	288,49	294,16	320,87	3,7 %	5,9 %	15,6 %	9,1 %

2. Les charges à caractère médical

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Achats de produits pharmaceutiques à usage médical	56,00	53,78	53,02	55,08	59,56	1,6 %	- 1,6 %	6,4 %	8,1 %
dont spécialités pharmaceutiques avec AMM	18,10	17,56	14,67	15,37	16,82	- 1,8 %	- 15,1 %	- 7,1 %	9,4 %
dont molécules onéreuses	27,90	29,11	29,12	31,13	35,11	5,9 %	11,6 %	25,8 %	12,8 %
dont spécialités pharmaceutiques sous ATU	7,31	4,41	6,67	5,85	4,78	- 10,0 %	- 19,9 %	- 34,5 %	- 18,2 %
dont fluides et gaz médicaux	0,44	0,47	0,43	0,42	0,46	1,4 %	- 4,1 %	5,6 %	10,1 %
dont produits pharmaceutiques de base	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	8,6 %	- 23,9 %	39,0 %	82,6 %
dont autres produits pharmaceutiques	1,52	1,61	1,61	1,59	1,71	3,0 %	4,9 %	12,5 %	7,2 %
Achats de fournitures médicales stockées	28,12	30,48	33,03	33,64	38,33	8,0 %	19,6 %	36,3 %	13,9 %
dont DMI inscrits	9,19	10,92	11,76	11,90	12,40	7,8 %	29,4 %	34,9 %	4,2 %
Fournitures médicales non stockables	16,02	16,93	17,43	19,06	20,79	6,7 %	18,9 %	29,8 %	9,1 %
Variations de stock à caractère médical	3,56	3,93	4,68	3,88	4,26	4,6 %	9,1 %	19,6 %	9,6 %
Sous-traitance médicale et médico-sociale	2,45	2,93	3,26	3,82	4,43	15,9 %	55,9 %	80,5 %	15,8 %
dont kinésithérapie	0,01	0,01	0,01	0,01	0,06	51,3 %	34,2 %	423,9 %	290,6 %
dont imagerie médicale	0,38	0,48	0,49	0,61	0,51	8,1 %	61,9 %	36,5 %	- 15,7 %
dont laboratoires	1,38	1,41	2,18	2,56	3,28	24,1 %	84,9 %	137,2 %	28,3 %
dont consultations spécialisées	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	- 15,8 %	- 47,4 %	- 49,8 %	- 4,5 %
dont hospitalisations externes	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	- 1,4 %	- 6,8 %	- 5,5 %	1,4 %
dont autres prestations	0,63	0,96	0,53	0,59	0,54	- 3,8 %	- 6,6 %	- 14,5 %	- 8,4 %
dont vacances sorties	0,02	0,03	0,02	0,03	0,01	- 13,1 %	42,8 %	- 42,9 %	- 60,0 %
Locations mobilières à caractère médical	0,59	0,55	0,49	0,50	0,56	- 1,3 %	- 16,2 %	- 5,3 %	13,0 %
Entretiens et maintenance médicales	3,87	5,06	5,22	5,03	4,69	5,0 %	30,0 %	21,4 %	- 6,7 %
dont entretiens et réparations sur biens mobiliers	0,00					- 100,0 %	- 100,0 %	- 100,0 %	
dont maintenance	3,87	5,06	5,22	5,03	4,69	5,0 %	30,0 %	21,4 %	- 6,7 %
TOTAL CHARGES A CARACTERE MEDICAL	110,63	113,64	117,13	121,02	132,62	4,6 %	9,4 %	19,9 %	9,6 %

3. Les charges à caractère hôtelier et général

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Achats stockés hôteliers	9,42	8,95	9,12	8,76	10,82	3,5 %	- 6,9 %	14,9 %	23,5 %
dont alimentation	4,63	4,64	4,88	4,97	4,86	1,2 %	7,4 %	5,1 %	- 2,2 %
dont produits d'entretien	0,51	0,56	0,53	0,57	0,68	7,4 %	12,1 %	32,9 %	18,6 %
dont fournitures de bureau et informatique	0,36	0,30	0,32	0,26	0,27	- 6,4 %	- 25,9 %	- 23,2 %	3,7 %
dont fournitures hôtelières	2,47	2,33	2,47	2,49	4,55	16,5 %	0,8 %	84,3 %	82,7 %
Achats hôteliers et généraux non stockés	7,36	6,82	7,38	9,17	8,22	2,8 %	24,6 %	11,7 %	- 10,3 %
dont fourniture non stockables	6,27	5,71	6,11	7,59	6,38	0,4 %	20,9 %	1,7 %	- 15,9 %
dont fournitures non stockées	1,06	1,08	1,24	1,55	1,79	14,1 %	46,3 %	69,5 %	15,9 %
dont autres	0,03	0,03	0,03	0,03	0,05	14,2 %	20,8 %	70,2 %	40,9 %
Variations de stock hôtelier	0,96	1,05	0,88	1,06	1,10	3,6 %	10,7 %	15,3 %	4,1 %
Services extérieurs à caractère général	9,26	8,63	7,91	7,60	7,94	- 3,8 %	- 17,9 %	- 14,3 %	4,4 %
dont Redevances de crédit-bail		0,13	0,44	0,14	0,02				- 88,4 %
dont locations non-médicales	0,40	0,11	0,13	0,14	0,13	- 24,0 %	- 64,4 %	- 66,7 %	- 6,3 %
dont charges locatives	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	19,6 %	22,2 %	104,5 %	67,4 %
dont entretien et maintenance à caractère non médical	6,29	5,56	5,37	5,54	5,88	- 1,7 %	- 11,9 %	- 6,5 %	6,2 %
dont primes assurance	2,27	2,32	1,33	1,40	1,48	- 10,1 %	- 38,6 %	- 34,7 %	6,4 %
dont études et recherche	0,05	0,11	0,29	0,00	0,07	10,6 %	- 98,5 %	49,5 %	9 729,3 %
dont documentation et frais divers	0,26	0,40	0,34	0,38	0,35	7,9 %	47,1 %	35,4 %	- 7,9 %
Autres services extérieurs	7,59	6,79	8,00	9,50	9,07	4,5 %	25,2 %	19,5 %	- 4,6 %
dont indemnités du comptable et des régisseurs	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	- 7,9 %	442,1 %	- 27,9 %	- 86,7 %
dont honoraires	0,22	0,58	0,69	0,64	0,49	22,5 %	195,4 %	124,9 %	- 23,9 %
dont rémunérations diverses	0,01	0,05	0,02	0,04	0,00	- 71,9 %	189,6 %	- 99,4 %	- 99,8 %
dont publications	0,26	0,23	0,27	0,25	0,33	6,4 %	- 2,7 %	28,1 %	31,7 %
dont transports	1,77	0,96	1,32	1,77	1,73	- 0,5 %	0,1 %	- 2,0 %	- 2,1 %
dont voyages et frais de déplacement	0,21	0,22	0,23	0,22	0,18	- 4,6 %	1,3 %	- 17,2 %	- 18,2 %
dont frais postaux et télécommunications	0,96	0,98	1,07	1,07	1,12	4,0 %	12,3 %	17,0 %	4,2 %
dont services bancaire	0,00	0,00	0,00	0,02	0,04	71,0 %	250,2 %	755,9 %	144,4 %
dont prestations logistiques externalisées	4,16	3,76	4,40	5,48	5,18	5,7 %	31,9 %	24,7 %	- 5,5 %
Impôts et taxes hors charges de personnel	0,04	0,04	0,07	0,03	0,06	11,5 %	- 10,6 %	54,7 %	73,1 %
Autres charges	3,29	4,22	5,63	6,75	8,10	25,3 %	105,2 %	146,3 %	20,0 %
dont redevances de concessions et brevets	0,00	0,01	0,30	0,91	1,14	379,7 %	42 555,8 %	52 839,2 %	24,1 %
dont contributions aux structures de coopérations autre que GHT	0,19	0,15	0,48	0,63	0,72	40,0 %	239,5 %	284,5 %	13,2 %
dont contribution au GHT			0,29	0,36	0,80				120,3 %
dont créances admises en NV	1,97	1,60	1,97	2,30	2,91	10,3 %	16,8 %	48,2 %	26,9 %
dont subventions versées	0,01	0,01	0,01	0,01	0,45	152,8 %	- 25,5 %	3 984,6 %	5 383,2 %
dont frais de culte et d'inhumation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,7 %	54,9 %	183,2 %	82,8 %
dont autres charges de gestion courantes	1,00	2,33	2,46	2,42	2,09	20,3 %	142,5 %	109,3 %	- 13,7 %
TOTAL DES CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL	37,92	36,50	39,00	42,89	45,32	4,6 %	13,1 %	19,5 %	5,7 %

4. Les charges financières et exceptionnelles

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy	Evolution 2016/2019	Evolution 2016/2020	Evolution 2019/2020
Charges financières	3,92	3,46	3,02	2,61	2,10	- 11,7 %	- 33,4 %	- 46,3 %	- 19,4 %
dont intérêts réglés d'avance	3,94	3,48	3,03	2,86	2,18	- 11,1 %	- 27,4 %	- 44,6 %	- 23,7 %
dont ICNE	- 0,02	- 0,02	- 0,01	- 0,25	- 0,08	33,7 %	1 285,0 %	327,9 %	- 69,1 %
Charges exceptionnelles	9,60	8,42	6,31	13,57	8,15	- 3,2 %	41,5 %	- 15,1 %	- 40,0 %
dont amendes fiscales et pénales		0,58		0,00					- 100,0 %
dont rappels d'impôts et autres charges exceptionnelles sur opération de gestion	1,23	0,90	0,15	0,25	0,00	- 69,9 %	- 79,5 %	- 99,8 %	- 98,8 %
dont charges sur exercices antérieurs	1,28	0,94	1,23	4,36	1,64	5,2 %	241,4 %	28,5 %	- 62,3 %
dont titres annulés	5,77	5,39	4,50	8,03	5,02	- 2,7 %	39,3 %	- 12,9 %	- 37,5 %
dont valeur comptable des éléments d'actif cédés	0,86	0,21	0,11	0,26	0,81	- 1,1 %	- 69,3 %	- 5,5 %	207,2 %
dont autres charges exceptionnelles	0,46	0,41	0,32	0,66	0,68	7,9 %	43,1 %	46,0 %	2,0 %
Dotations aux amortissements et provisions	44,57	43,72	50,63	48,44	45,92	0,6 %	8,7 %	3,0 %	- 5,2 %
dont dotations aux amortissements	19,86	22,28	23,50	24,74	27,45	6,7 %	24,6 %	38,2 %	10,9 %
Dont dotations aux provisions pour risques	0,95	2,07	2,11	2,05	0,69	- 6,2 %	114,7 %	- 27,2 %	- 66,1 %
Dont dotations aux provisions pour CET	1,00	0,95	1,08	1,76	1,08	1,5 %	75,1 %	7,5 %	- 38,6 %
Dont dotations aux autres provisions pour charges			0,25						
Dont dotations aux dépréciations des immobilisations			1,49						
Dont dotations aux dépréciations de créances	5,12	3,02	8,73	6,04	4,44	- 2,8 %	17,9 %	- 13,4 %	- 26,5 %
Dont dotations aux amortissements - charges financières	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	- 38,2 %	- 44,6 %	- 91,0 %	- 83,7 %
Dont dotation aux DAP - charges exceptionnelles	17,04	15,40	13,20	13,86	12,26	- 6,4 %	- 18,7 %	- 28,0 %	- 11,5 %
TOTAL DES AUTRES CHARGES	58,09	55,61	59,97	64,63	56,17	- 0,7 %	11,3 %	- 3,3 %	- 13,1 %

5. La structure des charges de fonctionnement

Libellés	2016	2017	2018	2019	2020	Var ann moy
TOTAL DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT	484,64	490,30	505,08	523,22	555,61	2,8 %
Charges de personnel	57 %	58 %	57 %	56 %	58 %	/
Charges à caractère médical (avec stocks)	23 %	23 %	23 %	23 %	24 %	/
Charges à caractère hôtelier (avec stocks)	8 %	7 %	8 %	8 %	8 %	/
Charges financières	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	/
Charges exceptionnelles	2 %	2 %	1 %	3 %	1 %	/
Dotations aux amortissements et provisions	9 %	9 %	10 %	9 %	8 %	/

Source : Comptes financiers

Tableau 40 : Le temps de travail additionnel et heures supplémentaires rémunérés

Type de personnel	Objet	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2016-2020
Personnel médical*	TTA (en demi-journées)	1 629	2 465	2 599	3 178	4 670	187 %
	TTA rémunéré (en €)	258 644	369 750	389 850	489 285	700 500	171 %
Personnel non médical	Heures supplémentaires (en heures)	5 347	6 784	9 359	15 015	53 825	907 %
	dont personnel soignant (en heures)	1 246	1 423	4 338	10 272	38 224	2 968 %
	Heures supplémentaires (en €)	65 351	92 786	156 711	255 528	1 627 602	2 391 %
	dont personnel soignant (en €)	23 537	26 890	82 717	176 172	1 233 556	5 141 %

*hors internes et étudiants pour le personnel médical

Source : Bilans sociaux du CHU de Reims

Tableau 41 : Les équivalents temps plein rémunérés au 31 décembre

	ETPR consolidés au 31 décembre	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2016/2020
Personnel médical	PH-PU titulaires	59,26	57,69	55,22	55,87	122,56	103,4 %
	PH temps plein et temps partiel	225,18	220,96	221,24	223,39	254,33	17,2 %
	Praticiens contractuels renouvelables de droit	22,17	22,71	22,33	21,92	46,83	84,8 %
	PH-PU temporaires	41,99	40,71	39,29	38,90	45,33	9,0 %
	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	86,45	96,75	114,3	130,60	145,49	71,7 %
	Internes	474,01	499,04	521,64	562,80	580,34	25,6 %
	Etudiants	992,53	1 060,12	1 030,43	973,30	1 049,13	10,0 %
	Intérim médical	5,37	5,41	10,58	11,30	9,89	300,4 %
	Total personnel médical	1 906,96	2 003,39	2 015,03	2 018,08	2 253,90	22,0 %
Personnel non médical	Personnels administratifs	515,07	525,32	530,39	527,21	511,07	- 3,0 %
	Personnels des services de soins	3 140,36	3 105,26	3 161,52	3 106,29	3 081,01	- 3,3 %
	Personnels éducatifs et sociaux	24,76	25,78	29,87	28,92	28,62	17,8 %
	Personnels médico-techniques	268,12	263,35	267,59	267,58	269,95	- 1,1 %
	Personnels techniques et ouvriers	503,55	494,2	495,23	489,22	473,59	- 8,5 %
	Total personnel non médical permanent	4 451,86	4 413,91	4 484,6	4 419,22	4 364,24	- 3,6 %
Personnel non médical- CDI	Personnels administratifs	30,14	29,26	29,84	38,36	45,29	73,1 %
	Personnels des services de soins	43,52	38,37	40,15	64,97	214,79	455,2 %
	Personnels éducatifs et sociaux	6,35	5,36	4,57	4,54	8,03	25,1 %
	Personnels médico-techniques	3,58	4,52	9,55	12,83	30,04	1 597,2 %
	Personnels techniques et ouvriers	54,47	58,5	68,77	77,79	87,42	85,9 %
Personnel non médical- CDD et autres	CDD	607,19	669,42	628,77	669,30	678,29	29,5 %
	Contrats soumis à disposition particulière	28,71	17,91	6,27	2,24	3,75	- 84,9 %
	Apprentis	0,89	3,47	5,02	5,83	6,92	743,9 %
Total personnel non médical non permanent		774,85	826,81	792,94	875,86	1 074,53	60,5 %
Total équivalents temps plein rémunérés		7 133,67	7 244,11	7 292,57	7 313,16	7 692,67	9,2 %

Source : Comptes financiers

Tableau 42 : Les marge brute et marge non aidée de l'établissement (en M€)³⁶

Type	Budgets	2016	2017	2018	2019	2020
Marge brute (en M€)	Consolidée	44,24	49,30	50,72	48,55	49,75
	CHU	39,35	44,45	46,36	45,38	46,23
	EHPAD	3,23	2,96	2,92	2,40	2,87
	USLD	0,76	1,11	0,48	0,38	0,31
Marge non aidée (en M€)	Consolidée	21,35	26,20	27,67	25,65	26,85
	CHU	16,46	21,47	23,43	22,48	23,34
	EHPAD	3,23	2,96	2,92	2,40	2,87
	USLD	0,76	0,99	0,37	0,38	0,31
Taux de marge brute (en %)	Consolidée	8,7 %	9,4 %	9,4 %	8,8 %	8,4 %
	CHU	8,5 %	9,3 %	9,5 %	9,0 %	8,5 %
	EHPAD	9,7 %	8,8 %	8,5 %	7,0 %	7,8 %
	USLD	10,5 %	15,1 %	6,6 %	5,3 %	4,0 %
Taux de marge non aidée (en %)	Consolidée	4,2 %	5,0 %	5,1 %	4,6 %	4,5 %
	CHU	3,6 %	4,5 %	4,8 %	4,5 %	4,3 %
	EHPAD	9,7 %	8,8 %	8,5 %	7,0 %	7,8 %
	USLD	10,5 %	13,5 %	5,1 %	5,3 %	4,0 %

Source : Retraitement selon calcul CRC Grand Est

Tableau 43 : Les CAF brute et nette consolidées de l'établissement

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Résultat net consolidé	3,53	4,68	4,31	5,07	6,40
+ Amortissements (68)	48,27	47,26	54,35	52,21	49,83
- Reprises sur provisions (78)	6,66	7,28	12,75	12,94	11,30
+ VNC (675)	0,86	0,21	0,11	0,27	0,81
- Produits des cessions (775)	7,57		0,19	0,06	0,02
- Quote part des subventions (777)	1,38	1,21	1,28	1,29	1,15
CAF brute	37,04	43,47	44,68	43,30	44,60
Taux de CAF brute (en %)	6,9 %	8,0 %	8,0 %	7,5 %	7,2 %
Remboursement du capital de la dette (164 et 163)	13,40	13,51	12,16	22,37*	16,02*
CAF nette	23,64	29,96	32,52	20,93	28,58
Taux de CAF nette (en %)	4,4 %	5,5 %	5,8 %	3,6 %	4,6 %

*dont remboursement de 10 M€ d'un emprunt in fine en 2019 et 3 M€ en 2020

Source : Comptes financiers

³⁶ Marge brute = 70 à 75 nets des débits (y compris 7087) – 60 à 65 nets des crédits et marge non aidée = marge brute – aides budgétaires et à l'investissement versées par l'ARS
Taux de marge brute = marge brute / produits courants

Tableau 44 : Les ratios de trésorerie

En milliers d'euros	2016	2017	2018	2019	2020
Fonds de roulement (a)	121 855,90	113 476,80	97 924,11	108 696,54	113 036,30
Évolution	N.C.	- 8 379,11	- 15 552,68	+ 10 772,43	+ 4 339,76
= Besoin en fonds de roulement net global (b)	44 820,70	56 685,56	58 698,54	78 142,29	52 719,23
Évolution	N.C.	+ 11 864,86	+ 2 012,98	+ 19 443,75	- 25 423,06
en nbre de jours de charges courantes	35	43	44	57	36
Trésorerie nette (c=a-b)	77 035,20	56 791,24	39 225,58	30 554,25	60 317,07
Évolution	N.C.	- 20 243,96	- 17 565,66	- 8 671,33	+ 29 762,82
en nbre de jours de charges courantes	60	44	29	22	41

Source : Comptes financiers retraité CRC Grand Est

Tableau 45 : Le financement de l'investissement (en M€)

	Exercice 2016	Exercice 2017	Exercice 2018	Exercice 2019	Exercice 2020	Total 2016-2020
REMBOURSEMENT DES DETTES FINANCIERES	13,62	13,58	12,08	22,37	15,92	77,58
IMMOBILISATIONS	30,17	43,01	49,56	36,00	45,19	203,93
Opérations courantes	16,83	18,30	14,55	12,99	16,15	78,82
Opérations majeures	13,34	24,71	35,01	23,01	29,04	125,11
Immobilisations incorporelles (20 sauf 2095)	2,01	2,62	2,41	1,98	1,97	10,99
Terrains (211)	0,00	0,05				0,05
Agencements et aménagements de terrains (212)	0,00	0,00	0,02			0,02
Constructions sur sol propre (213)	2,89	2,76	2,79	2,26	2,97	13,67
Installations techniques, matériel et outillage industriel (215)	9,36	10,81	8,04			0,00
Autres immobilisations corporelles (218)	2,98	3,30	3,14	7,83	13,77	49,82
Immobilisations en cours (23)	12,93	23,46	33,16	1,82	3,74	14,98
AUTRES EMPLOIS	0,00	15,85	0,00	22,11	22,74	114,39
Annulations de titres sur exercices clos	0,00	15,85				15,85
TOTAL DES EMPLOIS	43,79	72,44	61,65			15,85
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	37,04	43,66	44,55	58,37	61,11	297,36
EMPRUNTS	0,00	0,00	0,00	20,00	10,00	30,00
DOTATIONS ET SUBVENTIONS	0,35	17,32	0,96	1,21	6,50	26,34
Apports -Fonds associatifs (102,103)	0,27	15,09	0,37	0,31	0,20	16,23
Subventions d'équipement reçues (131,138)	0,09	2,23	0,59	0,90	6,30	10,10
AUTRES RESSOURCES	7,81	2,00	0,61	1,30	0,19	11,91
Cessions d'immobilisations (775)	7,57	0,00	0,19	0,06	0,02	7,84
Annulations de mandats sur exercices clos	0,23	2,00	0,42	1,24	0,17	4,06
TOTAL DES RESSOURCES	45,20	62,98	46,12	63,84	61,26	279,39
Apport au (prélèvement sur le) fonds de roulement	1,41	- 9,46	- 15,53	5,47	0,15	- 17,97

Source : Comptes financiers du CHU de Reims

Tableau 46 : Le financement emplois-ressources (en M€)

Emplois		Ressources	
Phase 1	230	Aide nationale	172
Phase 2	207	Autofinancement	221
Phase 3	55	Emprunt	365
Équipements	62	→ un endettement soutenable sur la durée :	
		-Durée apparente de la dette inférieure à 10 ans	
Sous Total Nouvel Hôpital	554	-Indépendance financière entre 30% et 45%	
Autres travaux	60		
Renouvellement des équipements lourds	17	-Taux d'endettement entre 30% et 52%	
Enveloppes courantes (2021-2030)	127		
Total	758	Total	758

Source : CHU de Reims

ANNEXE 2 : Glossaire

ACE :	actes et consultations externes
AGUR :	association gardes urgences rémoises
AJA :	accueil de jour Alzheimer
AME :	aide médicale de l'État
AMH :	American Memorial Hospital
ANAP :	agence nationale pour la performance en santé
ANV :	admission en non-valeur
ARE :	allocation de retour à l'emploi
ARS :	agence régionale de santé
ASAP :	avis de sommes à payer
ASTP :	assistant spécialiste à temps partagé
ATIH :	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU :	accueil et traitement des urgences
CAC :	commissaire aux comptes
CAF :	capacité d'autofinancement
CAL :	commission d'activité libérale
CCAS :	centre communal d'action social
CDD :	contrat à durée déterminée
CDI :	contrat à durée indéterminée
CET :	compte épargne temps
CHU :	centre hospitalier universitaire
CHSCT :	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLCC :	centre de lutte contre le cancer
CME :	commission médicale d'établissement
CMG :	commission médicale de groupement
CMU-C :	couverture maladie universelle complémentaire
CNIS :	conseil national de l'investissement en santé
CODIR :	comité de direction
COPERMO :	comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPAM :	caisse primaire d'assurance maladie
CPIAS :	centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT :	communauté psychiatrique de territoire
CREA :	compte de résultats et d'exploitation analytique
CREF :	contrat de retour à l'équilibre financier
CRES :	comptes de résultats simplifiés
CSP :	code de la santé publique
CTE :	comité technique d'établissement
DAEL :	direction des achats, des équipements et de la logistique
DAF :	direction des affaires financières
DGOS :	direction générale de l'offre de soins
DGFIP :	direction générale des finances publiques
DIM :	département d'information médicale
DMI :	dispositifs médicaux implantables
DMS :	durée moyenne de séjour
DPI :	dossier patient informatisé
DUNE :	pôle digestif-urologie-néphrologie-endocrinologie
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP :	équipe mobile de soins palliatifs
EPRD :	état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS :	établissement public de santé

EPSMM :	établissement public de santé mentale de la Marne
ETP :	équivalent temps plein
ETPR :	équivalent temps plein rémunéré
FHF :	fédération hospitalière de France
FIR :	fonds d'intervention régional
FMESPP :	fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS :	groupement de coopération sanitaire
GHM :	groupe homogène de malades
GHS :	groupe homogène de séjours
GHT :	groupement hospitalier de territoire
GHUC :	groupement hospitalier universitaire de Champagne
GMAO :	gestion du matériel assistée par ordinateur
HAD :	hospitalisation à domicile
HAS :	haute autorité de santé
HC :	hospitalisation complète
HJ :	hospitalisation de jour
HT :	hors taxes
I2AS :	Institut d'intelligence Artificielle en Santé
IDE :	infirmier(ère) diplômé(é) d'État
IADE :	infirmier(ère) anesthésiste diplômé(é) d'État
IBODE :	infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé(é) d'État
ICR :	indice de coût relatif
IPA :	infirmier(ère) de pratique avancée
IP-DMS :	indice de performance-durée moyenne de séjour
IRF :	institut régional de formation
IRM :	imagerie par résonance magnétique
IVG :	interruption volontaire de grossesse
MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIG :	missions d'intérêt général
MIGAC :	missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MMG :	maison médicale de garde
MO :	molécules onéreuses
MPR :	médecine physique et de réadaptation
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQOS :	objectifs quantifiés d'offre de soins
PAAT :	plan d'action achat territorial
PASA :	pôle d'activités et de soins adaptés
PCME :	président de la commission médicale d'établissement
PdM :	part de marché
PES :	protocole d'échange standard
PH :	praticien hospitalier
PGFP :	plan global de financement pluriannuel
PMCT :	poids moyen du cas traité
PMSP :	projet médico-soignant partagé
PPE :	plan pluriannuel d'entretien
PPI :	plan pluriannuel d'investissement
PRS :	projet régional de santé
PSP :	projet de soins partagés
PTD :	programme technique détaillé
PU-PH :	professeur des universités-praticien hospitalier
RAAC :	récupération améliorée après chirurgie
RH :	ressources humaines
RIA :	relevé infra-annuel
RIB :	relevé d'identité bancaire

RSA :	résumé de sortie anonyme
RSS :	résumé de sortie standardisé
RUM :	résumé d'unité médicale
SACC :	services autres que la certification des comptes
SAU :	service d'accueil des urgences
SIG :	soldes intermédiaires de gestion
SMUR :	structure mobile d'urgence et de réanimation
SRS :	schéma régional de santé
SSPI :	salle de surveillance post-interventionnelle
SSR :	soins de suite et de réadaptation
T2A :	tarification à l'activité
TTA :	temps de travail additionnel
TTC :	toutes taxes comprises
TVA :	taxe sur la valeur ajoutée
TVO :	temps de vacation offert au bloc
UCA :	unité de Chirurgie Ambulatoire
UFR :	unité de formation et de recherche
UHCD :	unité d'hospitalisation de courte durée
UniHA :	union des hôpitaux pour les achats
URCA :	université de Reims Champagne Ardenne
USC :	unité de surveillance continue
USLD :	unité de soins de longue durée
VNC :	valeur nette comptable



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes Grand Est :
www.ccomptes.fr/fr/crc-grand-est

Chambre régionale des comptes Grand Est

3-5, rue de la Citadelle

57000 METZ

Tél. : 03 54 22 30 49

www.ccomptes.fr/fr/crc-grand-est