

## **Chapitre VIII**

### **Le financement des centres hospitalo- universitaires (CHU)**

---

**PRESENTATION**

---

*Les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont des hôpitaux publics qui rassemblent des fonctions de soins, d'enseignement et de recherche médicale. Cette triple mission leur confère une place particulière dans le système de soins hospitalier français, confortée par la renommée de certaines de leurs équipes médicales. On en dénombre stricto sensu 29 auxquels l'administration rattache par usage les trois centres hospitaliers régionaux (CHR) situés à Orléans, Metz-Thionville et Saint Denis à la Réunion<sup>263</sup>. De taille importante, implantés souvent dans les chefs-lieux de région, les CHU dispensent à la fois des soins complexes et hautement spécialisés et des soins courants à la population résidant dans leur zone d'attraction : en 2009 un séjour hospitalier sur six a eu lieu dans un CHU. Ils représentent une dépense globale de 24 Md€.*

*Comme les autres établissements de santé, les CHU sont financés depuis 2004 pour la part en provenance de l'assurance maladie en fonction de l'activité produite en médecine, obstétrique et chirurgie (MCO). Depuis l'introduction de cette tarification à l'activité (T2A), ils rencontrent des difficultés financières importantes, au point que le montant de leur déficit en 2009 (422 M€) représentait plus de 81 % de celui constaté dans les cent autres centres hospitaliers les plus importants. Ce constat a conduit la Cour, qui a déjà consacré plusieurs travaux à la mise en place de la T2A<sup>264</sup> et à la situation financière des hôpitaux<sup>265</sup>, à s'interroger sur les effets de cette réforme à leur égard.*

*Après avoir examiné ce qui fait ou non la spécificité des CHU par rapport aux autres établissements de santé (I), la Cour a analysé l'évolution de leurs différentes ressources sur la période allant de 2006 à 2009 caractérisée par des évolutions importantes du modèle T2A (II). Prenant appui sur les enquêtes qu'elle a conduites dans cinq d'entre eux<sup>266</sup>, elle a cherché à mesurer les efforts réalisés pour gagner en efficacité (III).*

---

---

263. Parmi ces établissements, le présent chapitre traite des 29 situés en métropole.

264. RALFSS 2006, p. 153, Le pilotage de la politique hospitalière ; RALFSS 2009, p. 171, La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours.

265. RALFSS 2010, p. 261, La situation financière des hôpitaux publics.

266. Il s'agit des CHU de Montpellier et Nîmes en région Languedoc-Roussillon, et des Hospices civils de Lyon (HCL), des CHU de Grenoble et de Saint-Etienne, en région Rhône-Alpes. La Cour a exploité des informations fournies directement par ces établissements et contredites avec eux, sans qu'ils aient toutefois fait l'objet dans ce cadre d'un contrôle de leurs comptes et de leur gestion.

## I - Une spécificité restreinte

Les CHU ont été créés par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958. Ce sont des centres hospitaliers régionaux (CHR) qui ont passé une convention avec une ou plusieurs universités ayant une unité de formation et de recherche de médecine (UFR). Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires -HPST-, leurs directeurs sont nommés en conseil des ministres. Hormis cette dimension institutionnelle propre, les CHU ont le même statut juridique et financier que les autres établissements publics de santé (EPS) et leur tutelle est exercée par les agences régionales de santé (ARS).

### A – La place prépondérante des CHU dans le système hospitalier

L'importance des CHU apparaît tant dans les chiffres d'activité que de dépenses, mais la spécificité de leur activité de soins par rapport aux autres établissements publics de santé est relative. Les CHU présentent par ailleurs entre eux des différences significatives.

#### 1 – Leur poids dans l'activité hospitalière

En 2009, les CHU offrent 17 % des capacités publiques et privées d'hospitalisation complète et 12 % des places d'hospitalisation à temps partiel. Leur activité est centrée sur la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour laquelle ils disposent de 36 % des lits. Avec 2,4 millions de séjours réalisés en hospitalisation complète<sup>267</sup>, ils réalisent 25 % des séjours de médecine, 17 % des séjours de chirurgie et 16 % des séjours en obstétrique. Ils assurent environ un tiers des consultations externes (18,4 millions) et un cinquième des passages aux urgences (3,5 millions). Au total, les CHU représentent environ 21 %<sup>268</sup> de l'activité hospitalière.

Ces établissements emploient 45 500 médecins et internes (ETP) et 233 000 autres agents toutes catégories confondues (administratifs, personnels techniques et médico-techniques, personnels éducatifs et sociaux), dont 164 000 personnels soignants, soit le tiers des personnels soignants exerçant dans les EPS. En relation avec les 36 facultés de médecine, ils participent à la formation médicale de 33 780 étudiants de la deuxième à la sixième année et de 17 100 internes. Plus de 40 000

267. Conférence des directeurs généraux de CHU, chiffres clés des CHU ; mars 2011.

268. DREES, Capacités, personnel et activité des CHU ; 2009.

étudiants paramédicaux sont inscrits dans leurs 258 instituts de formation spécialisés.

### Le financement des CHU par l'assurance maladie

	<i>En M€</i>			
	2006	2007	2008	2009
1) Activité financée par les tarifs	3 765,3	5 465,6	11 020,3	11 079,3
2) Médicaments et dispositifs médicaux en sus	910,8	1 010,0	1 119,6	1 192,2
Total activité (1+2)	4 676,1	6 475,7	12 139,9	12 271,5
3) Dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	3 135,8	3 500,4	3 716,4	4 100,5
Total dépenses MCO CHU <sup>269</sup>	15 053,9	15 484,9	16 107,6	16 637,2
Total dépenses MCO hôpitaux du secteur public en métropole	35 928,4	36 967,7	38 495,3	40 037,5

Source : ATIH

En 2009, les 29 CHU représentent 33,3 % des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie pour l'activité effectuée en MCO (16,6 Md€ sur 49,7 Md€). Cette proportion est de 41,5 % lorsqu'elle est rapportée au total des établissements du secteur public<sup>270</sup>.

## 2 – Des situations très disparates sous une appellation commune

L'examen des capacités, des activités de soins et du positionnement en matière de recherche des CHU révèle des différences significatives.

Le plus important d'entre eux, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), occupe une place à part : ce CHU représente entre un quart et un tiers des activités réalisés par les CHU selon les disciplines et assure à lui seul près de 20 % des activités hautement spécialisées de l'ensemble des CHU. Ses recettes représentent 27,3 % de celles des CHU. Les Hospices civils de Lyon (HCL) se placent en deuxième position par leur activité et leur budget, suivis de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de

269. Ce chiffre pour la MCO inclut la dotation annuelle complémentaire (DAC) en 2006 et 2007, dotation qui complétait les recettes T2A car la tarification à l'activité n'a été appliqué à 100 % qu'à partir de 2008.

270. Cette catégorie comprend tous les établissements publics de santé (EPS) antérieurement sous dotation globale, et donc les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Marseille (AP-HM). Ces trois établissements réalisent 45,8 % de l'activité de soins produite en MCO par les CHU. A l'opposé, les plus petits CHU en termes d'activité (Saint Etienne, Nîmes et Angers) ne réalisent que 6,8 % de l'activité MCO.

La sévérité des cas traités au sein d'une même activité diffère d'un CHU à l'autre : son niveau peut varier du simple au double. En moyenne la proportion de patients classés dans le niveau de sévérité le plus élevé s'élève à 2,2 % de l'ensemble des séjours. Cette proportion descend à 1,7 % dans le CHU de Brest et le CHR de Metz-Thionville et s'élève à 3,6 % au CHU d'Amiens et 3,3 % au CHU de Dijon. Dans les CHU retenus par la Cour, le CHU de Montpellier se situe au dessus de la moyenne avec un taux de 2,8 %, loin devant les quatre autres, qui sont en dessous de cette moyenne : Nîmes et les HCL avec un taux de 1,8 % se situent parmi les CHU qui ont la proportion la plus faible de groupes homogènes de séjours (GHS) à niveau de sévérité élevée. Grenoble et Saint Etienne ont un taux de 2 %, ce qui équivaut à la moyenne constatée dans les EPS.

La diversité de l'activité de soins mesurée par le nombre de groupes homogènes de malades (GHM) recensés pour classer les séjours varie très fortement d'un CHU à l'autre. L'activité des CHU de Nîmes et de Brest se décrit avec 445 GHM, celle des CHR d'Orléans et de Metz-Thionville avec respectivement 437 et 394 GHM, mais certains CHU ont une gamme d'activités beaucoup plus étendue : on dénombre 594 GHM au CHU de Toulouse, 587 à l'AP-HM, 586 à l'AP-HP et 571 au CHU de Montpellier.

Les performances des CHU en matière de recherche sont très inégales. La commission sur l'avenir des CHU<sup>271</sup> a montré que l'activité de recherche est concentrée sur l'Ile-de-France et que les capacités de recherche sont très contrastées entre les CHU. Ainsi, hors AP-HP, 15 CHU comptent moins de cinq unités INSERM, huit en comptent entre cinq et dix et quatre plus de dix. La production scientifique, mesurée par un indicateur dénommé le score SIGAPS<sup>272</sup>, est très variable. Au regard de cet indicateur, les CHU de Reims et Caen présentent la productivité par hospitalo-universitaire la plus faible et les HCL suivis du CHU de Lille la plus élevée (classement établi hors AP-HP).

---

271. Rapport de la commission présidé par le Pr Jacques Marescaux ; mai 2009.

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

## **B – Un rôle de recours et de référence limité**

Les CHU se différencient des autres établissements de soins par leur activité de recherche et dans une moindre mesure par leur activité d'enseignement, celle-ci étant partagée avec d'autres établissements. Ces activités sont financées par des crédits particuliers gérés directement par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) (voir infra sur les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation -MERRI-).

Dans le domaine des soins, les CHU réalisent à la fois des actes très spécialisés et complexes correspondant à une fonction de recours et des actes moins techniques qui leur permettent de répondre aux besoins courants de la population demeurant dans leur zone d'attractivité.

### **1 – Une activité de soins peu différente des autres établissements publics de santé**

La généralisation du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) couplée à une description de plus en plus fine des séjours et des actes pratiqués en MCO permet de mieux connaître l'activité de soins et de comparer les établissements entre eux. Les données qui en sont issues sont traitées par l'agence technique de l'information médicale (ATIH)<sup>273</sup>.

L'étude des dix GHM les plus réalisés dans les CHU et dans les EPS en 2009 montre qu'ils ont en commun 7 GHM médicaux et 5 GHM chirurgicaux. Il s'agit pour la plupart d'actes courants. L'intervention sur la cataracte est l'acte chirurgical le plus souvent effectué, le deuxième étant la césarienne sans complication significative. La chimiothérapie de très courte durée et les explorations pour des affections endocriniennes et métaboliques font partie des actes médicaux les plus pratiqués, suivis des prises en charge liées à la toxicologie.

La spécificité des CHU est plus marquée en ce qui concerne les actes médicaux. Les surveillances de greffe, les explorations et surveillances de maladies infectieuses ou parasitaires, ou de pathologies à risque cancéreux font partie des dix GHM les plus réalisés.

Les actes pratiqués uniquement dans les CHU représentent seulement 5,5 % des séjours et 14,5 % des journées effectués en MCO en 2008<sup>274</sup>. Cette moyenne recouvre des réalités très disparates. Ainsi 16

---

273. Cf. chapitre VII - Tarification à l'activité et convergence tarifaire.

274. ATIH : l'activité spécifique des CHU ; août 2009.

CHU ont une part d'activité spécifique supérieure à 5,4 %, mais qui ne dépasse pas 10 % et trois d'entre eux, dont les deux CHR, ont une part inférieure à 4 %. Les HCL, le CHU de Grenoble se situent à plus de 7 %, le CHU de Saint Etienne à 6,2 %, Montpellier à 5,6 % et Nîmes à 1,8 %.

Quelle que soit la méthode utilisée pour classer les CHU sur ces actes spécifiques (nombre de journées, durée moyenne de séjour, poids des recettes issues de cette activité), les CHU de Nîmes et de Nice et les deux CHR de Metz-Thionville et Orléans se trouvent toujours en fin de classement.

## **2 – Des cas sévères qui représentent une part minoritaire de leur activité**

En 2009, une nouvelle classification dite V11 a introduit quatre niveaux de sévérité à l'intérieur d'un même GHM afin de mieux prendre en compte la complexité des prises en charge.

Ce changement devait bénéficier aux CHU, qui le réclamaient, car ils étaient réputés prendre en charge les cas les plus sévères au sein d'une même activité.

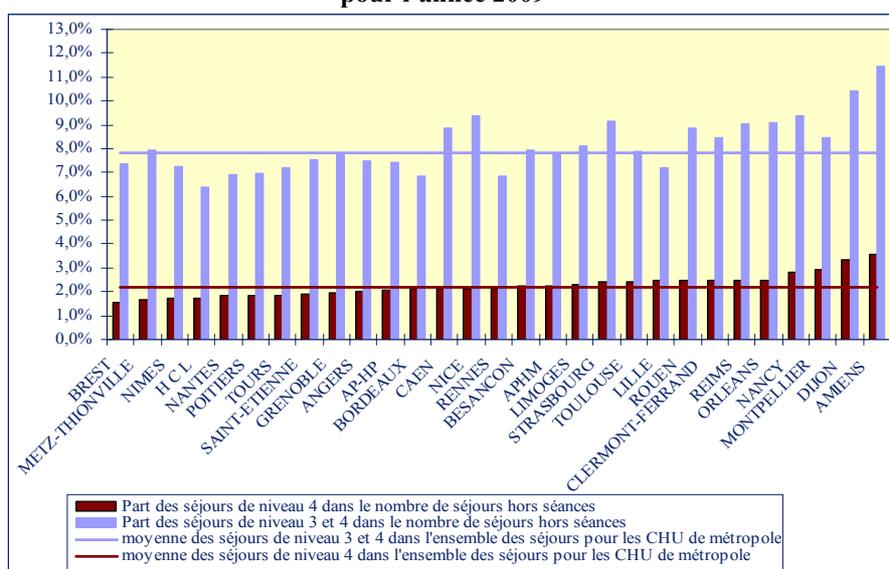
### **La détermination des niveaux de sévérité**

L'attribution du niveau de sévérité dépend de plusieurs critères analysés successivement : l'existence d'une co-morbidité associée au diagnostic principal, l'âge du patient, le mode de sortie du patient, la durée de séjour minimale pour le niveau. La sévérité est analysée sous l'angle de la pathologie et non de la technicité de l'acte pratiqué. Le niveau 1 correspond à un GHM sans sévérité et le niveau 4 aux cas les plus graves.

L'impact de la V11 a été plus limité que celui escompté car la proportion des niveaux 4 -les plus sévères- s'est révélée très faible : elle représente 2,2 % des séjours en moyenne dans les CHU et 2 % dans les hôpitaux généraux les plus importants. Si les CHU prennent en charge légèrement plus de cas sévères que les autres EPS, plus de 90 % de leur activité concerne des patients classés dans les niveaux faibles de sévérité (1 et 2).

Plus que la taille du CHU, c'est leur positionnement dans le territoire de santé et leur situation concurrentielle qui ont un rôle déterminant dans les niveaux de prise en charge. Ainsi des CHU situés dans des villes de taille moyenne comme Reims, Nancy, Orléans accueillent en proportion plus de patients sévères.

### Le classement des CHU en fonction des niveaux de sévérité des séjours pour l'année 2009



Source : Cour des comptes d'après données ATIH

Ce classement est susceptible d'évoluer du fait des adaptations de la V11 en 2010 et aussi en raison de progrès enregistrés par certains établissements dans le codage des niveaux de sévérité, à activité similaire.

### 3 – Une définition insuffisante du rôle de recours et de référence

Les CHU se présentent comme des établissements de recours et de référence, mais ces deux notions ne font l'objet ni d'une définition réglementaire, ni d'un consensus dans la communauté hospitalière.

La DGOS a essayé de les préciser dans la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) et à une nouvelle approche de la graduation des soins.

Selon ce texte, le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et correspond au bassin de desserte de l'hôpital pivot du secteur sanitaire. Il permet d'assurer la prise en charge des urgences et dispose d'un plateau technique disponible 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales courantes (hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie hyperspécialisée), pour l'obstétrique, pour les disciplines interventionnelles et pour l'imagerie. Au regard de cette définition, les hôpitaux généraux comme les CHU peuvent exercer ce niveau de recours.

Le niveau de référence comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux (proximité et recours) telle la chirurgie spécialisée comme la chirurgie cardiaque et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche. La prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie, sont des activités qui, pour la DGOS, devraient être organisées à un échelon inter-CHU.

Si l'on se réfère à cette circulaire, les CHU font partie des établissements entrant dans le niveau de référence car ils ont les plateaux techniques les plus spécialisés. Mais ils ne sont pas les seuls référents, d'autres EPS ou des cliniques pratiquant certaines des activités citées comme la chirurgie cardiaque. En outre, comme ces activités sont soumises à autorisation, certaines ne sont délivrées qu'aux seuls CHU, ce qui les place dans une situation de monopole : c'est le cas pour les greffes, les transplantations d'organes notamment hépatique et pancréatique, la prise en charge des brûlés et la neurochirurgie intra crânienne.

Enfin l'approche par la graduation des plateaux techniques est nécessaire mais insuffisante pour donner la qualification de « référent » à un service ou un hôpital, car elle ne prend pas en compte le critère essentiel qui est celui de la compétence des équipes médicales et de leur capacité à assurer la continuité des soins dans ces spécialités.

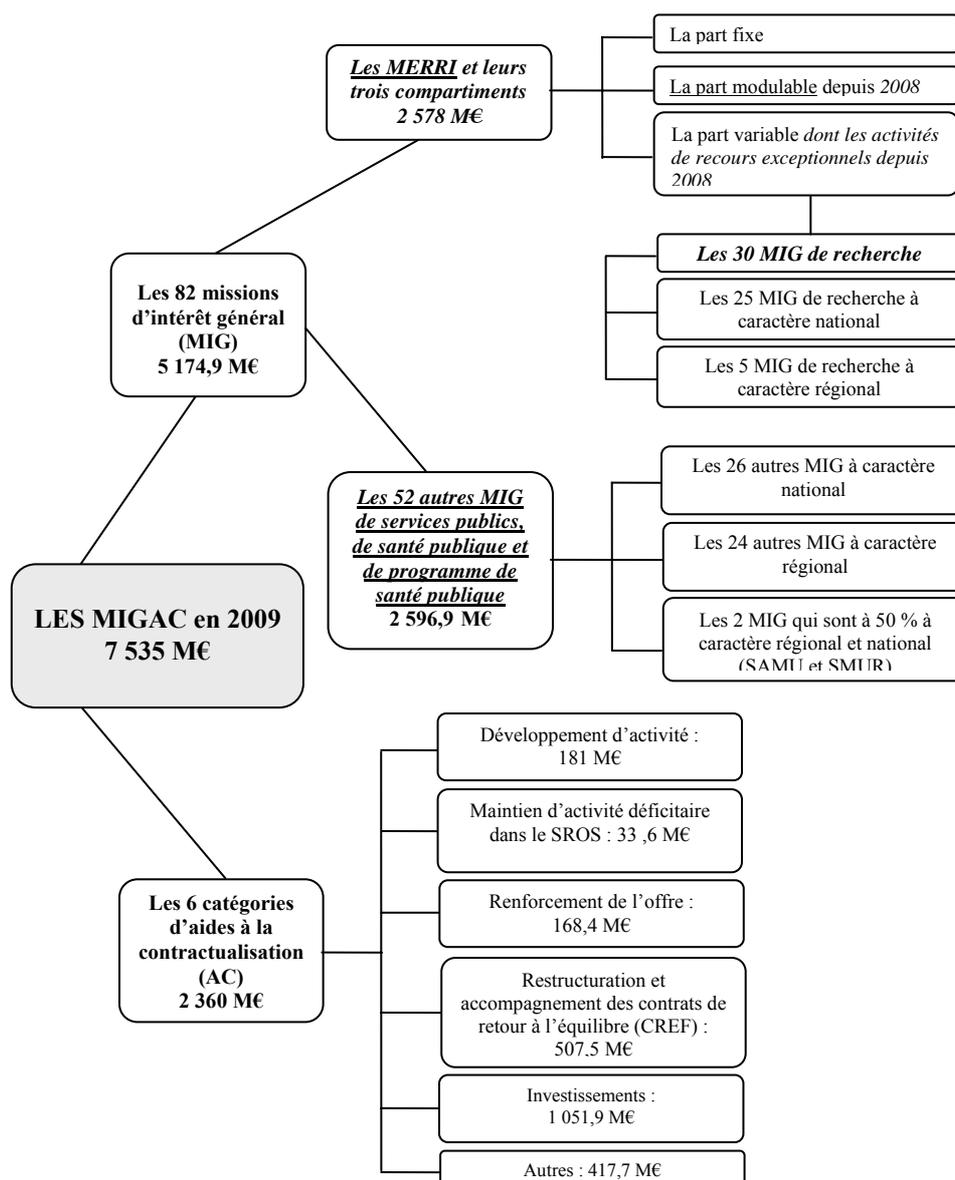
## **II - Une réforme tarifaire à la portée atténuée par la croissance des dotations forfaitaires**

Dans le modèle T2A, les recettes des établissements proviennent de deux sources principales :

- les tarifs qui rémunèrent les séjours et séances réalisés en MCO ou des activités spécifiques (ex : dialyse, urgences, consultations externes) auxquels s'ajoutent la facturation de certains dispositifs médicaux implantables ou de médicaments onéreux et des forfaits annuels pour financer une partie de certaines activités comme les greffes, les prélèvement d'organes ou les urgences ;
- les crédits forfaitaires destinés à financer des missions d'intérêt général (MIGAC), considérées comme des charges ne pouvant être soumises aux variations de l'activité. La dotation MIGAC finance trois types de missions : les missions dites d'intérêt général (MIG), les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et les aides contractuelles (AC) destinées à soutenir les établissements soit pour investir, soit pour maintenir ou développer des

activités, ou surtout pour retrouver un équilibre financier. Le schéma ci-dessous illustre la complexité de cette dotation.

**La composition complexe de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)**



Source : Cour des comptes d'après données DGOS

Les recettes des CHU proviennent majoritairement d'une activité de soins qui ne les distingue pas des autres hôpitaux ; en revanche, le poids des dotations forfaitaires y est plus important.

### **A – Des recettes tirées majoritairement de l'activité de proximité**

Les recettes des CHU sont concentrées sur quelques GHM, même si leur gamme d'activité est très diversifiée. Les CHU réalisent 50 % de leurs recettes avec moins de 200 GHM et pour certains avec moins de 100, alors qu'ils en utilisent 2 188 pour décrire l'ensemble de leur activité et que la classification en comporte 2 291.

Les cinq GHM qui apportent le plus de recettes correspondent à une activité médicale couramment pratiquée puisque la première source de recettes dans les CHU<sup>275</sup> est l'accouchement sans complication. Les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie) et les soins palliatifs constituent les principales autres sources de recettes, qui n'atteignent pas 2 % par GHS, ce qui témoigne de leur grande dispersion. Le premier GHM chirurgical apparaît au 11<sup>ème</sup> rang de la liste : il s'agit de l'intervention sur la cataracte.

Ce constat national est corroboré par les données fournies par les cinq CHU étudiés par la Cour. A titre d'exemple, la première source de recettes des HCL, second CHU de France, est aussi l'accouchement.

Lorsque les CHU réalisent des activités spécifiques, celles-ci leur procurent des recettes importantes. Une étude de l'ATIH portant sur leur activité en 2007, mais valorisée aux tarifs de 2009, montre que 5,6 % des séjours génèrent 17,5 % des recettes issues de ces derniers<sup>276</sup>. Ceci montre l'intérêt qu'ont les CHU à préserver ces activités car elles sont plus rémunératrices que les autres, sans que l'on puisse se prononcer sur la bonne adéquation des tarifs aux coûts qu'elles engendrent.

Ce point mis à part, les recettes des CHU proviennent majoritairement d'une activité de soins qui ne les distingue pas des autres hôpitaux.

---

275. A l'exception du CHU de Nancy qui n'a pas d'obstétrique, les accouchements étant réalisés par la maternité régionale de Nancy.

276. Le rapport est plus ou moins important selon les CHU mais seule une étude plus fine permettrait de savoir si les écarts résultent de leur structure d'activité ou de leur pratique de codage.

## B – Un niveau de ressources maintenu grâce aux dotations forfaitaires

La mise en place de la T2A s'est accompagnée chaque année de nombreux ajustements qui ont porté tant sur les tarifs que sur les MIGAC. En 2009, en sus du changement de classification opéré avec la V11, deux nouvelles missions d'intérêt général ont été créées, la MIG précarité et la MIG pour la permanence des soins hospitaliers (PDSH), ainsi qu'une enveloppe spécifique pour financer certaines activités dites de recours exceptionnel<sup>277</sup>.

Ces différents arbitrages ont eu des effets sur la structure des recettes de tous les EPS.

Les CHU ont plutôt bénéficié de ces nouvelles mesures : 38 % des crédits destinés à compenser les surcoûts induits par la prise en charge des patients précaires sont alloués à 18 d'entre eux. Ils perçoivent les deux tiers des crédits alloués aux activités de recours exceptionnel, soit 16,6 M€ sur 25 M€. Enfin, grâce au coefficient de transition mis en place depuis 2008 pour atténuer l'impact du passage à 100 % à la T2A, les plus surdotés d'entre eux ont bénéficié d'une majoration provisoire de leurs recettes, jusqu'en 2011.

### 1 – La diminution relative de la part des recettes issues des tarifs

#### La structure des recettes des CHU et des EPS en 2009

En M€

Enveloppe	CHU		Autres EPS	
	2009	Poids dans les recettes	2009	Poids dans les recettes
Total activité tarifée	12 271,5	73,7 %	16 447,9	82,9 %
Total forfaits annuels	265,2	1,4 %	638,2	3,2 %
Total dotation MIGAC	3 135,8	24,6 %	2 756,8	13,9 %
Total recettes T2A	16 637,2	100 %	19 842,8	100 %

Source : ATIH

Depuis 2006, la structure des recettes s'est modifiée au profit de la part venant des MIGAC : cette dernière est passée de 20,8 % à 24,6 % tandis que l'activité tarifée s'est réduite de 77,8 % à 73,7 %. Cette évolution résulte pour partie de l'extension du périmètre des MIGAC et de la baisse des tarifs qui l'ont accompagnée. Ainsi, la création des deux

277. Les deux MIG ont été créées dans le cadre de la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé (cf. chapitre VII - Tarification à l'activité et convergence tarifaire).

MIG en 2009, qui représentent un coût de 911 M€, a été financée par une baisse générale des tarifs, de l'ordre de 3,7 %, afin de respecter l'enveloppe prévue pour les dépenses hospitalières.

Durant cette période le poids des CHU dans les dépenses de l'assurance maladie est resté stable, les CHU maintenant leur niveau de ressources grâce à la progression de leurs dotations forfaitaires et non grâce aux recettes issues de leur activité, même si certains ont connu des hausses d'activité. Cette tendance s'observe aussi dans les autres EPS, mais à un degré moindre.

## 2 – Le rôle important de la dotation MIGAC

La dotation MIGAC versée aux hôpitaux publics en 2009 s'élève à 7,5 Md€<sup>278</sup>. Les 29 CHU en perçoivent 4,1 Md€ soit 54,4 %. Indépendamment des MERRI qui financent leur mission spécifique d'enseignement et de recherche, ils reçoivent 1,8 Md€ au titre des autres MIG et aides contractuelles (AC), soit 38 % de la dotation équivalente versée dans les hôpitaux en France entière (4,9 Md€). Ils ont perçu près de 40% de l'augmentation de ces crédits sur la période 2006-2009. Ceci est dû à la progression très forte des aides contractuelles (AC) qui leur ont été accordées.

### La composition de la dotation MIGAC des CHU et de l'ensemble des établissements publics de santé en 2006 et 2009

Intitulé de la dotation	En M€		
	2006	2009	Augmentation 2009/2006
<b>TOTAL MIGAC 29 CHU</b>	<b>3 126,5</b>	<b>4 100,5</b>	<b>974</b>
<i>dont MERRI (enseignement et recherche)</i>	1 975,8	2 214,8	239,0
<i>dont autres MIG</i>	677,5	1 005,4	327,9
<i>dont aides contractuelles (AC)</i>	473,2	880,3	407,1
<b>TOTAL MIGAC tous établissements publics de santé France entière</b>	<b>5 434,1</b>	<b>7 535,3</b>	<b>2 101,2</b>
<i>dont MERRI (enseignement et recherche)</i>	2 321,7	2 578,0	256,3
<i>dont Autres MIG</i>	1 587,0	2 596,9	1 009,9
<i>dont aides contractuelles (AC)</i>	1 525,4	2 360,4	835

Source : DGOS et ATIH ; Les données ne prennent pas en compte les cliniques et le service de santé des armées.

278. Voir schéma p. 239.

### 3 – L'apport significatif des aides à la contractualisation

L'aide à la contractualisation (AC) a dans un premier temps principalement financé les surcoûts des charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007). Elle a permis aussi de trouver une solution temporaire pour financer une partie des surcoûts liés à l'augmentation du nombre des internes du fait du desserrement du numerus clausus depuis 2002. Surtout, ces aides ont eu pour objet essentiel d'atténuer les tensions budgétaires dans les établissements les moins productifs. Cette dotation constitue depuis 2006 une marge de manœuvre pour les ARS et l'administration centrale. Elle représentait 2,3 Md€ en 2009.

Son augmentation a bénéficié majoritairement aux CHU. Ils ont perçu en 2009 880,2 M€ au titre de ces aides, soit 37,2 % de leur montant contre 31 % en 2006, alors qu'ils représentent 21 % de l'activité hospitalière en MCO.

#### Evolution des aides contractuelles (AC) dans les 29 CHU entre 2006 et 2009

	<i>En M€</i>				
	2006	2007	2008	2009	Evolution 2009/2006
Total AC CHU	473,2	739,3	875,6	880,2	86,0 %
Total AC EPS France entière	1 525,4	2 083,9	2 296,0	2 360,4	54,7 %
Part des CHU dans les AC	31 %	35,4 %	38,1 %	37,2 %	
AC CHU hors investissement	225,6	452,4	561,8	539,1	Multiplié par 2,3

Source : Cour des comptes d'après données DGOS

Les aides contractuelles hors investissement (AC) sont concentrées sur les CHU ayant des difficultés financières importantes. Ainsi les HCL et l'AP-HM, dont le niveau de déficit est supérieur en 2009 à 3 % de leur budget principal, ont reçu respectivement 62 M€ et 21 M€, soit à eux deux 15,4 % de la dotation (539,1 M€). Les cinq CHU les plus endettés, à savoir Caen, Lyon, Nancy, Nice et l'AP-HM, ont reçu en 2009 plus de 120,7 M€, soit 22,4 % de la dotation alors qu'ils représentent 18,5 % de la masse budgétaire des CHU.

Si les aides contractuelles atténuent pour le moment leurs déficits, la situation de ces CHU reste préoccupante, comme la Cour l'a souligné en 2010<sup>279</sup>. Dans quatre d'entre eux, sur la période 2006-2009<sup>280</sup>, la progression des dépenses de personnel est supérieure à celle de leurs recettes d'exploitation.

## **C – Un financement de l'activité d'enseignement et de recherche peu sélectif**

En France comme à l'étranger, il est admis que les missions d'enseignement et de recherche entraînent des surcoûts pour les établissements qui les assurent. Depuis la T2A, ces surcoûts sont financés sous forme d'une enveloppe spécifique : les MERRI. Cette dotation, qui constitue un sous ensemble de la dotation MIGAC, a été versée à 79 établissements en 2009, dont tous les CHU mais aussi aux vingt centres de lutte contre le cancer (CLCC) et à 27 ESPIC. Cette liste pourrait s'allonger car la loi HPST<sup>281</sup> a ouvert aux cliniques privées la possibilité de former les futurs internes, qui sera effective à partir de l'automne 2011.

En 2009, les crédits MERRI versés aux CHU s'élevaient à 2,2 Md€, soit 85,9 % de cette dotation (2,5 Md€).

### **1 – Un financement établi selon des règles figées depuis 1995**

Le montant des MERRI a été fixé de façon forfaitaire et ne correspond pas à des charges dont les montants auraient été objectivés. Ni les coûts en matière d'enseignement, ni les coûts indirects liés aux fonctions supports utiles à la recherche ne sont actuellement mesurés.

Comme l'a rappelé l'IGAS<sup>282</sup>, le niveau des crédits MERRI est le résultat d'une étude économétrique datant de 1995, qui a tenté de déterminer les surcoûts des CHU et des CLCC liés à leurs missions d'enseignement et de recherche. Il s'agissait alors de corriger la valeur du point ISA<sup>283</sup> pour permettre une comparaison des performances de

---

279. RALFSS septembre 2010. La situation financière des hôpitaux p. 274.

280. Nancy fait exception en étant juste à l'équilibre.

281. Articles L. 6112-1 du code de la santé publique et L. 632-5 du code de l'éducation.

282. Rapport de l'IGAS sur le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009.

283. Indice synthétique d'activité, unité de mesure utilisée dans les hôpitaux avant la mise en place de la T2A pour valoriser leur activité et les comparer.

l'ensemble des établissements. Ces surcoûts ont été exprimés en pourcentage des dépenses globales et un taux de 13 % a été retenu. Ce taux a servi de base pour le calibrage de l'enveloppe MERRI lors du passage à la T2A.

Ces crédits sont répartis en trois sous-enveloppes :

- une part fixe, destinée à couvrir une proportion des dépenses du personnel médical, du plateau médico-technique et des charges d'infrastructure liées au MCO<sup>284</sup> ;
- une part variable, visant à assurer le financement de dépenses individualisables dont la liste est précisée au 1° de l'article D.162-6 du code de la sécurité sociale. Elle couvre notamment les structures d'appui à la recherche clinique, les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), l'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux, les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (par exemple pour les maladies rares), les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs et dont les montants sont calculés sur les dépenses constatées (ex : médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation -ATU-, actes de biologie hors nomenclature -BHN-). ;
- une part modulable, créée en 2008 à partir de la part fixe, afin de lier plus directement les financements à des indicateurs d'activité en recherche et en enseignement<sup>285</sup>. La méthode de calcul de cette part a évolué chaque année.

L'introduction de cette dernière part devait opérer une redistribution interne des crédits. Celle-ci a été limitée à 62 M€. En outre, en 2009, la part fixe demeurait importante, à hauteur d'environ 30 % des MERRI. Elle devrait être réduite à 24,1 % en 2011, ce qui permettra de poursuivre la redistribution des financements historiques.

---

284. Pour les CHU, son montant est déterminé en appliquant un taux de 25 % sur une partie de leurs charges de personnel médical, un taux de 15 % sur leurs charges de plateau technique, hors personnel médical et hors missions relevant des MERRI variables et enfin un taux de 1 % sur les charges générales de fonctionnement.

285. Quatre indicateurs ont été retenus : le nombre d'étudiants hospitaliers, le nombre et la nature des publications scientifiques déterminés par l'application SIGAPS, le nombre d'études interventionnelles pour la recherche clinique recensées par l'application SIGREC, enfin le nombre de brevets déposés, de licences et de contrats de partenariat. Ces indicateurs, purement quantitatifs, ne font nullement référence à l'efficience.

**Evolution des composantes des enveloppes MERRI  
(éducation et recherche) attribuées aux CHU**

*En M€*

	2006	Poids des différentes composantes 2006	2009	Poids des différentes composantes 2009
Part fixe	1 490,5	75,4 %	665,5	30,0 %
Part modulable			804,6	36,3 %
Part variable	485,4	24,6 %	744,7	33,6 %
<b>TOTAL MERRI</b>	<b>1 975,9</b>	<b>100 %</b>	<b>2 214,8</b>	<b>100 %</b>

*Source : DGOS*

Par ailleurs, la part variable a significativement augmenté. La DGOS a indiqué qu'il n'existe pas d'objectif chiffré afférent au montant de cette part, mais elle envisage qu'à l'avenir elle soit affectée sur des activités évaluées.

## 2 – Un apport peu différencié selon les CHU

Les MERRI apportent aux CHU des ressources qui représentent en moyenne 9 à 10 % des recettes de leur budget principal et pour les cinq premiers d'entre eux, 13 à 14,7 %. La répartition de ces crédits est relativement dispersée, car en dehors de l'AP-HP qui en reçoit le tiers, plus de la moitié des crédits restants sont alloués à 23 CHU.

Les CHU qui reçoivent le plus de MERRI font partie de ceux qui sont considérés comme faisant le plus de recherche, si l'on se réfère à un classement établi en 2004 par l'IGAS et l'inspection générale de l'éducation nationale<sup>286</sup> : il s'agit de l'AP-HP, des HCL, de l'AP-HM, de Lille, Montpellier, Strasbourg, Bordeaux et Toulouse.

Cette observation vaut à l'inverse pour les CHU ayant une activité de recherche clinique ou fondamentale faible, voire inexistante, comme Nîmes, Brest, Besançon et Poitiers. Pour autant ces derniers reçoivent des montants de l'ordre de 20 à 30 M€, ce qui conduit à s'interroger sur la sélectivité de ces crédits.

---

<sup>286</sup>. Rapport commun IGAS et IGAERN (inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche) sur l'évaluation des conventions constitutives des CHU, juillet 2004.

## La répartition des crédits MERRI dans les CHU entre 2006 et 2009

En M€

Intitulé	2006	2009	Poids en 2009	Poids des MERRI dans les recettes
AP-HP	557,04	732,25	33,35 %	14,7%
H C L	146,42	154,49	7,04 %	13,4%
APHM	116,65	119,56	5,45 %	13,4%
CHU Lille	82,99	100,25	4,57 %	14,0%
CHU Bordeaux	92,47	93,93	4,28 %	13,1%
CHU Toulouse	83,51	90,51	4,12 %	12,2%
H U Strasbourg	65,21	69,11	3,15 %	11,4%
CHU Montpellier	67,93	66,14	3,01 %	11,4%
CHU Nancy	54,55	61,34	2,79 %	13,2%
CHU Rennes	55,36	60,09	2,74 %	13,7%
CHU Nantes	47,93	57,25	2,61 %	10,3%
CHU Nice	49,35	54,13	2,47 %	13,8%
CHU Grenoble	45	50,28	2,29 %	11,4%
CHU Rouen	41,2	46,16	2,10 %	10,5%
CHU Tours	37,25	41,44	1,89 %	9,3%
CHU Clermont-Ferrand	36,32	40,61	1,85 %	13,7%
CHU Caen	36,13	39,11	1,78 %	13,5%
CHU Dijon	29,07	37,28	1,70 %	10,7%
CHU Amiens	31,75	35,34	1,61 %	9,1%
CHU Reims	32,21	35,29	1,61 %	10,1%
CHU Limoges	29,92	34,18	1,56 %	10,0%
CHU Angers	29,82	33,68	1,53 %	10,6%
CHU Brest	26,5	30,72	1,40 %	9,7%
CHU Poitiers	27,55	30,48	1,39 %	9,4%
CHU Saint-Etienne	25,12	30,39	1,38 %	8,7%
CHU Besançon	26,94	30,33	1,38 %	9,4%
CHU Nîmes	17,67	21,17	0,96 %	8,2%
<b>TOTAL CHU métropole hors CHR</b>	<b>1 891,86</b>	<b>2 195,53</b>	<b>100 %</b>	12,1%

Source : Cour des comptes d'après données DGOS et ATIH

Les évolutions résultant des changements du modèle ne reflètent pas de tendance significative. Seuls les crédits de l'AP-HP progressent à hauteur de +4 %. Les gains et les pertes de la plupart des autres CHU sont de moins de 1 % et leur classement au regard de leur poids dans la dotation MERRI n'a pratiquement pas évolué. Par rapport à 2006, le CHU de Lille se positionne désormais devant ceux de Bordeaux et Toulouse, tandis que Poitiers et surtout Besançon ont rétrogradé dans le

classement. Le CHU de Nîmes reste en dernier mais le montant de sa dotation représente néanmoins 8,2 % de son budget.

### **III - Une dynamique d'efficience insuffisamment enclenchée**

Si la réforme de la T2A a révélé dans un grand nombre de CHU une situation financière difficile, les autorités de tutelle ne les ont pas suffisamment incités à faire des gains de productivité. La dynamique des aides à la contractualisation en témoigne. Cependant, depuis peu s'amorce un effort d'adaptation avec la mise en œuvre de projets de réorganisation et la recherche d'une meilleure efficience.

#### **A – Le manque de détermination de la tutelle**

La réforme de la T2A avait été présentée comme un cadre propice à l'optimisation de l'activité hospitalière. Quatre ans après la mise en place de la réforme, cette ambition reste inaboutie, les autorités de tutelle ayant multiplié les mesures transitoires ou les aides ponctuelles pour atténuer les effets de la T2A sur les CHU qui ne dégagent pas des recettes d'exploitation suffisantes pour être à l'équilibre financier.

##### **Une situation financière difficile**

Le montant des déficits des CHU atteint 378 M€<sup>287</sup> en 2009. Ce déficit était équivalent en 2007. Cette stabilité masque des évolutions très contrastées : tandis que certains d'entre eux ont connu un redressement, trois ont vu leur déficit augmenter de façon significative : l'AP-HP (évolution de 41 M€ à 93 M€ entre 2007 et 2009), les HCL (de 37 M€ à 77 M€) et Caen (de 25 M€ à 37 M€).

En 2010, la situation globale tend à s'améliorer : le déficit s'établirait à 291,7 M€. Cependant, plusieurs établissements affichent un niveau de déficit élevé (AP-HP, Caen, HCL, Nancy, Metz-Thionville, AP-HM et Grenoble).

Par ailleurs, l'absence de règles clairement établies pour allouer certaines ressources comme les missions d'intérêt général (MIG) ou les aides contractuelles (AC) encourage les gestionnaires à négocier avec leur tutelle des moyens supplémentaires plutôt que de chercher à s'ajuster à la contrainte par des réformes structurelles.

---

287. Ce chiffre est l'addition des déficits des budgets principaux des CHU de métropole (422 M€ en y ajoutant les CHU d'outre-mer).

### **1 – L’instabilité des règles de tarification à l’activité (T2A)**

Depuis sa mise en place, le modèle T2A a fait l’objet de très nombreuses modifications<sup>288</sup> qui ont compliqué au quotidien le pilotage et la gestion des établissements et rendu ensuite difficiles les analyses macroéconomiques ainsi que les comparaisons entre les établissements. Chaque changement induit des effets sur les recettes des CHU, dont les conséquences peuvent être importantes : à titre d’exemple l’introduction de la nouvelle classification des GHM (V11) a entraîné en 2009 une variation des recettes en effet volume de -0,5 % à +7,7 % dans les CHU, la moyenne se situant à +3,3 %. Mais il faudrait pouvoir distinguer pour chaque CHU ce qui est dû au modèle lui-même de ce qui résulte des évolutions de son activité ou de ses pratiques en matière de codage. Or, fin 2010, ni l’ATIH, ni la DGOS, ni les CHU n’étaient en mesure de dissocier ces différents facteurs.

### **2 – L’inachèvement du processus de rationalisation des missions d’intérêt général (MIG)**

Bien que la DGOS ait souligné sa volonté de construire un modèle MIG « pertinent, équitable et lisible » et de s’éloigner d’un système de reconduction de bases historiques pour aller vers des référentiels, le travail de rationalisation sur les 52 missions d’intérêt général n’a que très partiellement abouti. L’absence de modélisation nationale des principales MIG, dont le calibrage est laissé aux ARS, ne peut qu’alimenter les interrogations des gestionnaires sur leur niveau de financement et sur leurs modalités de répartition.

Ainsi, les MIG relatives au financement des urgences (SAMU et SMUR) représentaient en 2009 plus de 274 M€, soit 36,3 % de l’ensemble des MIG hors MERRI versées aux CHU. En l’absence de normalisation nationale en fonction de critères adaptés et de seuils d’activité, ce sont les ARS qui déterminent les modalités d’allocation et les montants alloués aux établissements, en application des critères qu’elles ont définis.

### **3 – La faible traçabilité des aides contractuelles**

Les soutiens financiers accordés par les ARS proviennent des crédits qui leur sont délégués au titre des aides à la contractualisation, mais aussi de la marge de manœuvre qu’elles se constituent en ne

---

288. Cf. RALFSS 2009 : La T2A à mi parcours et, dans le présent RALFSS, chapitre VII : Tarification à l’activité et convergence tarifaire p. 199.

déléguant pas systématiquement les crédits affectés à des mesures nouvelles au sein de leurs différentes enveloppes financières. Ces pratiques, différentes d'une ARS à l'autre, rendent difficiles le suivi des aides réellement versées, car les ARS ne sont tenues que de rendre compte d'une partie d'entre elles : les aides à la contractualisation (AC).

Le suivi des AC s'effectue dans la base ARBUST, outil créé et géré par l'ATIH pour suivre les réalisations des campagnes budgétaires. Cette base est alimentée par les ARS. Afin de préciser leur finalité, les AC ont été découpées en six sous-catégories (voir schéma de la page 239). L'une d'entre elles, intitulée « Autres aides », représente un volume significatif (18 % du total).

Cette classification ne permet pas pour autant de connaître précisément les montants accordés aux CHU pour faire face à leurs déséquilibres financiers. L'analyse des aides accordées aux cinq CHU retenus dans l'enquête a montré, d'une part, que toutes les aides accordées à cette fin ne figuraient pas dans la rubrique mentionnée car elles étaient parfois affectées dans d'autres et, d'autre part qu'une partie des aides n'étaient pas retracées car elles provenaient d'autres enveloppes financières (ex : soins de suite ou psychiatrie).

Dans la mesure où ces aides, à l'exception de celles affectées aux investissements, ont pour principale finalité de réduire les difficultés financières provoquées aussi bien par des insuffisances de recettes que par la modestie des efforts de productivités consentis par les CHU, une simplification de leurs découpages et une computation des crédits plus précise par les ARS permettrait un suivi plus sincère et fiable. L'ATIH a annoncé que des travaux étaient en cours pour produire un nouvel outil à cet effet.

## **B – L'amorce récente d'une gestion plus rigoureuse**

La T2A devait inciter les établissements à modifier leur organisation de production et leurs techniques de management afin de gagner en efficacité. La Cour a examiné comment les cinq CHU retenus dans son échantillon se sont engagés dans cette dynamique.

### **L'échantillon de cinq CHU retenu par la Cour**

La Cour a retenu un échantillon restreint, mais représentatif de la diversité de la taille et de l'activité des CHU : le deuxième de France (Lyon), trois intermédiaires (Grenoble, Saint-Etienne et Montpellier) et le plus petit (Nîmes), ayant des situations financières variées. Ensemble, ils représentent près de 15 % des dépenses des CHU et 19 % hors AP-HP.

## 1 – Les premières actions de réorganisation

Les CHU ont entrepris des actions de réorganisation qu'ils intensifient depuis 2010. Ces actions ont porté en priorité sur les services administratifs et logistiques (blanchisserie, approvisionnement et stockage, fonction achat) ou techniques (ex : circuit du médicament, stérilisation), plus que sur les services de soins où elles sont plus récentes. Dans ce secteur, les réorganisations se traduisent par la constitution de pôles mère-enfant, le développement des activités ambulatoires et l'optimisation des blocs opératoires et des plateaux d'imagerie et de biologie.

Les gains obtenus ne sont pas connus ; aucun chiffre n'en a été communiqué à la Cour. Plusieurs CHU, dont les trois de Rhône-Alpes, ont signé au cours du deuxième semestre de 2010 des contrats avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)<sup>289</sup>, qui ont pour objectif de les aider à progresser d'ici 2013 dans la gestion de leur processus de soins et l'optimisation des ressources consacrées à leur fonctionnement (ex : amélioration de la performance des blocs opératoires et de l'anesthésie, amélioration de la programmation des actes d'imagerie, réduction des coûts de certaines fonctions supports).

### L'instauration de nouveaux outils de pilotage

Grâce à la modernisation de leurs systèmes d'information, les cinq CHU ont mis en place de nombreux outils pour produire des analyses-médico-économiques sans toutefois chiffrer leur apport à l'amélioration de leur compte d'exploitation : tableaux de bord, outils d'analyse de l'activité, comptes de résultat analytique (CREA), études de la répartition de l'activité et des coûts.

Ils utilisent ces outils pour piloter l'évolution leurs différents pôles, souvent en contractualisant avec ceux-ci. L'appropriation et l'efficacité de ces outils sont variables, certains outils se limitant à l'observation et à la description de l'existant.

## 2 – L'optimisation d'une partie des recettes

Les travaux réalisés par l'ancienne mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH) ont incité les CHU à optimiser leur chaîne de facturation et du recouvrement. Dans les cinq CHU examinés, ces

289. Créée en 2009, l'ANAP peut signer avec les établissements des contrats visant à améliorer leur performance en matière notamment de gestion, d'organisation et de management, de systèmes d'information, et de recomposition de l'offre de soins. Huit CHU ont déjà conclu de tels contrats.

améliorations s'organisent autour des axes suivants : la réorganisation totale de la fonction de gestion des dossiers patients, la décentralisation des centres d'encaissement et l'élargissement des plages d'ouverture des caisses, la détection des factures non réglées par les patients et la réorganisation du bureau des entrées afin de faire le lien avec les services de soins et l'amélioration de la saisie des actes externes. Certains ont mis en place un échange d'informations avec le comptable de l'établissement qui permet de détecter les factures non réglées lorsqu'un patient se présente à un point d'admission du CHU. Cette information permet alors de régulariser des dossiers initialement mal instruits ou incomplets (admission en urgence, absence d'information sur la mutuelle...).

Les CHU ont aussi cherché à élargir leurs sources de recettes en provenance des assurés, en appliquant des majorations pour les chambres individuelles. Les recettes qui en découlent constituent un apport complémentaire, jusque là inexploité, qui peut représenter 10 M€ pour des CHU comme les HCL et 1 à 2 M€ pour ceux de plus petite taille.

### **3 – Les premiers efforts de maîtrise de la masse salariale**

Les dépenses de personnel représentent entre 60 et 65 % des charges des établissements et, jusqu'en 2008, elles progressaient à un rythme soutenu de l'ordre de 3 % à 5 %. Cette progression s'est ralentie en 2009 selon la DGFIP<sup>290</sup>.

L'analyse comparative de l'évolution des recettes et des dépenses de personnel entre 2006 et 2009 fait apparaître pour l'ensemble des CHU une dynamique d'exploitation plus vertueuse, les recettes progressant en moyenne plus vite que les dépenses. Il est cependant difficile de conclure à une amélioration de la tendance antérieure : d'une part, parce que la progression des recettes peut être liée à des facteurs conjoncturels (changement de la classification, amélioration du codage et du délai de facturation, apport d'aides ponctuelles), d'autre part, parce que le suivi de la masse salariale est un sujet très sensible dont les données sont difficiles à collecter et à analyser.

Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sur les évolutions des effectifs dans les hôpitaux présentent des ruptures statistiques entre 2006 et 2009 du fait de modalités de comptage qui ont évolué. Par ailleurs bien qu'elles soient remplies par les établissements, elles ne correspondent pas dans leur définition aux données produites dans les bilans sociaux par ces mêmes établissements et les CHU interrogés par la Cour les ont contestées. Un mode de

---

290. DGFIP, tableau de bord bimestriel des EPS ; situation fin décembre 2009.

décompte par équivalents temps plein travaillé (ETPT) tels qu'ils figurent dans les documents budgétaires hospitaliers serait plus pertinent au service d'un pilotage par la performance : il permettrait des comparaisons par établissement et un calcul plus fiable des indicateurs de productivité.

Compte tenu de ces fragilités, la Cour a travaillé sur les données produites par les cinq CHU, qui ont leurs propres modalités de gestion de leur masse salariale : ils ne précisent pas systématiquement si les diminutions de postes portent sur des postes vacants ou pourvus, si les progressions d'effectifs médicaux résultent d'une obligation statutaire ou sont des créations « nettes ». Les CHU n'ont fourni aucun chiffrage des mesures qu'ils ont déclaré avoir prises.

*a) La progression marquée des effectifs médicaux de l'échantillon de la Cour*

Les cinq CHU ont recruté ou titularisé (ex : achèvement de la mise en œuvre du statut des praticiens attachés) de nombreux praticiens hospitaliers entre 2006 et 2009. Ce constat est corroboré par les données nationales produites par la conférence des directeurs généraux de CHU en mars 2011.

**Les effectifs médicaux dans les cinq CHU en 2009  
et leur évolution depuis 2006**

*En ETP*

	Praticiens temps plein	Praticiens temps partiels	Contractuels	Assistants	Attachés	Total	Nombre de postes créés depuis 2006	% évolution 2009/2006
HCL	688	71	144,9	55	370,8	1 329,7	20,9	1,6
Grenoble	291,9	12,5	44,05	18		366,4	27,6	8,2
Saint Etienne	226,1	15,81	108,49	5,89		356,2	32,9	10
Montpellier	357,8	91,6	61,3	14	70,84	595,4	53,4	9,9
Nîmes	205,9	12,5	25,5	8,5	71,3	323,7	35,8	12,4

*Source : Cour des comptes d'après données recueillies dans les CHU*

L'évolution de leurs effectifs médicaux hospitaliers en ETP augmente de 8 à 12,5 %, à l'exception des HCL qui semblent avoir une politique de maîtrise de leurs effectifs médicaux.

Aux HCL, à Grenoble et à Montpellier, la création de postes de praticiens hospitaliers résulte d'une politique de titularisation d'effectifs de contractuels et non de recrutements nouveaux.

*b) La progression limitée des effectifs de personnel non médical de l'échantillon*

La gestion des postes évolue avec la réorganisation de certains services logistiques ou des laboratoires (Grenoble), le regroupement ou la

fermeture d'un site, la mise en place des pôles (recrutements administratifs à Grenoble), le développement d'activités de soins voire de recherche, l'amélioration de l'information médicale (Nîmes), le recours à la sous-traitance (Saint Etienne) voire le maintien des effectifs pour suppléer aux absences (Nîmes). Certains CHU comme les HCL et Grenoble ont recruté un nombre important de personnels techniques pour suivre leurs investissements.

**Evolution des personnels non médicaux de toutes catégories  
dans les cinq CHU de l'échantillon de la Cour**

Etablissement	Effectifs en 2009 en ETP	Evolution depuis 2006 en %
HCL	16 642	-1,3
Grenoble	6 470	+1,6
Saint-Etienne	5 285	-0,3
Montpellier	7 866	+0,4
Nîmes	4 236	+2,2

Source : Cour des comptes d'après données recueillies dans les CHU

Plus généralement, on observe une relative stabilité des personnels soignants, cette stabilité étant obtenue par une gestion volontariste des CDD et des CDI. Quatre des cinq CHU ont pourvu les postes de permanents vacants par des CDD, ce qui limite leurs charges salariales. Certains CHU ont procédé à une réduction drastique des emplois aidés tels que les contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE).

**Evolution de la structure du personnel soignant entre permanents et remplaçants de 2006 à 2009 dans les cinq CHU de l'échantillon de la Cour**

Etablissement	Personnel soignant et éducatif en ETP	2006	2009	Evolution en % de 2006 à 2009
HCL	Titulaires, CDI et stagiaires	9 862,57	9 531,45	-3,4 %
	CDD	635,01	872,58	+ 37,4 %
	<b>Total</b>	<b>10 497,58</b>	<b>10 404,03</b>	<b>- 0,9 %</b>
Grenoble	<b>Total</b>	<b>4 156,44</b>	<b>4 134,60</b>	<b>- 0,53 %</b>
Saint Etienne	Titulaires, CDI et stagiaires	3 136,33	2 943,21	- 6,16 %
	CDD	299,26	515,83	+ 72,3 %
	<b>Total</b>	<b>3 435,59</b>	<b>3 459,04</b>	<b>+ 0,68 %</b>
Montpellier	Titulaires, CDI et stagiaires	5 032,79	4 863,35	- 0,96%
	CDD	139,35	322,15	+ 31,5 %
	<b>Total</b>	<b>5 172,14</b>	<b>5 185,5</b>	<b>+ 0,24%</b>
Nîmes	Titulaires, CDI et stagiaires	2 445,05	2 541,55	+ 3,95%
	CDD	255,55	278,3	+ 8,9%
	<b>Total</b>	<b>2 700,60</b>	<b>2 819,85</b>	<b>+ 4,42%</b>

Source : Cour des comptes d'après les données recueillies dans les CHU

Cet effort de maîtrise de la masse salariale, qui constitue le levier essentiel d'une maîtrise de la dépense, ne pourra être poursuivi et amplifié que par des mesures de réorganisation structurelle.

---

**CONCLUSION**

---

*Il est d'usage de distinguer les CHU parmi les autres hôpitaux publics. Or, s'ils se différencient à l'évidence par leur statut universitaire, ils sont en revanche très semblables aux autres établissements de santé par leur activité de soins : ils prennent en charge majoritairement des patients légers et des affections courantes, les cas les plus graves étant minoritaires.*

*Les CHU forment un ensemble très varié : leurs différences de taille, de gamme d'activités, de positionnement géographique et de dynamique en matière de publications scientifiques les rendent peu comparables entre eux. Les plus petits CHU sont en réalité plus proches d'hôpitaux généraux situés dans des agglomérations de taille moyenne que des CHU de Paris, Lyon ou Marseille.*

*Les coûts afférant à leurs missions universitaires sont peu évalués et le manque d'indicateurs ne permet pas de mesurer la performance de chacun. Ils bénéficient à ce titre de moyens significatifs, mais dont les montants, largement assis sur des bases historiques, sont insuffisamment sélectifs.*

*La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) s'est accompagnée de nombreux ajustements qui ont porté sur les tarifs et les dotations forfaitaires, ce qui rend difficiles l'analyse de la situation individuelle des CHU et les comparaisons entre eux. Une stabilisation des règles de tarification et une gestion des MIGAC plus rigoureuse, mesures déjà recommandées par la Cour, sont à cet égard indispensables pour mettre ces établissements en obligation de gagner plus rapidement et plus fortement en efficience.*

*Dans une situation initiale fragile du fait d'une insuffisante productivité, les CHU ont en effet globalement bénéficié des évolutions du modèle T2A qui ont tenu compte de leur spécificité (dotations d'enseignement et de recherche MERRI) ou de leurs difficultés à s'adapter à la réforme (aides à la contractualisation) alors que leur spécificité en matière de soins est limitée. L'augmentation des aides ponctuelles, dont ils bénéficient davantage que les autres hôpitaux, a été ciblée sur ceux d'entre eux qui avaient le plus de difficultés financières.*

*Ce soutien ne les a pas incités à prendre rapidement les mesures nécessaires pour rendre leur organisation plus efficiente et notamment pour maîtriser l'évolution de leur masse salariale qui représente 65 % de leurs dépenses. Après l'achèvement de la convergence intrasectorielle (secteur public) et dans la perspective de l'accélération de la convergence intersectorielle (secteurs public et privé), les CHU, confrontés à une situation plus fragile et à une décélération des aides, doivent désormais*

*encore davantage que les autres hôpitaux intensifier les efforts récemment engagés, dont la Cour note les premiers signes.*

*Il est essentiel à cet égard que les ARS exercent dans leur plénitude leurs responsabilités et veillent spécifiquement à ce que les CHU se réorganisent effectivement et rapidement, de manière à consolider structurellement la maîtrise de leurs dépenses.*

---

#### **RECOMMANDATIONS**

43. *Standardiser au niveau national les critères permettant de valoriser les missions d'intérêt général (MIG) les plus importantes, dont le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).*

44. *Redéfinir le dispositif des aides contractuelles et son suivi de façon à mettre fin à des financements accordés dans le seul objectif de minorer le montant des déficits.*

45. *Être nettement plus sélectif dans l'attribution des financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en s'appuyant sur des indicateurs de performance portant sur l'activité et la qualité de la recherche.*

46. *Etablir une méthodologie commune aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements permettant une mesure objective des efforts d'organisation et de gestion réalisés et des économies obtenues, notamment dans la gestion des personnels médicaux et non médicaux, mesurée en équivalents temps plein travaillé (ETPT).*

---