



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CHRU DE NANCY CONTRÔLE ORGANIQUE (Département de Meurthe-et-Moselle)

Exercices 2018 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 11 juillet 2024

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
PROCÉDURE.....	8
INTRODUCTION.....	9
1 DE NÉCESSAIRES AJUSTEMENTS À APPORTER À LA GOUVERNANCE INTERNE	10
1.1 Les instances de gouvernance	10
1.2 Un suivi des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens à réaliser	10
1.3 Des documents stratégiques à finaliser	11
1.3.1 Un projet d'établissement en cours d'élaboration.....	11
1.3.2 Une mise en œuvre du projet médico-soignant à améliorer.....	12
1.4 Un bilan annuel du pilotage par les pôles à systématiser	12
2 LA RECHERCHE D'UN NIVEAU DE PILOTAGE TERRITORIAL OPÉRATIONNEL	13
2.1 Le groupement hospitalier de territoire, un fonctionnement régulier dont l'action doit être développée	13
2.1.1 Des instances mises en place.....	13
2.1.2 Un projet médico-soignant partagé simplifié	15
2.1.3 Des fonctions mutualisées opérationnelles	16
2.1.4 Une information des instances lacunaires en matière de financement du groupement	16
2.2 Une coopération avec le GHT vosgien à relancer	17
2.3 Une coopération renforcée dans le cadre de la direction commune.....	18
2.3.1 La création d'un département de gestion des nombreuses directions communes.....	18
2.3.2 Des liens privilégiés entre les établissements en direction commune.....	19
3 UN DÉVELOPPEMENT D'ACTIVITÉ RENDU COMPLEXE PAR LA PÉNURIE DE PERSONNEL ET LA CONCURRENCE DU SECTEUR PRIVÉ	21
3.1 Le positionnement du CHRUN au sein du territoire de démocratie sanitaire et de sa zone d'attractivité	21
3.2 L'évolution de la structure capacitaire	24
3.3 Une activité qui peine à retrouver son niveau d'avant crise.....	25
3.3.1 Les effets de la crise sanitaire sur l'activité chirurgicale	26

3.3.2 La concurrence forte du secteur privé	27
3.3.3 L'impact de la pénurie de personnel médical et soignant sur le niveau d'activité	27
3.3.3.1 Des professions médicales et soignantes en sous-effectif chronique.....	27
3.3.3.2 Des fermetures de lits et blocs opératoires notamment liées au manque de personnel	28
3.4 Des actions pour créer une collaboration du CHRUN avec ses partenaires publics et privés et améliorer son attractivité	30
3.4.1 La stratégie de territoire développée par le CHRUN	30
3.4.2 La construction de filières publiques de soins dans le cadre de coopérations médicales	32
3.4.3 Le recours à des partenariats avec le secteur privé	33
3.4.4 Le développement de l'activité ambulatoire	34
3.4.5 L'effet limité des mesures en faveur de l'attractivité des emplois du CHRUN	37
3.4.6 Des durées moyennes de séjour en diminution	39
4 UN PROJET DE NOUVEL HÔPITAL OBJET DE FORTES INCERTITUDES	40
4.1 La fragilité du bâtiment Philippe Canton	41
4.2 La soutenabilité financière du projet	42
5 UNE SITUATION FINANCIÈRE DÉGRADÉE	43
5.1 Des provisions insuffisamment constituées	44
5.1.1 La provision pour gros entretien ou grandes révisions	44
5.1.2 L'absence de provision pour des travaux de démolition, désamiantage et dépollution	45
5.2 Des charges en hausse malgré des réductions des dépenses	46
5.2.1 Des plans d'économies successifs pour limiter la progression des charges.....	46
5.2.2 Une forte augmentation des charges en raison de facteurs exogènes	47
5.2.2.1 Les charges de personnel.....	47
5.2.2.2 Les charges à caractère hôtelier et général	48
5.2.2.3 Les charges à caractère médical	49
5.3 Des produits en augmentation	49
5.4 Un résultat net à nouveau négatif après la crise sanitaire.....	50
5.5 Des indicateurs de gestion fortement dégradés	51
5.5.1 La marge brute d'exploitation	51
5.5.2 Une capacité d'autofinancement insuffisante pour couvrir le remboursement de la dette.....	52
5.5.3 Une dette stabilisée qui reste très importante.....	52
5.6 La situation bilancielle : un équilibre précaire soutenu par des aides publiques	54
5.6.1 L'absence de programmation pluriannuelle des investissements	54
5.6.2 Le fonds de roulement net global en hausse grâce au dispositif de soutien à l'investissement de l'État.....	55

5.6.3 Une trésorerie en croissance sans dépasser un mois de charges courantes.....	56
5.7 Prospective financière	56
GLOSSAIRE.....	58
ANNEXES.....	60
Annexe n° 1. Groupement hospitalier de territoire	61
Annexe n° 2. Fonctions mutualisées du GHT	62
Annexe n° 3. Tableaux d'activité	67
Annexe n° 4. Le nouvel hôpital de Nancy	70
Annexe n° 5. Tableaux financiers	74
Annexe n° 6. Plans d'économies du CHRUN.....	79

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier régional universitaire de Nancy (CHRUN) est implanté sur le territoire de la métropole du Grand Nancy, dans le département de Meurthe-et-Moselle. Au 31 décembre 2022, il dispose de 1 712 lits et places.

Une activité à développer dans un contexte de pénurie de personnels et de concurrence avec les hôpitaux privés

L'activité du CHRUN n'a pas retrouvé son niveau d'avant la crise sanitaire. Il est par ailleurs confronté, comme l'ensemble des établissements sanitaires de France, à une forte pénurie de personnels, imposant de trouver des leviers afin d'attirer et fidéliser les professionnels, notamment sur certains métiers en tension (anesthésistes-réanimateurs, anatomopathologistes, radiologues, infirmiers de blocs opératoires, infirmiers anesthésistes). Or les conditions de travail, dont l'absence de gardes, d'astreintes et une charge de travail allégée dans les établissements privés, et de rémunération, notamment l'existence de grilles indiciaires dans les établissements publics, limitant les rémunérations, empêchent le CHRUN de rivaliser avec ses concurrents.

La forte concurrence, principalement de deux hôpitaux privés sur la métropole du Grand Nancy, incite le CHRUN à développer des coopérations tant avec les établissements publics que privés. Dans ce cadre, des partages de temps médicaux ont été récemment mis en place avec l'une des cliniques voisines, permettant à l'hôpital nancéen d'augmenter son activité. La collaboration avec l'institut de cancérologie de Lorraine, plus ancienne, a fait l'objet d'un bilan, fin 2023, concluant à une répartition financière au détriment du CHRUN.

Une situation financière dégradée, interrogeant la capacité de l'établissement à financer son projet de nouvel hôpital estimé à 785 M€

La situation financière de l'établissement a justifié l'élaboration de plusieurs plans d'économies, s'étendant de 2014 à 2033. Les mesures mises en place ont permis de maîtriser les dépenses, mais les conséquences de la crise sanitaire, de l'inflation et des augmentations salariales, notamment les mesures du Ségur de la Santé, ont abouti à une forte hausse des charges : 15 % des charges de personnels, 26 % des charges à caractère hôtelier et général, 24 % des charges à caractère médical.

Les aides perçues pour compenser ces hausses de charges ont permis à l'établissement d'améliorer son équilibre financier, qui reste néanmoins précaire. En effet, la trésorerie couvre moins d'un mois de charges courantes. Or le CHRUN se lance dans un projet de construction d'un nouvel hôpital, afin de rassembler toutes ses activités sur un seul site. L'objectif est à la fois de relancer son activité et de réaliser des économies, tant au plan financier qu'en termes de ressources humaines. Le coût estimé du projet a dû être réévalué en 2023. Ce nouvel hôpital reposera sur un bâtiment fragilisé. Une expertise judiciaire confirme sa solidité, mais aucune étude précise sa capacité à vieillir dans des conditions de sécurité et d'usage adéquates, compte tenu de la particularité de sa conception et des ajouts prévus dans le cadre du projet immobilier, sans travaux supplémentaires coûteux. Ce risque n'a pas été anticipé dans le plan de financement actuel.

Bien que le projet initial ait été revu à la baisse afin d'en limiter la progression du coût, son coût reste très important (785 M€), avec de nombreuses incertitudes, et faute d'un autofinancement suffisant, est totalement dépendant des soutiens financiers.

La recherche d'un niveau de pilotage stratégique opérationnel

Le CHRUN est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Hôpitaux Sud Lorraine », comprenant onze autres établissements. Ce cadre, imposé par la loi depuis 2016, permet une coopération, notamment par la mutualisation de certaines fonctions support (informatique, codage, formation, achats). Néanmoins, pour répondre efficacement aux enjeux de santé auxquels il est confronté, le CHRUN recherche d'autres niveaux de pilotage stratégique.

D'une part, une coopération a été recherchée avec les hôpitaux relevant du GHT Vosges, dans l'objectif d'envisager une fusion des deux GHT. À défaut de parvenir à élaborer des projets communs, la coopération opérationnelle s'est ralentie. Pourtant, en raison des flux de patients entre les deux départements et des partages de temps médicaux mis en place entre les établissements, la relance de cette collaboration est encouragée, en s'appuyant dans un premier temps sur un travail à conduire de mutualisation des systèmes d'information.

D'autre part, le CHRUN est en direction commune avec quatre établissements hospitaliers du GHT (Pont-à-Mousson, Dieuze, Toul, Pompey/Lay-Saint-Christophe) ainsi qu'avec des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1 290 places). Ce rapprochement lui permet de renforcer la coopération tant au plan matériel que médical avec ces établissements. Cependant, en augmentant le nombre d'établissements en direction commune, le CHRUN pourrait ne plus parvenir à assurer un pilotage efficient tant de son propre hôpital que de ceux en direction commune, à effectifs constants. Dès lors, un éloignement et un isolement pourrait freiner les coopérations et la dynamique de groupe. Se pose alors la question de déterminer un nombre maximal d'établissements pouvant faire l'objet d'une direction commune.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Formaliser la collaboration entre le GHT Hôpitaux Sud Lorraine et l'institut de cancérologie de Lorraine par une convention à annexer à la convention constitutive du GHT.

Recommandation n° 2. : Préciser le projet médico-soignant partagé, en incluant des cibles aux indicateurs de performance.

Recommandation n° 3. : Élaborer un plan pluriannuel d'entretien et constituer une provision pour gros entretien.

Recommandation n° 4. : Élaborer un plan pluriannuel d'investissement.

PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier régional universitaire de Nancy (CHRUN) a été inscrit au programme 2023 de la chambre régionale des comptes Grand Est. Conformément aux articles L. 111-9, L. 111-15 et R. 111-1 (12°) du code des juridictions financières, les chambres régionales des comptes ont reçu délégation de la Cour des comptes pour examiner les comptes et la gestion des établissements publics de santé¹. Le contrôle porte sur les exercices 2018 à la période la plus récente.

Une lettre d'ouverture du contrôle a été adressée le 20 mars 2023 à l'ordonnateur en fonctions et aux deux anciens ordonnateurs.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens préalables à la fin du contrôle ont été réalisés les 5 et 8 décembre 2023 avec l'ordonnateur en fonction et ses prédécesseurs.

Le 17 avril 2024 ont été adressées à l'ordonnateur en fonctions les observations provisoires retenues par la chambre. Des extraits ont également été envoyés à cette même date aux anciens ordonnateurs et tiers mis en cause au titre de l'article R. 243-5 du code des juridictions financières.

Après examen des réponses reçues, la chambre a arrêté ses observations définitives lors de sa séance du 11 juillet 2024.

¹ Arrêtés des 15 novembre 2013, 12 décembre 2017 et 12 décembre 2022

INTRODUCTION

Le centre hospitalier régional universitaire de Nancy (CHRUN) est implanté sur le territoire de la métropole du Grand Nancy, dans le département de Meurthe-et-Moselle, où vivent 257 915 habitants².

Aux termes des articles L. 6141-2 et D. 6145-2 du code de la santé publique (CSP), le CHRUN est un établissement public de santé hospitalo-universitaire à vocation régionale. Il est le seul établissement hospitalo-universitaire de la zone de recours B de la région Grand Est³. En termes de budget, il est le deuxième CHU de la région Grand Est après les hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Son activité se répartit entre deux sites principaux, les hôpitaux de Brabois⁴, au sud-ouest de l'agglomération nancéienne, et les hôpitaux urbains⁵, dans le centre-ville de Nancy.

Le CHRUN est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Hôpitaux Sud Lorraine (GHT 7), regroupant 11 établissements publics de santé⁶ (EPS) et un établissement partenaire (l'Institut de cancérologie de Lorraine). Il est également en direction commune avec quatre des 11 EPS membres du GHT : les centres hospitaliers (CH) de Toul, Dieuze et Pont-à-Mousson et le centre hospitalier intercommunal Pompey/Lay-Saint-Christophe.

Le CHRUN a fait l'objet d'un contrôle portant sur la période 2008-2013. Le rapport d'observations définitives a été notifié le 22 février 2016. Le rapport comportait cinq rappels du droit et six recommandations relatives à l'organisation de l'activité hospitalière et aux ressources humaines.

L'ordonnateur en fonctions a fourni un tableau de suivi des actions mises en œuvre en réponse aux observations de la chambre. À la date de rédaction du présent rapport, deux rappels du droit sur cinq et une recommandation sur six ne sont pas totalement mises en œuvre.

Les deux rappels du droit concernent respectivement le versement d'une indemnité pour exercice dans plusieurs établissements et le respect des plafonds d'astreinte et d'heures supplémentaires. Le premier est devenu sans objet, l'arrêté du 17 octobre 2001 fixant l'indemnité en question ayant été abrogé et remplacé par un nouveau texte prévoyant un nouveau régime de primes. Le second n'est que partiellement respecté faute d'effectifs cadres suffisants. Enfin la recommandation relative l'organisation de la permanence des soins (PDS)

² Données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2022 (millésime 2019).

³ Dans le cadre du plan régional de santé 2018-2028, l'agence régionale de santé (ARS) 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 délimiter les autorisations d'activités pour assurer la couverture de la population en offre de soins.

⁴ Les hôpitaux de Brabois situés sur la commune de Vandœuvre-lès-Nancy, comprennent les hôpitaux pour adultes et pour enfants, le bâtiment de recherche et les bâtiments Philippe-Canton et Louis-Mathieu.

⁵ Les hôpitaux urbains rassemblent l'Hôpital central, la maternité, le centre chirurgical Émile-Gallé, le centre de long séjour Saint-Stanislas et l'hôpital Saint-Julien.

⁶ CHRUN, CH Saint-Jacques - Dieuze, centre hospitalier intercommunal Pompey, Lay-St-Christophe, CH de Pont-à-Mousson, CH 3H Santé, CH Saint-Charles-Commercy, CH de Lunéville, Centre psychothérapique de Nancy, CH Ravenel-Mirecourt, CH de Saint-Nicolas-de-Port, CH Saint-Charles de Toul.

est en cours de mise en œuvre, l'établissement procédant à la rationalisation permanente de ses lignes de PDS.

1 DE NÉCESSAIRES AJUSTEMENTS À APPORTER À LA GOUVERNANCE INTERNE

1.1 Les instances de gouvernance

Le CHRUN est organisé conformément aux dispositions du chapitre 1^{er} du Livre 1^{er} de la sixième partie du code de la santé publique (CSP).

Les règles d'organisation et de fonctionnement des instances figurent en annexe du règlement intérieur de l'établissement dont la dernière version a été approuvée le 20 septembre 2022.

La composition et le fonctionnement des instances ne posent pas de difficulté. Une décision du 16 juin 2023 du directeur général de l'établissement fixe à onze le nombre de membres du directoire, permettant à cette instance d'être désormais en conformité avec l'article L. 6143-7-5 du CSP. Jusqu'à cette date, le directoire du CHRUN ne comptait que dix membres.

La chambre relève également que la commission médicale d'établissement (CME) est consultée sur les sujets relevant de ses domaines de compétences⁷, sauf pour ce qui relève des contrats de pôle. Il ressort des comptes rendus de la CME qu'à l'exception des années 2022 et 2023, les bilans des contrats de pôle et les niveaux d'intéressement n'ont pas été présentés à la CME.

1.2 Un suivi des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens à réaliser

Les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM)⁸ déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé sur la base du cadre de la planification et en particulier du schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Cet outil, datant du milieu des années 90 (ordonnances de 1996), a servi à lancer une véritable politique de restructuration hospitalière.

Ayant un caractère obligatoire et conclu pour une durée maximale de cinq ans, il constitue l'outil privilégié du dialogue de gestion entre l'agence régionale de santé (ARS) et les établissements de santé ou tous les titulaires d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd.

⁷ Conformément aux dispositions de l'article R. 6144-1 du CSP.

⁸ art. L. 6114-2 du CSP.

Le CHRUN et l'ARS Grand Est ont signé un CPOM le 19 décembre 2018 pour la période 2018-2023, prorogé pour une durée de 24 mois, dont les deux parties n'assurent aucun suivi annuel.

Un dialogue de gestion existe néanmoins avec l'ARS dans le cadre des cellules de liaison, qui constituent davantage un temps de partage d'informations entre le CHRUN et l'ARS qu'une réelle instance de suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques régionales assignées à l'établissement. Au surplus, aucun compte rendu de ces réunions n'est établi.

La chambre relève l'absence de suivi du CPOM, dont le principal objet consiste à décliner opérationnellement et à suivre les orientations stratégiques régionales. Elle invite l'établissement, en lien avec sa tutelle, à faire des réunions de la cellule de liaison un temps de bilan des objectifs assignés au CHRUN dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins.

1.3 Des documents stratégiques à finaliser

1.3.1 Un projet d'établissement en cours d'élaboration

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

Adopté par le conseil de surveillance le 28 novembre 2016, il couvre la période 2016-2020. Élaboré de façon participative, il est arrivé à échéance en 2020.

Le CHRUN n'a pas arrêté de nouveau projet d'établissement en 2020. Il a cependant, dans une démarche de retour à l'équilibre et d'élaboration d'un schéma directeur immobilier, produit un projet stratégique 2019-2029 articulé autour de quatre axes : la recherche et l'innovation, la stratégie de territoire, la performance et le projet de nouvel hôpital. Ce projet, qui n'est pas une obligation réglementaire et ne se substitue pas au projet d'établissement, fixe la stratégie de long terme du CHRUN basée, d'une part, sur la mise en place d'une « *coopération intégrée avec le CHR de Metz Thionville* » permettant d'identifier les deux établissements comme « *centre de recours et de référence régional structuré, pour aboutir au CHU de Lorraine* ». D'autre part, un travail doit être engagé pour mieux structurer les filières sur les territoires des GHT 7 et 8 en réponse à la forte concurrence des établissements privés. Enfin, le développement de l'hospitalisation de jour apparaît comme un objectif affiché permettant au CHRUN d'être plus performant.

Des travaux sont actuellement en cours et devraient aboutir à l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement en septembre 2024. Ce travail s'articule avec celui relatif au projet médico-soignant. La chambre invite l'établissement à poursuivre ses travaux afin de se doter d'un projet d'établissement tenant compte notamment des priorités affirmées dans le cadre du projet stratégique 2019-2029.

1.3.2 Une mise en œuvre du projet médico-soignant à améliorer

Le CHRUN a engagé en juin 2023 des travaux pour élaborer son futur projet médico-soignant (PMS) pour remplacer le précédent, arrivé à échéance en 2022. Ce dernier, articulé autour de sept orientations, a fait l'objet d'un bilan synthétique présenté lors de la séance de la CME du 27 février 2023. Le précédent bilan, plus exhaustif, a été réalisé fin 2019 et faisait état d'une mise en œuvre limitée (taux d'avancement de 20 %), témoignant de la nécessité de poursuivre voire accentuer les travaux à engager dans le cadre du futur PMS.

Ce dernier, partagé entre le CHRUN et ses établissements en direction commune, s'articulera autour de sept défis. Celui de l'attractivité apparaît à nouveau comme central dans ce projet. Le volet ambulatoire reste présent par l'intermédiaire de différentes fiches actions détaillant les objectifs de l'établissement.

La chambre invite le CHRUN à poursuivre ses travaux sur la question de la prise en charge des patients en hospitalisation de jour et à réaliser annuellement un bilan de sa mise en œuvre.

1.4 Un bilan annuel du pilotage par les pôles à systématiser

L'article L. 6146-1 du CSP fixe le principe d'une organisation des établissements de santé en pôles d'activités et prévoit la signature d'« *un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle* ».

Le CHRUN a organisé son activité hospitalo-universitaire autour de 15 pôles qui participent à la mise en œuvre de ses objectifs institutionnels et qui disposent tous d'un contrat de pôle. Ils font l'objet d'un avenant annuel pour mettre à jour les objectifs de l'année.

De nouveaux contrats de pôles ont été signés en 2023 pour la période 2023-2026.

Les contrats fixent une liste de projets obligatoires et de projets optionnels à réaliser pour obtenir des points conditionnant le versement d'un intéressement.

Des réunions entre le chef de pôle et la direction générale se tiennent afin d'établir des bilans réguliers. Chaque pôle fait également l'objet d'une évaluation globale en année N+1 sur la base des données de l'année civile N, formalisée dans un tableau de bord de suivi des contrats.

En 2022, 82 % des objectifs ont été atteints⁹. Les axes présentant des objectifs non atteints concernent principalement l'activité et le rayonnement.

L'enveloppe allouée à l'intéressement des pôles est fixée à 0,5 M€. Elle est attribuée dans son intégralité chaque année entre 2018 et 2022.

Depuis 2022, le CHRUN réalise un bilan consolidé de la réalisation des contrats de pôle à l'échelle de l'établissement

⁹ 126 objectifs atteints sur un total de 152 projets.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les instances de gouvernance du CHRUN se réunissent régulièrement et traitent les sujets qui relèvent de leur compétence, à l'exception du bilan des contrats de pôle, non présentés en commission médicale d'établissement.

En revanche, l'hôpital devra finaliser les documents permettant de déterminer sa stratégie (projet d'établissement, projet médical et soignant) et en réaliser des bilans annuels (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

2 LA RECHERCHE D'UN NIVEAU DE PILOTAGE TERRITORIAL OPÉRATIONNEL

2.1 Le groupement hospitalier de territoire, un fonctionnement régulier dont l'action doit être développée

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016¹⁰, entre les établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé¹¹.

La répartition des GHT au sein d'une région est définie par l'ARS. Au sein de la région Grand Est, 11 GHT¹² ont été délimités. Le CHRUN fait partie du GHT 7 « Hôpitaux Sud Lorraine », dont il est l'établissement support¹³.

2.1.1 Des instances mises en place

Le groupement hospitalier de territoire « Hôpitaux Sud Lorraine » comprend onze établissements de santé¹⁴ et un établissement partenaire (institut de cancérologie de Lorraine).

¹⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; articles L. 6132-1 à L. 6132-7 du CSP ; articles R. 6132-1 à R. 6132-24 du CSP

¹¹ Les groupements hospitaliers de territoires | National (sante.fr)

¹² Le GHT n° 4 est réparti sur la région Grand Est et la région Bourgogne-Franche Comté, dont l'établissement support est le CHRUN de Dijon. Il relève donc de l'ARS Bourgogne-Franche Comté.

¹³ Un GHT n'ayant pas la personnalité morale, il doit s'appuyer sur un établissement hospitalier pour, notamment, assurer les fonctions mutualisées (article L. 6132-3 du CSP) et supporter le budget du groupement.

¹⁴ CHRUN de Nancy, CH Saint-Jacques - Dieuze, centre hospitalier intercommunal Pompey, Lay-St-Christophe, CH de Pont-à-Mousson, CH 3H Santé, CH Saint-Charles-Commercy, CH de Lunéville, Centre psychothérapique de Nancy, CH Ravenel-Mirecourt, CH de Saint-Nicolas-de-Port, CH Saint-Charles de Toul.

La convention constitutive du GHT a été signée le 30 juin 2016, puis actualisée au 1^{er} janvier 2022. Malgré une transmission à l'ARS le 25 octobre 2022, l'établissement n'a pas reçu de réponse de celle-ci et l'avenant relatif à cette actualisation n'est toujours pas validé.

La convention définit les instances de gouvernance du GHT, leur composition, leurs compétences et leurs modalités de fonctionnement : comité stratégique (COSTRAT), commission médicale de groupement (CMG), comité territorial des élus locaux, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), commission des usagers et conférence territoriale de dialogue social.

L'article 9 de la convention constitutive prévoit que le GHT puisse conclure des partenariats donnant lieu à la signature d'une convention de partenariat, annexée à la convention constitutive. Un partenariat entre le GHT et l'institut de cancérologie de Lorraine (ICL) est expressément mentionné à l'article 9.1 de cette même convention, or aucune convention n'a été signée entre le GHT et l'ICL. Ce dernier est pourtant invité permanent (selon la convention constitutive) du COSTRAT et du comité territorial des élus locaux. En revanche, il n'est pas membre permanent de la CMG (refus des membres le 7 décembre 2022).

Le comité stratégique a été peu réuni au cours des années 2019, 2020 et 2021 (une à deux fois par an au lieu d'au moins trois fois). Arguant qu'un bureau, d'une composition similaire à celle du COSTRAT, a également été réuni au cours de la même période, l'établissement considère que l'instance s'est ainsi réunie suffisamment. Pour autant, en premier lieu, certains membres du COSTRAT ne sont pas membres du bureau¹⁵. En second lieu, les missions de ces deux instances ne sont pas identiques¹⁶. Par ailleurs, le bureau devait se réunir une fois par mois, alors qu'il n'a été réuni qu'entre deux et quatre fois par an. L'avenant à la convention constitutive a supprimé ce bureau au 1^{er} janvier 2022 et le COSTRAT s'est réuni cinq fois cette année-là.

Tableau n° 1 : Nombre de réunions du bureau et du COSTRAT de 2019 à 2021

<i>Réunions instances GHT</i>			
	2019	2020	2021
<i>Bureau</i>	3	2	4
<i>COSTRAT</i>	2	1	2
TOTAL	5	3	6

Source : CHRUN

¹⁵ Ne sont pas membres : soit le chef d'établissement, soit le président de la CME de l'établissement, le président de la CSIRMT, le département d'information médicale (DIM) de territoire, le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine, un représentant médical de la CME par établissement

¹⁶ COSTRAT : Se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et des projets médical et soignant partagés, assurer le suivi des fonctions mutualisées et valider les propositions de budget liées à ces activités, donner un avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et certains investissements (équipement matériel lourd par exemple) des établissements parties.

Bureau : Assister le président du comité stratégique, préparer les travaux du comité stratégique et s'assurer de la mise en œuvre et du suivi des décisions prises par le comité stratégique ; en préparation des travaux du comité stratégique, assurer les études nécessaires à la mise en œuvre des objectifs du groupement.

La chambre recommande au CHRUN, en qualité d'établissement support du GHT, de formaliser sa collaboration avec l'Institut de cancérologie de Lorraine (ICL) dans les conditions prévues par la convention constitutive du GHT.

Recommandation n° 1. : Formaliser la collaboration entre le GHT Hôpitaux Sud Lorraine et l'institut de cancérologie de Lorraine par une convention à annexer à la convention constitutive du GHT.

2.1.2 Un projet médico-soignant partagé simplifié

La convention constitutive définit le projet médical partagé, qui y est annexé (période 2017 – 2022), contrairement au projet soignant partagé. Pour la période 2023 – 2028, ces deux projets sont inclus dans un document unique, le projet médico-soignant partagé.

Après avoir fait le bilan¹⁷ des premiers projets partagés, le GHT a voulu les simplifier, afin de définir des objectifs atteignables et opérationnels. Il est construit autour de trois axes (attractivité, accessibilité aux soins, santé aux trois âges de la vie), sous forme de fiches actions mentionnant les noms des personnes responsables, le contexte, le descriptif du dispositif, les objectifs attendus, les actions à conduire avec le calendrier associé et les indicateurs de performance.

Cependant, certains éléments prévus par la réglementation¹⁸ n'y figurent pas : objectifs médicaux par filière, objectifs en matière d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, organisation par filière d'une offre de soins graduée, organisation des activités au sein de chaque filière, avec déclinaison par établissement, projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie, répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités, articulation avec le ou les projets territoriaux de santé mentale concernés.

Par ailleurs, les fiches actions ne précisent pas les cibles à atteindre pour déterminer si les objectifs poursuivis ont été atteints ou non.

En conséquence, la chambre recommande au CHRUN, en tant qu'établissement support du GHT, de préciser son projet médico-soignant partagé.

¹⁷ Objectifs trop nombreux, trop peu réalisés, manque de pilotage, de suivi et d'évaluation

¹⁸ Article R. 6132-3 du CSP.

Recommandation n° 2. : Préciser le projet médico-soignant partagé, en incluant des cibles aux indicateurs de performance.

2.1.3 Des fonctions mutualisées opérationnelles

La création des groupements hospitaliers de territoire a notamment pour vocation de mutualiser certaines fonctions entre les établissements parties au groupement : le système d'information, le département d'information médicale (DIM), les achats et la formation.

Au sein du GHT Hôpitaux Sud Lorraine, cette mutualisation est réalisée. Seule la mutualisation de la formation est ralentie, notamment depuis la crise sanitaire (Cf. annexe 2).

2.1.4 Une information des instances lacunaires en matière de financement du groupement

Chaque établissement du GHT contribue au budget du groupement, selon une clé de répartition fixée par un arrêté du 10 novembre 2016¹⁹. Une contribution prévisionnelle est déterminée par l'établissement support au plus tard le 15 novembre de l'année N-1. Une régularisation est effectuée au plus tard le 30 août de l'année N+1 (Cf. calendrier budgétaire en annexe 1, tableau 1).

Contrairement à l'article 2 de cet arrêté, le comité stratégique du groupement n'est pas informé des contributions prévisionnelles (information seulement en 2022 et après la date du 15 novembre).

Les comptes rendus du comité stratégique ne font pas état, non plus, d'une présentation du budget du GHT, à l'exception des réunions du 13 décembre 2022 et du 2 mars 2022 (pour l'exercice 2021).

Un groupe de travail a été mis en place en septembre 2022, afin, initialement, d'améliorer la transparence de l'élaboration du budget et d'assurer une meilleure communication auprès des établissements parties au groupement. Finalement, le groupe de travail s'attache uniquement à intégrer dans le budget du GHT, le plus fidèlement possible, la quotité d'équivalent temps plein (ETP) concernée par le fonctionnement du groupement. Une nouvelle réunion du 30 avril 2024 rappelle les délais prévus en mars 2022 pour l'information financière des établissements membres du GHT. La chambre encourage le CHRUN à respecter ce calendrier (cf. annexe 1).

¹⁹ Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, II de l'article L. 6132-3 du CSP.

2.2 Une coopération avec le GHT vosgien à relancer

Un groupement de coopération sanitaire (GCS)²⁰, créé en 2007, réunit, à compter de 2009, le CHRUN, les centres hospitaliers de Toul, Pont-à-Mousson, Lunéville, la maternité de Nancy ainsi que le GCS de l'ouest Vosgien. Il a pour but de structurer les parcours de soin et notamment d'établir un projet médical coordonné, une organisation territoriale des soins coordonnée et graduée des patients et de constituer le cadre de coopérations et de mutualisations.

À partir de 2017, à la création des GHT, le GCS devient le vecteur d'un projet de convergence entre les GHT 7 (Hôpitaux Sud Lorraine) et 8 (Vosges). Il voit l'adhésion de onze nouveaux membres en 2020 : Commercy, Dieuze, Mirecourt Ravenel, Mirecourt Val-de-Madon, Gérardmer, Fraize, Cinq vallées, Cirey-sur-Vezouze, Saint-Nicolas-de-Port, Haute Vallée de la Moselle, Le Thillot-Bussang, ainsi que l'Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ALTIR). Il devient le groupement de coopération sanitaire des centres hospitaliers des établissements de Lorraine sud (GCS Lorraine Sud).

L'objectif est d'étudier de nouveaux outils et de mettre en œuvre des coopérations concrètes. À la fin de l'année 2019, les missions du GCS ont été précisées en miroir de celles confiées aux GHT, en vue de leur fusion à terme (projet porté par le GHT 7 et envisagé par le GHT 8) : le GCS Lorraine Sud devient dès lors l'espace stratégique commun des deux GHT. Il est alors question d'un management territorial de la qualité, d'une intégration des systèmes d'information des établissements ainsi que d'une intégration de la formation continue.

Deux missions ont été conduites pour le compte du GCS : une première étude sur la convergence des systèmes d'information des établissements hospitaliers du groupement et une seconde sur la biologie médicale de territoire (étudier l'opportunité d'intégration de la biologie médicale au sein du GCS d'une part et proposer un accompagnement managérial de la réorganisation et de la gouvernance du GCS d'autre part).

Finalement, le GCS n'a pas réussi à mettre en place sa stratégie opérationnelle sur les différents plans :

- sur le plan de la gouvernance, l'ARS a réaffirmé le maintien des périmètres initiaux des GHT ;
- sur le plan de l'organisation des soins, l'organisation des filières est restée à l'échelle de chaque GHT sans qu'une réflexion étendue aux deux GHT n'ait été conduite dans le cadre du GCS ;
- sur le plan des fonctions supports, la trop grande hétérogénéité des feuilles de route en matière de systèmes d'information a rendu toute convergence impossible dans l'immédiat et la mission sur la biologie médicale de territoire n'a pas abouti.

Au terme de cette première période de mise en œuvre, le besoin d'élargir le niveau opérationnel de stratégie territoriale au ressort des deux GHT Hôpitaux Sud Lorraine et Vosges en raison des liens étroits entre leurs établissements et des flux de patients entre ces deux

²⁰ Outil de coopération permettant d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social (Le groupement de coopération sanitaire - GCS - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr))

territoires n'a pas manqué de se faire ressentir (Cf. partie 3.4). Néanmoins, à défaut d'aboutir à des projets communs, un ralentissement du rythme de coopération a été constaté (au cours de la dernière assemblée générale réunie le 10 mai 2022, la question de la dissolution du GCS a été posée ; en l'absence d'unanimité requise des votants, le GCS a été maintenu, mais sans mission concrète). Selon l'ordonnateur, lors de l'assemblée générale du 16 mai 2024, les établissements membres ont décidé de réfléchir en commun sur les infrastructures informatiques et les filières médicales.

La chambre relève l'intérêt de disposer d'un outil répondant à des besoins de formalisation de filières de soins sur des territoires plus larges que ceux des GHT existants. Elle encourage le CHRUN, en tant qu'établissement fondateur du GCS Lorraine Sud, à poursuivre le travail de réflexion réenclenché pour opérer une convergence à moyen terme des outils informatiques et à mener des expérimentations sur des filières de soins afin d'opérer un rapprochement de l'organisation des soins et des filières entre les GHT 7 et 8.

2.3 Une coopération renforcée dans le cadre de la direction commune

2.3.1 La création d'un département de gestion des nombreuses directions communes

Le CHRUN est en direction commune avec quatre établissements de santé. Les premières directions communes ont été mises en place en 2019 (centre hospitalier de Dieuze), puis 2020 (centre hospitalier de Pont-à-Mousson et centre hospitalier intercommunal de Pompey/Lay Saint Christophe) et 2022 (centre hospitalier de Toul). Celle avec le centre hospitalier de Commercy est en cours, le directeur général ayant été, dans l'attente, désigné directeur par intérim.

Le CHRUN est également en direction commune avec trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), auxquels s'ajoutent les EHPAD rattachés aux CH en direction commune et les EHPAD pour lesquels le CHRUN assure un intérim de direction. Au total, il gère 1 290 places d'hébergement en structures médico-sociales.

La direction est assurée par le directeur du CHRUN, qui s'appuie sur un directeur délégué de site.

Le fonctionnement des directions communes avec les établissements hospitaliers est assuré par le département « stratégie Innovation Territoires » avec un mode de gouvernance structuré autour de deux instances de coordination :

- la revue de projets de territoire, qui permet le suivi régulier de la feuille de route consolidée des directions communes, le partage d'actualités et la lecture croisée de projets ou démarches menés ;
- le point flash territoire, qui permet le partage des informations d'actualité et, le cas échéant, de faire le lien avec une direction fonctionnelle.

Le fonctionnement des sept EHPAD en direction commune est assuré par le département « Ville Médico-social Hôpital » (VMSH), avec un mode de gouvernance similaire : un point flash une fois par quinzaine (pour rappeler l'actualité réglementaire et partager des projets de travail en commun), en alternance avec un entretien bilatéral entre le

département VMSH et le directeur de l'EHPAD et une réunion mensuelle sur des thématiques communes, pouvant aboutir à la mise en place de groupes de travail.

Enfin, un guide, fixant les principes du travail en commun, a été élaboré en 2022. Il précise les relations en matière de gestion des ressources humaines et les outils de pilotage.

2.3.2 Des liens privilégiés entre les établissements en direction commune

Un bilan positif

Malgré leur caractère récent, les directions communes permettent à ces établissements de maintenir leur activité (maternité, urgences, etc.) et de jouer pleinement leur rôle territorial de couverture hospitalière de proximité. En revanche, elles n'apportent pas, pour le CHRUN, de gain de parts de marché mais contribuent davantage à les consolider.

La direction commune permet de structurer des coopérations entre les établissements qui peuvent porter sur des activités logistiques (blanchisserie, restauration, etc.) et sur des filières médicales²¹ ou des activités médicales en temps partagé²². Ces dernières sont particulièrement importantes pour lutter contre la fragilisation des établissements.

La direction commune avec les EHPAD a, progressivement, créé une offre médicosociale à destination de la personne âgée et de la personne en situation de handicap qui n'était pas dans le spectre initial du CHRUN. Cette offre est radicalement différente de l'approche sanitaire pure et a amené les équipes du CHRUN à évoluer dans leurs méthodes. C'est ainsi qu'un département « Ville Médico-social Hôpital » a été créé au sein de la direction avec, à sa tête, une directrice d'EHPAD, pour permettre de fédérer les établissements (hospitaliers ou autonomes) autour de projets médico-sociaux communs.

Les établissements en direction commune amènent également leur expérience, plus ancrée sur le lien entre les soins de ville et l'hôpital, comme à Dieuze, où les libéraux sont bien intégrés dans le fonctionnement de l'hôpital, ou à Toul, qui peut avoir recours à des médecins libéraux retraités lors de pénurie médicale.

Les freins

Les propositions de direction commune, réalisées en lien avec l'ARS, interviennent en opportunité, en cas, notamment, de difficultés à recruter un directeur d'établissement dans les hôpitaux moins attractifs. Il en ressort une construction empirique, sans stratégie opérationnelle et territoriale. Une direction commune avec des établissements proches du CHRUN peut s'entendre (Toul, Pont-à-Mousson), mais celle avec des établissements plus éloignés interroge

²¹ Exemple : le service de l'UPUP (unité post urgence polyvalente) du CHRUN s'engage à prendre en charge des patients au sein d'une filière ciblée pour réaliser des examens comme des endoscopies ou des électroencéphalogrammes.

²² Exemples : fermeture du service des urgences de Toul en été 2022 ou fermeture de lits du service de médecine sur Pont-à-Mousson.

sur la capacité de la direction à assurer un pilotage pertinent (Commercy, Dieuze). Selon l'ARS, les directions communes ont été mises en place dans une logique de rattachement au groupement hospitalier de territoire, l'objectif étant de renforcer l'intégration des établissements et la mutualisation des équipes.

Les directions communes requièrent un fort investissement des directions fonctionnelles de l'établissement, s'ajoutant à la gestion de celui-ci. Compte tenu du volume de projets portés, ces directions sont à la limite de ce qu'elles sont en capacité de porter à effectifs constants. Par ailleurs, chaque établissement conservant ses instances propres, la participation de la direction du CHRUN à l'ensemble de ces instances est difficile à organiser et se fait par subsidiarité : le directeur délégué, garant du bon fonctionnement, de la bonne gestion et de la dynamique des projets locaux, préside ces instances, ce qui peut laisser subsister un sentiment de distance.

Néanmoins, la création des GHT ayant été imposée, une coopération ne peut aboutir qu'en cas de volonté générale d'avancer de manière collective et unie. Or, certains établissements souhaitent préserver leur indépendance, soit en raison de leur spécificité médicale (psychiatrie par exemple), soit en raison de leur identité territoriale.

La chambre invite l'établissement, en lien avec l'ARS, à faire un bilan des directions communes existantes pour consolider les coopérations en place, identifier une taille maximale à ne pas dépasser pour rester opérationnelles et aborder les questions du financement des moyens matériels nécessaires à l'administration de ces entités communes. Selon l'ordonnateur, un bilan a été discuté avec l'ARS en avril 2024, qui n'a pas été transmis à la Chambre.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La stratégie de pilotage territorial conduite par le CHRUN s'appuie sur trois volets complémentaires.

Le groupement hospitalier de territoire, dont le CHRUN est l'établissement support, permet notamment de mutualiser certaines fonctions et d'élaborer un projet médical partagé. Ce mode d'organisation s'avère toutefois trop restrictif, le découpage géographique et les prérogatives de ce groupement ne permettant pas d'assurer efficacement la gestion des flux de patients principalement ceux venant du département des Vosges.

En réponse, l'établissement a développé, à travers un groupement de coopération sanitaire, des relations avec le groupement hospitalier de territoire vosgien. Cette collaboration, qui n'a pas obtenu les résultats attendus, a été relancée en 2024.

Enfin, le CHRUN travaille, dans le cadre de directions communes avec d'autres établissements de son GHT, à mettre en œuvre des coopérations resserrées. Ce mode d'organisation permet de maintenir de l'activité dans ces hôpitaux de proximité. Il pourrait toutefois devenir difficilement pilotable s'il s'étend à un nombre trop important d'établissements plus éloignés.

3 UN DÉVELOPPEMENT D'ACTIVITÉ RENDU COMPLEXE PAR LA PÉNURIE DE PERSONNEL ET LA CONCURRENCE DU SECTEUR PRIVÉ

3.1 Le positionnement du CHRUN au sein du territoire de démocratie sanitaire et de sa zone d'attractivité

Conformément aux dispositions de l'arrêté ARS du 26 septembre 2022²³, la région Grand Est comporte dix territoires de démocratie sanitaire²⁴ dont les limites correspondent aux limites géographiques des départements. Dans cette configuration, le CHRUN est implanté dans le territoire de démocratie sanitaire de Meurthe-et-Moselle. Il est l'établissement de recours de la zone de recours B de la région Grand Est²⁵.

En sa qualité de CHRU²⁶ et d'établissement de recours, il est tenu d'assurer les soins courants à la population la plus proche (soins de proximité), les soins de recours pour les autres institutions sanitaires de la région mais également de dispenser les soins les plus complexes, les plus spécialisés et enfin assurer des missions d'enseignement et de recherche.

La zone d'attractivité du CHRUN s'étend au-delà du territoire de démocratie sanitaire de Meurthe-et-Moselle. Celle-ci est centrée principalement sur les bassins de vie du GHT 7²⁷ puis s'étend à ceux du GHT 8²⁸ (Vosges) et dans une moindre mesure à ceux des GHT 9 (Moselle Est) et 5 (Marne – Haute Marne et Meuse).

²³ Arrêté ARS n° 2022/3915 du 26 septembre 2022 relatif à la définition du périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire de la région Grand Est.

²⁴ Les territoires de démocratie sanitaires sont délimités par le directeur général de l'agence régionale de santé, au sein de la région, afin de mettre en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales et de prendre en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers (article R. 1434-29 du code de la santé publique).

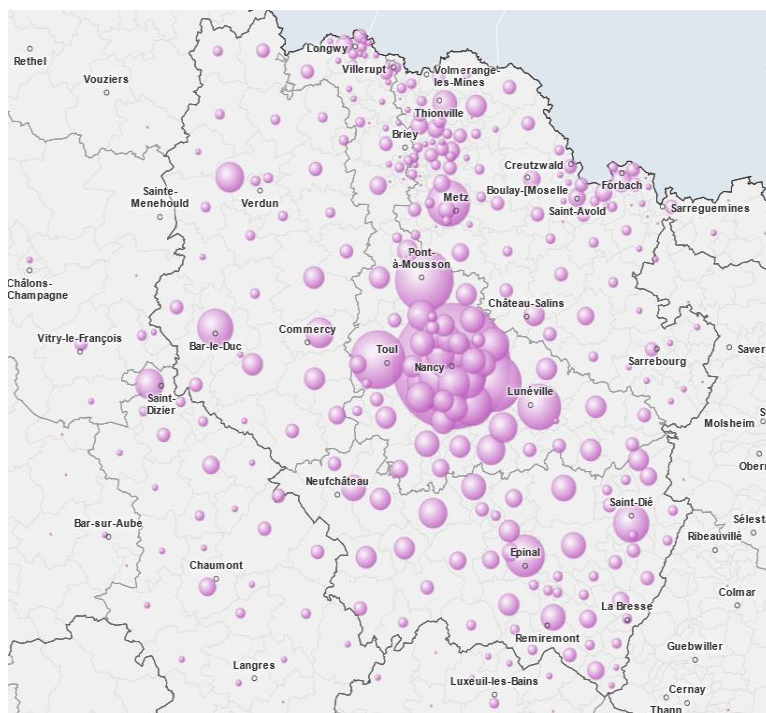
²⁵ Dans le cadre du plan régional de santé 2018-2028, l'ARS détermine trois zones d'implantation pour le niveau de soins de recours, lesquelles sont divisées en 12 zones d'implantation pour le niveau de soins de référence. Ce zonage permet de délimiter les autorisations d'activités pour assurer la couverture de la population en offre de soins.

²⁶ Article L. 6141-2 du CSP.

²⁷ Bassins de vie de Nancy et sa périphérie, Toul, Pont à Mousson et Lunéville.

²⁸ Bassins d'Epinal, Remiremont et Saint-Dié et Neufchâteau.

Carte n° 1 : Zone d'attractivité 2018 du CHRUN de Nancy



Source : ATIH

Même si, sur sa zone d'attractivité²⁹, le CHRUN est en position dominante sur les marchés de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), son activité s'inscrit sur un territoire caractérisé par une forte concurrence du secteur privé avec la présence du groupe ELSAN, de la clinique Louis Pasteur et de l'institut de cancérologie de Lorraine (ICL).

Le CHRUN voit ainsi des parts de marché lui échapper essentiellement sur des activités chirurgicales plus rémunératrices, telles que la cardiologie interventionnelle, l'orthopédie et les endoscopies. Entre 2018 et 2022, le CHRUN a perdu 7 % de parts de marché en chirurgie ambulatoire.

À l'inverse, pendant la même période, il a gagné des parts de marché en obstétrique, domaine d'activité dans lequel le secteur privé lucratif est en retrait³⁰. Premier concurrent du CHRUN en obstétrique, la part d'activité de la polyclinique Majorelle (groupe ELSAN) régresse ainsi de plus de deux points³¹ entre 2018 et 2022. La progression des parts de marché du CHRUN s'explique aussi par la fermeture de la maternité de Toul en 2020 dont l'activité lui a été transférée. Outre ces facteurs extérieurs, le CHRUN souhaite se positionner sur ce segment et a réalisé pour ce faire des travaux dans les chambres en obstétrique.

²⁹ La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise ses taux d'hospitalisation les plus élevés (Nb séjours /Nb habitants).

³⁰ Données ScanSanté : sur le territoire de santé, la part d'activité obstétrique du privé lucratif diminue de trois points entre 2018 et 2022 (28 % vs 25,4 %).

³¹ Données ScanSanté : sur le territoire de santé, la part d'activité de la polyclinique Majorelle régresse de plus de deux points entre 2018 et 2022 (26,5 % vs 24,2 %).

Tableau n° 2 : Parts de marché du CHRUN sur sa zone d'attractivité

<i>Parts de marché</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Part de marché globale en médecine</i>	27,7	27,8	27,8	28,2	28,4
<i>Part de marché en chirurgie (HC)</i>	26	25,6	26	25,7	26,5
<i>Part de marché en obstétrique</i>	43,6	44,5	47	45,9	48,4
<i>Part de marché chirurgie ambulatoire</i>	20,4	20,8	21,3	19,6	18,9
<i>Part de marché en hospitalisation en cancérologie (hors séances)</i>	24,4	25,2	26,9	27,3	27,7
<i>Part de marché en séances de chimiothérapie</i>	16,9	14,4	11,8	10,4	13,3

Source : ATIH

Le CHRUN perd au cours de la période 21 % de parts de marché en chimiothérapie. Cette baisse apparente résulte de l'ouverture en 2019 de la Plateforme Régionale Inter établissements de Médecine Oncologique (PRIMO) dans le cadre du partenariat conclu avec l'ICL. PRIMO a pour objet de concentrer les activités de chimiothérapie de l'ICL et du CHRUN. La plateforme est hébergée au sein des locaux de l'ICL et l'ensemble de l'activité est déclarée par l'ICL sur la base de son autorisation, y compris pour les patients CHRUN. Cette situation a des conséquences sur la visibilité de l'activité en cancérologie de ce dernier (Cf. partie 3.4.3).

Tableau n° 3 : Évolution du nombre de séances réalisées au sein de PRIMO

	2020	2021	2022	Sept 2023
CHRU ³²	3 291	4 492	4 973	3 762
ICL	15 595	17 252	17 591	14 557

Source : CHRUN

Une analyse plus approfondie du positionnement des domaines d'activité³³ du CHRUN par rapport à la croissance du marché et à la concurrence (graphique 2) vient confirmer ce

³² Séances réalisées pour des patients CHRU par des médecins CHRU au sein de PRIMO et facturées par l'ICL.

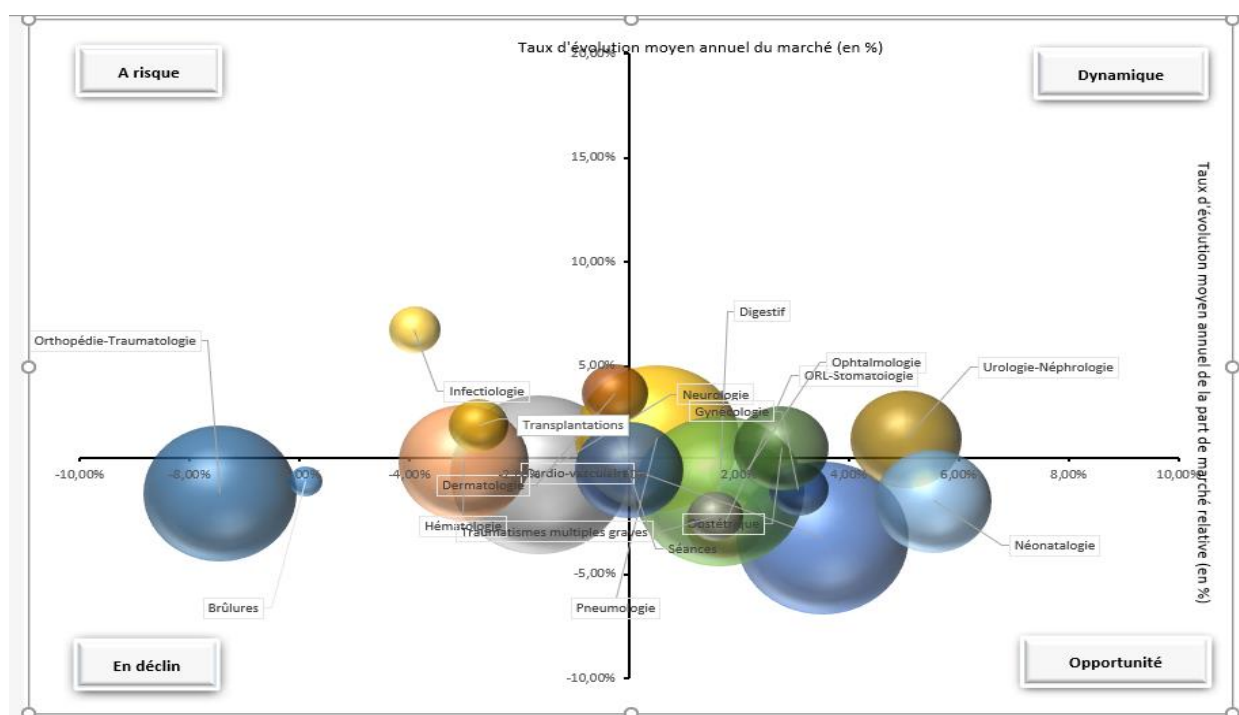
³³ Analyse par matrice d'analyse du territoire (fiche 2.1 de la direction générale de l'offre de soins). L'analyse découpe l'offre de soins en quatre domaines :

- « 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 = produit /service pesant sur l'activité ;
- « dynamique » : gains de parts de marché dans un marché en croissance.

panorama. L'offre de soins du CHRUN est essentiellement tournée vers, d'une part, des activités dites en « opportunité » (34 % du CA en 2022) et, d'autre part, des activités en « déclin » (24 % du CA en 2022), soit au total près de 60 % du CA de l'établissement.

Les activités dites « en opportunité » concernent principalement le cardio-vasculaire (10,1 %) et le digestif (9,8 %), domaines dans lesquels se positionnent également le secteur privé. Les activités en déclin concernent quant à elles majoritairement la neurologie (10,9 %) et l'orthopédie-traumatologie (8 %).

Graphique n° 1 : Matrice d'analyse de l'offre du CHRUN sur le territoire de santé



Source : Données ATIH et établissement

3.2 L'évolution de la structure capacitaire

Au 31 décembre 2022, la capacité d'accueil du CHRUN est de 1 712 lits et places répartis en 1 535 lits et places en MCO dont 318 lits de réanimation et soins intensifs et surveillance continue, 106 lits en USLD³⁴ et 71 lits et places en SSR³⁵. L'établissement dispose également de 25 postes de dialyse.

Les capacités d'accueil en MCO ont diminué de 5 % entre 2018 et 2022 en raison de la suppression, en 2019, de 92 lits et places dans le cadre de mesures d'économies destinées à redresser la situation financière de l'établissement.

³⁴ Unité de soins de longue durée

³⁵ Soins de suite et de réadaptation

Depuis lors, le programme capacitaire est demeuré relativement stable avec, cependant, en 2020, la création de 12 lits supplémentaires de soins critiques et, en 2021, la suppression de deux lits d'hospitalisation complète en médecine en vue de développer l'activité de médecine ambulatoire du CHRUN (+ 6 places) (Cf. partie 3.4.4).

Dans le cadre du projet du nouvel hôpital de Nancy, l'établissement prévoit de modifier son programme capacitaire (Cf. partie 4.2).

Tableau n° 4 : Évolution du programme capacitaire du CHRUN de Nancy

	2018	2019	2020	2021	2022	Evol 18-22
<i>Lits installés en Médecine</i>	904	867	867	865	865	- 4 %
<i>dont lits réanimation soins intensifs soins continus</i>	329	306	318	318	318	- 3 %
<i>dont postes de dialyse</i>	25	25	25	25	25	0 %
<i>Places installées de Médecine</i>	150	152	152	158	158	5 %
<i>Lits installés de Chirurgie</i>	451	410	410	410	410	- 9 %
<i>Places installées de Chirurgie</i>	51	40	40	40	40	- 22 %
<i>Lits installés d'Obstétrique</i>	59	54	54	54	54	- 8 %
<i>Places installées d'Obstétrique</i>	8	8	8	8	8	0 %
Total MCO	1 623	1 531	1 531	1 535	1 535	- 5 %
<i>Lits installés SSR</i>	60	60	60	60	60	0 %
<i>Places installés SSR</i>		11	11	11	11	
<i>Places installés USLD</i>	106	106	106	106	106	0 %
Total Général	1 789	1 708	1 708	1 712	1 712	- 4 %

Source : Données CHRUN

3.3 Une activité qui peine à retrouver son niveau d'avant crise

Le CHRUN réalise en 2022 une activité globale de 122 015 séjours hors séances (exprimés en résumés de sortie anonymisés³⁶), en retrait de 2 % par rapport à 2019, avant la crise sanitaire.

Entre 2019 et 2022, l'activité en hospitalisation complète régresse à l'exception de l'obstétrique (+ 9 %). La diminution est particulièrement prononcée en chirurgie (- 11 %).

³⁶ 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.

L'activité ambulatoire progresse quant à elle dans tous les secteurs à l'exception de la chirurgie (- 10 %).

Les origines du recul de l'activité chirurgicale du CHRUN sont multifactorielles et tiennent en grande partie à l'impact de la crise sanitaire, à une activité de chirurgie ambulatoire encore insuffisamment développée et une concurrence prononcée du secteur privé (Cf. parties 3.3.1 et 2 et 3.4.4).

Tableau n° 5 : Évolution des résumés de sortie anonymisés (en nombre de RSA)

<i>Nombre de RSA</i>	2018	2019	2020	2021	2022	Evol 18/22	Evol 19/22
<i>Médecine (HC)</i>	46 569	46 547	41 262	43 511	44 199	- 5 %	- 5 %
<i>Chirurgie (HC)</i>	23 567	22 142	18 446	19 190	19 801	- 16 %	- 11 %
<i>Obstétrique (HC)</i>	3 838	3 821	3 950	4 053	4 160	8 %	9 %
<i>Médecine (ambulatoire)</i>	31 235	33 588	27 928	34 389	36 588	17 %	9 %
<i>Chirurgie (ambulatoire)</i>	15 107	16 006	13 279	14 348	14 361	- 5 %	- 10 %
<i>Obstétrique (ambulatoire)</i>	2 181	2 359	2 463	2 566	2 906	33 %	23 %
<i>Total</i>	122 497	124 463	107 328	118 057	122 015	- 0,4 %	- 2 %

Source : ATIH et données CHRUN

3.3.1 Les effets de la crise sanitaire sur l'activité chirurgicale

Les effets de la crise sanitaire ont été particulièrement significatifs pour les activités chirurgicales. Entre 2019 et 2021 inclus, la chirurgie conventionnelle a chuté de 16 % et celle ambulatoire de 10 %. Tout comme l'ensemble des hôpitaux publics, et ceci durant toutes les vagues de pandémie, le CHRUN a pris en charge les patients Covid. La mobilisation du personnel et du matériel, notamment les anesthésistes et ventilateurs, a nécessité de procéder à de nombreuses déprogrammations tous domaines confondus (- 22 % de l'activité programmée entre 2019 et 2020 et moins 34 % entre 2020 et 2021).

Depuis la sortie de crise, l'activité peine à redémarrer. En 2021, l'établissement a également continué de prendre en charge des patients Covid, à la différence des cliniques privées du territoire. La relance de l'activité chirurgicale s'est faite progressivement selon un plan institutionnel ayant pour objet de lisser l'activité sur plusieurs mois et de prioriser la prise en charge des patients selon le niveau d'urgence. L'activité chirurgicale en hospitalisation complète repart plus vite que l'activité de chirurgie ambulatoire.

3.3.2 La concurrence forte du secteur privé

Le CHRUN fait face à la concurrence directe de deux principaux acteurs privés implantés sur la métropole de Nancy : la clinique Louis Pasteur et le groupe ELSAN (Polycliniques Gentilly, Majorelle et clinique chirurgicale Ambroise Paré³⁷).

Traditionnellement positionnés sur des activités chirurgicales rémunératrices telles que la cardiologie, l'orthopédie, la gastro-entérologie ou l'ophtalmologie, ces deux acteurs ont accentué leur assise sur ces segments à la faveur de la crise sanitaire. Les cliniques privées du territoire ont ainsi repris à taux plein leurs activités programmées plus rapidement que le CHRUN.

Le CHRUN a perdu des parts de marché sur la majorité des domaines d'activité sur lesquels ses deux concurrents se positionnent pour réaliser leur activité chirurgicale (Cf. annexe 3). C'est ainsi qu'entre 2019 et 2022, le CHRUN perd des parts de marché en orthopédie traumatologie (passant de 32,1 % à 26,9 %) à la faveur de la clinique Louis Pasteur (qui passe de 12,8 % à 18,8 %). Il est également en concurrence directe avec cet établissement sur la chirurgie digestive haute, sur laquelle ses parts d'activité baissent de 45,9 % à 39,1 %. Il en va de même pour les domaines d'activité des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels où les parts de marché du CHRUN diminuent de 18,8 % à 17 % au bénéfice de la clinique Louis Pasteur.

Les établissements du groupe ELSAN se positionnent sur l'ensemble des domaines d'activités concernés mais c'est en matière d'endocrinologie que leur concurrence se fait la plus forte pour le CHRUN, après celle du groupe SOS santé (CH de Mont Saint Martin). Les parts de marché du CHRUN diminuent ainsi entre 2019 (60,4 %) et 2022 (51,4 %) au bénéfice de ces deux concurrents.

Face à des établissements privés qui peuvent sélectionner leur patientèle sur des activités rentables et programmées, qui n'ont pas l'obligation de participer à la permanence des soins³⁸ et qui offrent à leurs praticiens des niveaux de rémunération attractifs³⁹, le CHRUN peine à reconquérir les parts de marché perdues.

3.3.3 L'impact de la pénurie de personnel médical et soignant sur le niveau d'activité

3.3.3.1 Des professions médicales et soignantes en sous-effectif chronique

Durant la période de contrôle, le CHRUN enregistre un déficit chronique de postes dans trois professions médicales : les médecins anesthésistes réanimateurs, les radiologues et les

³⁷ En octobre 2022, la Polyclinique de Gentilly et la clinique Ambroise Paré ont fusionné pour devenir l'Hôpital Privé Nancy Lorraine, établissement du groupe ELSAN.

³⁸ De 20 h à 7 h 30 pour la semaine et de vendredi 20 h au lundi 7 h 30 pour le week-end.

³⁹ Les établissements privés de santé ne sont pas soumis aux grilles indiciaires de la fonction publique hospitalière.

anatomopathologistes. Depuis la crise sanitaire, ce déficit s'est accru. De 44 % en 2019, le taux de vacance total s'élève en 2023 à 56 %.

Le CHRUN fonctionne actuellement avec moins de la moitié des effectifs sur ces trois professions médicales⁴⁰ (Cf. annexe 3). En anatomopathologie, seul un poste de praticien hospitalier sur cinq est pourvu. L'activité du service est maintenue provisoirement grâce à la présence de quatre assistants⁴¹ qui, par définition, exercent à titre temporaire.

Concernant le personnel non médical, les vacances de postes touchent majoritairement le personnel infirmier. En 2023, plus d'une centaine de postes demeure vacante sur un total de 2 145 postes.

3.3.3.2 Des fermetures de lits et blocs opératoires notamment liées au manque de personnel

L'activité du CHRUN se trouve fortement et durablement limitée par ce manque chronique de personnel. Entre 2018 et 2022, le nombre de fermetures de lits a triplé. Fin 2018, ce nombre s'élevait à 29 pour passer en 2022 à 90. Avant la crise, les fermetures de lits n'avaient de conséquences sur l'activité que quelques mois par an, principalement pendant la période estivale, alors qu'en 2022, le CHRUN compte des lits fermés presque toute l'année.

Tableau n° 6 : Évolution des fermetures de lits

<i>Nombre de lits fermés temporairement</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Médecine</i>	16	8	30	28	65
<i>Chirurgie</i>	13	7	52	37	25
<i>Obstétrique</i>	0	1	2	0	0
<i>MCO</i>	29	16	84	65	90

Source : données CHRUN

Il en résulte également une sous occupation récurrente des lits.

⁴⁰ 56,8 ETP vacants en 2021 sur un total de 1 185 ETP médicaux.

⁴¹ Article R. 6152-511 du CSP : les assistants sont recrutés pour une période initiale soit d'un an, soit de deux ans renouvelables par période d'un an, sans que la période totale d'exercice des fonctions en qualité d'assistant ne puisse excéder six ans.

Tableau n° 7 : Évolution du taux d'occupation des lits

Taux d'occupation (hors ambulatoire)	2018	2019	2020	2021	2022
Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine	72,4	74,1	67,6	74,7	71
Taux d'utilisation/occupation des lits en chirurgie	100,4	100,1	87,5	89,9	95,4
Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique	64,5	63,5	67,1	76,6	78,3

Source : ATIH

L'activité des blocs opératoires

Le CHRUN dispose de 44 salles opératoires réparties sur cinq blocs. Sur ces 44 salles, une salle de la maternité a été fermée dans le cadre de mesures d'économies destinées au redressement financier de l'établissement. D'autres salles sont fermées par manque de personnel. Au 31 décembre 2022, 44 % du total des salles sont fermées faute de personnel, notamment d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE - 14 % de postes vacants). Ce ratio de vacance n'est évaluable que depuis 2022. Selon l'ordonnateur, au 1er trimestre 2024, grâce au recrutement d'IBODE, il n'y avait plus que sept salles fermées, soit 16 % du total des salles.

Faute d'IBODE en nombre suffisant, le CHRUN procède à des glissements de tâches en recourant à des personnels infirmiers « faisant fonction ». À cela s'ajoute un taux d'absentéisme en progression de près de quatre points entre 2018 et 2022. Celui-ci s'élève à 10 % en 2022. Dans ce contexte, le CHRUN éprouve également des difficultés à assurer correctement la formation de base des futurs praticiens, qui est pourtant l'une des attributions principales d'un CHU.

À ce jour, le CHRUN n'est pas en mesure d'identifier précisément le nombre de postes vacants d'IBODE aux blocs. Seules ont été fournies des données agrégeant les effectifs d'IBODE et ceux des infirmiers « faisant fonctions » qui exercent aux blocs. De plus, le CHRUN ne suit le ratio de vacance que depuis 2022. Il n'est donc pas en mesure de connaître ses besoins actuels et prévisionnels et d'adapter sa politique de ressources humaines en fonction de ces données.

La chambre invite l'établissement à mettre en place des outils de suivi des métiers dit en tension tels que les IBODE.

Tableau n° 8 : Ratio de fermetures de salles au 31 décembre 2022

Site	Nombre de salles théoriques	Nombre de salle ouvertes	% de salles ouvertes / théorique
Brabois adultes	18	10	55 %
Brabois enfants	6	4	66,7 %
Maternité	6	4	66,7 %
Lepoire	7	7	100 %
CCEG	7	4	57,1 %
Total	44	29	66 %

Source : CHRUN

Tableau n° 9 : Évolution des postes vacants d'IBODE et IDE du pôle blocs

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Nombre postes en ETP</i>	167,6	166,7	166,85	166,23	161,28	158,31
<i>Nombre de postes vacants</i>					22,2	23,4
<i>Taux de postes vacants</i>					13,76 %	14,78 %
<i>Taux d'absentéisme</i>	6,13 %	6,95 %	8,18 %	8,62 %	10,03 %	9,21 %

Source : CHRUN

3.4 Des actions pour créer une collaboration du CHRUN avec ses partenaires publics et privés et améliorer son attractivité

3.4.1 La stratégie de territoire développée par le CHRUN

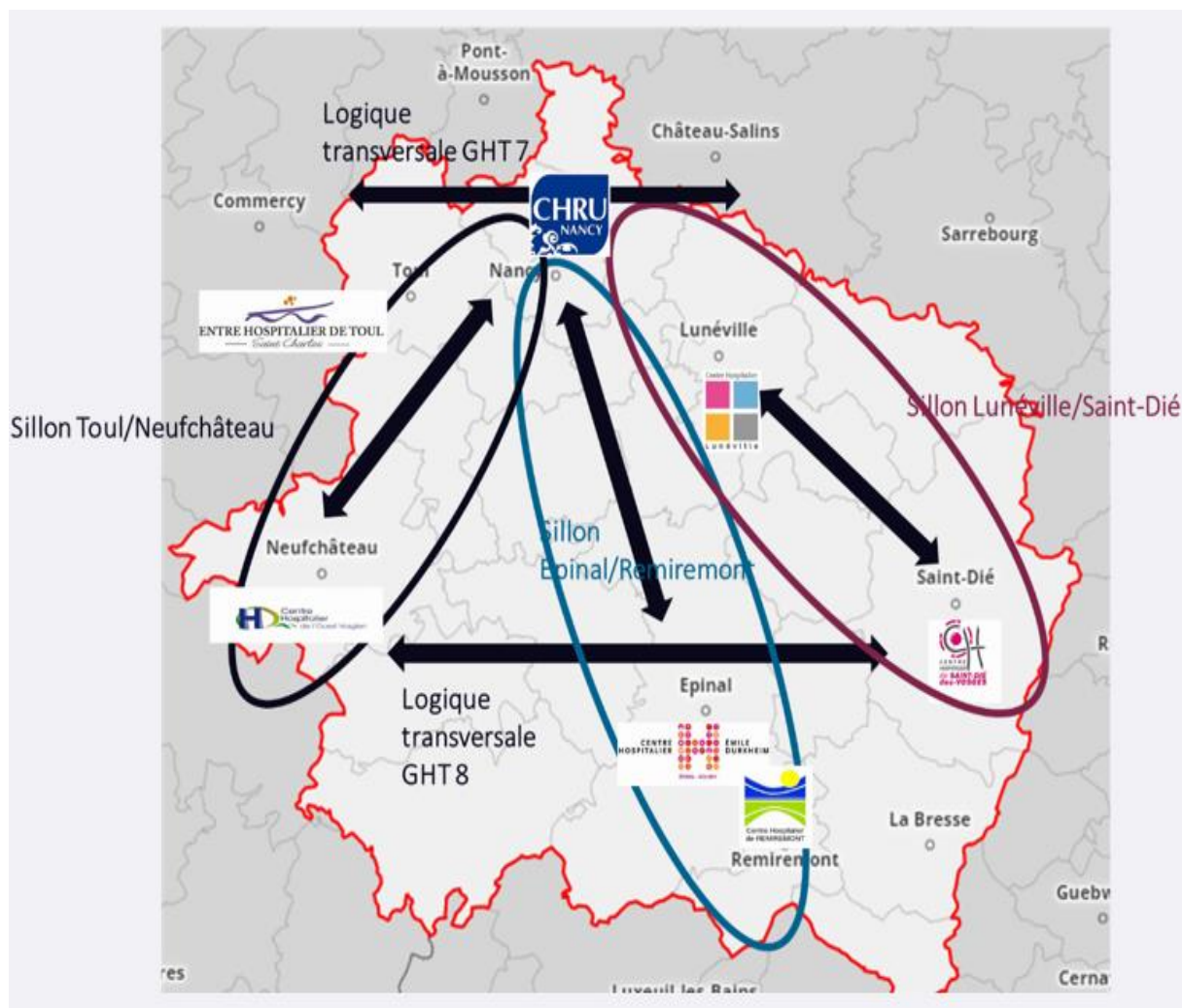
Depuis 2018, le CHRUN a initié une démarche de stratégie territoriale répondant à deux objectifs : d'une part, structurer des filières entre établissements publics pour répondre aux besoins de la population et majorer l'activité et, d'autre part, concurrencer le secteur hospitalier privé.

La stratégie des trois sillons

En s'appuyant sur l'analyse des flux de population réalisée en 2019 dans le cadre d'un diagnostic de territoire par un cabinet privé, le CHRUN a observé qu'un tiers de son activité est produit par des séjours de patients issus de trois grands flux de population dénommés « les trois sillons » :

- sillon Nancy-Toul/Neufchâteau ;
- sillon Nancy-Épinal/Remiremont ;
- sillon Nancy-Lunéville/Saint-Dié.

Graphique n° 2 : Les trois sillons



Source : Cabinet Antarès consulting

Sur la base de cet état des lieux, le CHRUN a élaboré une stratégie destinée à renforcer son positionnement sur le territoire. Les travaux, initiés en 2019 et suspendus du fait de la gestion de la pandémie, ont été relancés en 2021.

La stratégie territoriale du CHRUN, approuvée par le conseil de surveillance du 30 mars 2022, repose sur l'élaboration d'une réponse aux besoins de la population dans le cadre d'une approche territoriale par sillon au sein des deux territoires des GHT 7 et 8, et non par département⁴² comme le préconise l'ARS. Elle repose également sur la construction d'une stratégie de groupe public avec la création de fédérations médicales inter hospitalières (FMIH) et d'équipes de territoire.

Le flux de patients en provenance des Vosges met en évidence un adressage important de patients vers le CHRUN et les établissements privés de la métropole nancéienne mais la

⁴² C'est-à-dire par GHT

dynamique de progression de l'activité profite plus largement à la clinique Louis Pasteur qu'au CHRUN.

Tableau n° 10 : Répartition et évolution de l'activité chirurgicale au sein du GHT 7 – patientèle des Vosges

	2019	2022	Évolution
CHRU de Nancy	5 923	6 098	3 %
Clinique Louis Pasteur	1 371	1 565	14 %
Groupe ELSAN	3 758	3 240	- 14 %
<i>Dont polyclinique de Gentilly</i>	<i>1 261</i>	<i>832</i>	<i>- 34 %</i>
<i>Dont polyclinique Majorelle</i>	<i>495</i>	<i>610</i>	<i>23 %</i>
<i>Dont clinique St André Vandoeuvre</i>	<i>1 774</i>	<i>1 698</i>	<i>- 4 %</i>
<i>Dont espace chirurgical Ambroise Paré Nancy</i>	<i>228</i>	<i>100</i>	<i>- 56 %</i>
Institut de cancérologie de Lorraine	847	899	6 %

Source : ATIH

3.4.2 La construction de filières publiques de soins dans le cadre de coopérations médicales

La stratégie de groupe public portée par le CHRUN vise à répondre aux besoins de santé de la population mais aussi à la problématique majeure de démographie médicale et soignante.

Dans cette perspective, le CHRUN ambitionne de se recentrer sur ses activités de recours et les activités les plus complexes et spécialisées propres à tout CHRU, tout en épaulant les autres établissements du territoire dans l'exercice de leur rôle d'hôpitaux de proximité et ainsi graduer les accès aux plateaux techniques. La démarche repose sur la définition d'un panel d'offres de soins par établissement en conjuguant démographie médicale, organisation hospitalière structurée, soins de proximité et besoins de la population.

Pour déployer cette stratégie en priorité sur le groupement hospitalier de territoire 7 puis sur le GHT 8, le CHRUN utilise comme outil les fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) qui lui permettent, dans un cadre conventionnel, de structurer et consolider l'offre publique du territoire.

Face aux difficultés persistantes de démographie médicale, cet outil permet également la mise en place institutionnelle d'équipes médicales de territoire contribuant à pallier les risques de rupture de la continuité et permanence des soins. L'intégration de ces équipes est perçue par les praticiens comme un critère majeur d'attractivité.

Toujours dans cette logique de coopération et de structuration de l'offre de soins, la mise en place des FMIH a permis au CHRUN de déporter une partie de son activité de chirurgie ambulatoire sur d'autres sites du GHT 7 (Toul et Lunéville) pour libérer du temps opératoire sur la chirurgie de recours (ortho traumatologie, chirurgie de la main, ORL, endoscopies).

En 2023, quatre FMIH sont en place (urgences, gynécologie-obstétrique, médecine polyvalente et imagerie) sur le GHT 7 et deux sont en cours de constitution (chirurgie orthopédique et gastro-entérologie). Ces FMIH associent le CHRUN et les CH périphériques (Toul, Lunéville, Pont à Mousson et Commercy).

Le CHRUN est également à l'initiative de la création de cinq FMIH⁴³ avec des établissements du GHT 8 (CH Épinal et Remiremont). Sur les cinq conventions signées en 2019, seules deux fédérations préexistantes fonctionnent correctement (gynéco-obstétrique et neurovasculaire). Les trois autres fédérations peinent à se structurer faute de pilotage et de recherche d'objectifs partagés et précis.

La chambre invite le CHRUN, en tant qu'établissement support du GHT, à poursuivre et consolider la dynamique déjà engagée et à mettre en place un comité de pilotage et de suivi de ces FMIH.

3.4.3 Le recours à des partenariats avec le secteur privé

Une coopération avec la clinique Louis Pasteur à développer

Face à la concurrence directe des deux principaux groupes privés implantés sur la métropole de Nancy (Pasteur et Elsan), le CHRUN a mené une réflexion sur son positionnement vis-à-vis des établissements privés, qui l'a conduit à coopérer avec la clinique Louis Pasteur. Cette coopération a pour objectif de répondre en partie aux difficultés de démographie médicale et de favoriser l'attractivité du CHRUN⁴⁴.

Des coopérations existaient déjà entre les deux acteurs mais de manière individuelle au travers de la conclusion de contrats d'exercice libéraux concernant des praticiens du groupe. Le 26 janvier 2022, une convention cadre signée entre les deux acteurs a institutionnalisé une coopération portant sur le champ de la rythmologie interventionnelle. Cette coopération a pour objet l'utilisation du plateau technique du CHRUN par les médecins anesthésistes de la clinique, ce qui permet d'augmenter le nombre d'actes réalisés par le CHRUN et ainsi majorer son activité. Entre 2021 et 2022, les parts de marché en cardiologie interventionnelle sont passés de 19,9 % à 21,6 % avec un nombre d'interventions en progression de 7 %.

De nouvelles pistes de collaboration sont à l'étude, notamment en matière de permanence des soins mutualisée en endoscopie digestive.

De mise en œuvre récente, les bénéfices de cette collaboration entre le CHRUN et la clinique Louis Pasteur ne sont pas encore mesurables.

⁴³ FMIH chirurgie digestive ; pédiatrie ; chirurgie cervico-faciale ; gynécologie-obstétrique et neurologie

⁴⁴ Demande médicale de plus en plus prégnante de pouvoir travailler dans le public et le privé

Une nouvelle forme de coopération à définir avec l'ICL

En 2014, le CHRUN et l'ICL ont créé un groupement de coopération sanitaire (GCS) ayant pour objectifs de renforcer la concertation entre les deux acteurs et de les doter d'un projet médical et scientifique commun, notamment par la définition et la mise en œuvre des grands axes d'un projet régional de cancérologie. Depuis 2019, le GCS héberge deux activités : la Plateforme Régionale Inter établissement de Médecine Oncologique (PRIMO) et le département de bio-pathologie.

Comme énoncé précédemment, la plateforme PRIMO a pour objet de concentrer les activités de chimiothérapie des deux acteurs sur un même site, hébergé dans les locaux de l'ICL. Le département de bio-pathologie poursuit la même logique mais est localisé, quant à lui, dans les bâtiments du CHRUN.

Les séances de chimiothérapie réalisées par le CHRUN à PRIMO sont déclarées par l'ICL, qui maîtrise également le nombre de places proposées au CHRUN. Les activités du département de bio-pathologie réalisées par l'ICL sont intégralement financées, quand celles réalisées par le CHRUN ne font l'objet que d'un financement partiel. Des reports de travail vers les équipes du CHRUN sont également relevés⁴⁵.

La chambre constate qu'un bilan de cette collaboration a été réalisé et invite le CHRUN, en lien avec l'ICL et l'ARS, à procéder à des ajustements pour rendre cette collaboration plus équilibrée.

3.4.4 Le développement de l'activité ambulatoire

En médecine

En 2016, le CHRUN a ouvert une Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) mutualisée. Cette unité multidisciplinaire de 46 places regroupe 15 spécialités⁴⁶ sur un lieu unique et a pour objet de dispenser des actes et des soins médicaux programmés dans des conditions permettant le retour du patient le jour même.

En parallèle de l'UMA multidisciplinaire, le CHRUN a également ouvert quatre UMA spécialisées (oncologie 4 places, pédiatrie 17 places, gynécologie-obstétrique 8 places et neurologie 16 places).

L'activité de ces différentes unités entre 2018 et 2022 a permis de générer + 17 % de séjours en médecine ambulatoire et + 33 % en obstétrique ambulatoire ce qui en fait un des leviers majeurs du CHU pour majorer son activité. Le CHRUN a, dans cet objectif, inscrit le développement de l'ambulatoire comme axe de son projet médico-soignant 2018-2022.

⁴⁵ Par exemple, drainage à faire en astreinte orientés vers l'équipe d'astreinte d'imagerie du CHRUN, alors que celle de l'ICL n'est pas sollicitée.

⁴⁶ Maladies infectieuses, dermatologie, pneumologie, médecine interne, rhumatologie, diabétologie, nutrition, endocrinologie, néphrologie, Hépatogastro-Entérologie (HGE), urologie, ORL, transgenre, centre de santé sexuelle, obésité.

Le CHRUN continue de développer son activité en médecine ambulatoire. De nouveaux parcours ont été initiés à l'UMA pluridisciplinaire, tels que la rééducation de la voix et le traitement des maladies héréditaires du métabolisme. Il développe également les prises en charge en hôpital de jour (HDJ)⁴⁷. En 2023, plusieurs parcours ont été mis en place (neurologie, dermatologie, ophtalmologie, surdité, hématologie etc.).

En chirurgie

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge ne nécessitant pas une hospitalisation de plus de 12 heures et sans hébergement de nuit.

Son développement est une priorité des établissements de santé, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficacité. L'instruction n   DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015⁴⁸ fixait à 66 % la cible de taux global national de chirurgie ambulatoire à horizon 2020. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018 - 2022, le gouvernement formulait l'ambition de porter ce taux à 70 % en 2022.

Les CHR/U ont traditionnellement le taux de chirurgie ambulatoire le plus faible de toutes les catégories d'établissements. Cette situation s'explique en majeure partie par la nature même des missions exercées (recours, urgences, sévérités des séjours, innovation et formation). En 2022, les CHR/U ont ainsi pris en charge 944 000 séjours chirurgicaux avec un taux d'ambulatoire de 39,99 %.

En 2022, le taux de chirurgie ambulatoire⁴⁹ du CHRUN était de 43,45 %, soit plus de trois points supérieur au taux moyen observé pour les CHU. Le CHRUN se positionne ainsi dans la moyenne haute des établissements de même catégorie mais en d     des cibles nationales et de celles fixées dans son projet médico-soignant 2018-2022⁵⁰ (taux cible à atteindre de 48 % en 2023).

Le CHRUN a amorcé son virage ambulatoire en 2016. Cinq unités de chirurgie ambulatoire (UCA) d'une capacité totale de 40 places⁵¹ ont été créées. L'installation d'un hôtel patients en 2018 a permis également de développer ce mode de prise en charge. La pandémie a ralenti cette démarche de bascule ambulatoire. La dynamique a été relanc  e en sortie de crise.

⁴⁷ La démarche repose sur la bascule des consultations externes en HDJ gradations des soins sur la base d'un diagnostic réalisé par le DIM ciblant les services éligibles.

⁴⁸ Instruction n   DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

⁴⁹ Le taux de chirurgie ambulatoire en établissement groupe homogène de malades (GHM) en C + 7 correspond à deux indicateurs selon la DGOS. Le taux simple 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 rapport   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).

⁵⁰ Projet médico-soignant 201-2022 p. 5.

⁵¹ UCA    Central de 6 places ; UCA    Brabois de 8 places ; UCA à la Maternité de 8 places ; UCA au centre chirurgical Emile Gallé (CCEG) de 12 places ; UCA à l'Hôpital d'Enfants de 6 places.

Un travail de refonte, fluidification et diversification des parcours patients en ambulatoire est en cours et un pilotage médical a été mis en place⁵².

Cependant des freins subsistent, notamment liés à la limite de temps opératoire disponible au bloc, nécessaire pour absorber la demande actuelle et développer l'offre sur de nouveaux actes ou spécialités.

La chambre invite le CHRUN à poursuivre ses efforts pour développer son activité de chirurgie ambulatoire.

Tableau n° 11 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire du CHRUN

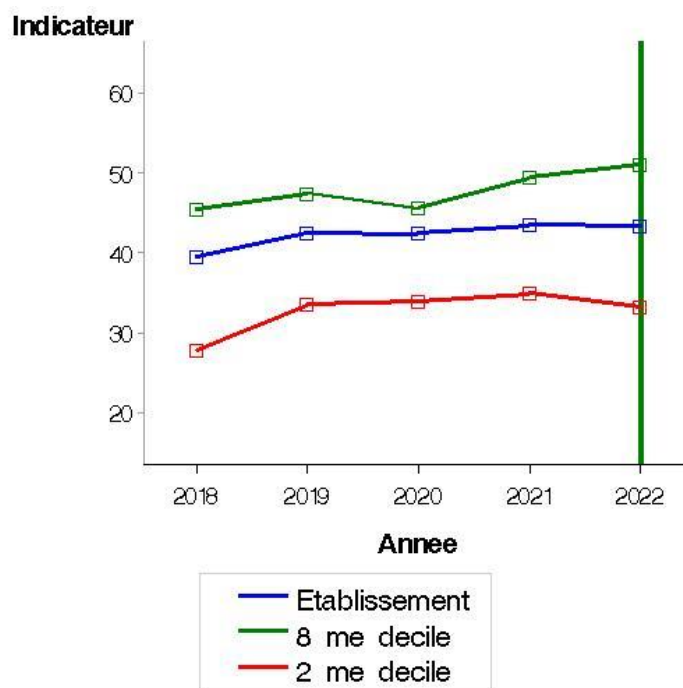
	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre total RSA ⁵³ chirurgie	38 674	38 148	31 725	33 538	34 162
<i>Dont RSA de chirurgie HC</i>	<i>23 567</i>	<i>22 142</i>	<i>18 446</i>	<i>19 190</i>	<i>19 801</i>
<i>Dont RSA de chirurgie ambulatoire</i>	<i>15 107</i>	<i>16 006</i>	<i>13 279</i>	<i>14 348</i>	<i>14 361</i>
Taux de chirurgie ambulatoire	39,06 %	41,96 %	41,86 %	42,78 %	42,04 %
Taux de chirurgie ambulatoire (Groupe homogène de malades - GHM en C + 7 racines)	39,58 %	42,62 %	42,61 %	43,60 %	43,45 %

Source : ATIH et données CHRUN

⁵² Optimisation des organisations, développement de parcours raccourcis en ophtalmologie, augmentation des pratiques de chirurgie hors bloc opératoire (main, ...).

⁵³ 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.

Graphique n° 3 : Comparaison du taux de chirurgie ambulatoire avec les établissements de même catégorie



Source : données ATIH

3.4.5 L'effet limité des mesures en faveur de l'attractivité des emplois du CHRUN

Face aux difficultés de démographie médicale et soignante, le CHRUN s'est engagé dans une démarche stratégique visant à améliorer son attractivité aussi bien à l'attention du personnel médical (PM) que non médical (PNM).

Les actions en faveur de l'attractivité sont inscrites dans le projet social 2021- 2024 du CHRUN, validé par le comité technique d'établissement (CTE) du 10 décembre 2020. Un premier bilan des actions mises en œuvre a été réalisé et présenté aux organisations syndicales le 4 mai 2023.

Concernant le PNM, les différentes actions mises en place ont pour objectif de fidéliser et recruter les professionnels (campagne de communication dans les écoles et instituts, contrats d'apprentissage, bourses d'études etc.). Pour les métiers en tension tels que les infirmiers, une intégration accélérée dans la fonction publique est proposée⁵⁴.

Concernant le PM, le CHRUN a mis en place, depuis 2016, un plan d'attractivité pour les spécialités dites en tension que sont l'anesthésie réanimation et l'imagerie. Les principales mesures prises ont trait à la rémunération des professionnels et la qualité de vie au travail

⁵⁴ Les IDE se voient proposer une entrée dans la fonction publique hospitalière après quatre mois de présence au sein de l'établissement au lieu de 12.

(QVT)⁵⁵. Le CHRUN propose, notamment aux praticiens hospitaliers contractuels de ces deux spécialités, un recrutement sur un échelon supérieur aux autres disciplines. La réalisation d'une activité libérale et d'intérêt général est également possible ainsi que des vacations au plateau d'imagerie médicalisé mutualisé sud-lorrain (PIMM)⁵⁶, faisant l'objet d'un GCS dont le CHRUN est membre.

Malgré ces mesures, le CHRUN n'est pas en capacité de proposer à ses praticiens des niveaux de rémunération équivalents à ceux du secteur privé non soumis aux grilles indiciaires de la fonction publique hospitalière.

Le constat est identique en matière de QVT. Dans le cadre de la permanence des soins (PDSES), les praticiens⁵⁷ du CHRUN sont dans l'obligation de réaliser des gardes et astreintes, à l'inverse de la majeure partie des praticiens exerçant dans le secteur privé⁵⁸.

La PDSES contribue à assurer la continuité de la prise en charge des demandes de soins non programmés entre la ville et l'hôpital. L'organisation de la PDSES sur le territoire relève du directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux articles R. 6111-41 et suivants du CSP. Il lui appartient de définir, en concertation avec les acteurs du territoire, l'architecture du schéma régional de la PDSES.

À l'exception des activités réglementées, la participation à la PDSES se fait sur la base d'un appel à candidatures lancé par l'ARS. En cas d'appel infructueux, le directeur général de l'ARS peut désigner d'office un ou plusieurs établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins ou réquisitionner un médecin libéral dans le cadre du dispositif de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Il lui revient donc, en tant que régulateur, de définir l'architecture et l'armement du schéma régional adapté au territoire.

En outre, comme le relève l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport de juin 2023 relatif à la permanence des soins en établissements de santé, il est également nécessaire, pour susciter l'adhésion des praticiens, de faire converger les modalités d'indemnisation de la PDSES entre les professionnels libéraux et salariés. En ce sens, l'inspection préconise d'étudier, dans la perspective des prochains schémas régionaux, les modalités d'une simplification du circuit d'indemnisation des professionnels libéraux participant à la PDSES en établissements privés via un financement direct de ces derniers.

Le CHRUN souhaite, dans le cadre de sa coopération avec la clinique Louis Pasteur, construire des mutualisations de lignes de PDSES entre les deux établissements. Cette proposition a été transmise à l'ARS en amont du schéma de PDSES en cours de révision.

La chambre invite le CHRUN à poursuivre sa coopération avec la clinique Louis Pasteur pour partager la charge de la PDSES et impliquer davantage les établissements privés dans cette mission de santé publique. Selon l'ARS, ce dialogue devrait également intégrer l'Hôpital Privé Nancy Lorraine (HPNL).

⁵⁵ Charte de bienveillance au bloc opératoire et accompagnement managérial des assistants - chef anesthésistes.

⁵⁶ Uniquement pour les praticiens du pôle imagerie.

⁵⁷ Pour les établissements de santé publics, la participation au service public hospitalier impose aux praticiens qui y exercent une obligation d'assurer la continuité et la permanence des soins (article R. 6152-28 du CSP).

⁵⁸ Pour les médecins libéraux qui interviennent en établissements privés à but lucratif, les lois et règlements ne prévoient pas d'obligation formelle.

3.4.6 Des durées moyennes de séjour en diminution

La durée moyenne de séjour (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-mix⁵⁹ 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 deçà⁶⁰.

L'IP-DMS du CHRUN est toujours inférieure à un et repasse, en 2022, en dessous du niveau atteint en 2019, sauf en obstétrique. Ce résultat est la traduction des actions menées par l'établissement pour réduire la durée de séjour en s'appuyant sur la cellule optimisation du parcours du patient (OPP), en charge de la gestion des lits, et sur la direction chargée des liens entre les soins de ville et l'hôpital (département ville médico-social hôpital) qui doit permettre de fluidifier le parcours du patient en réalisant un travail de coordination tant en interne qu'avec les partenaires externes.

Tableau n° 12 : Indice de performance de la durée moyenne de séjour du CHRUN

<i>IPDMS</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Médecine</i>	0,933	0,918	0,908	0,927	0,914
<i>Chirurgie</i>	0,945	0,913	0,884	0,901	0,904
<i>Obstétrique</i>	0,938	0,921	0,927	0,945	0,933

Source : ATIH

⁵⁹ Éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades (GHM), par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation, par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile, par catégorie majeure de diagnostic (CMD), par catégorie majeure clinique (CMC).

⁶⁰ Un IP-DMS supérieur à 1 traduit des DMS trop longues, ce qui est financièrement pénalisant pour l'établissement car son activité est rémunérée selon une durée type d'hospitalisation correspondant au cas traité et non selon la durée effective du séjour.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHRUN reste l'établissement majeur de sa zone d'attractivité. Néanmoins, la perte d'activité au profit des établissements privés voisins, déjà engagée avant la crise sanitaire, s'est poursuivie après celle-ci. En effet, alors que le CHRUN continuait à soigner des malades Covid, les hôpitaux privés reprenaient leur activité, notamment chirurgicale.

Par ailleurs, le CHRUN connaît d'importantes pénuries de personnels, l'obligeant à fermer des lits et des salles de blocs, ce qui accentue la baisse de son activité.

Pour remédier à ces difficultés, l'hôpital élabore deux stratégies : mettre en place des actions pour attirer et fidéliser les personnels médicaux et soignants et coopérer avec les autres établissements, tant publics que privés. Néanmoins, la forte disparité à la fois dans les conditions de travail (notamment par l'absence de gardes et d'astreintes dans les établissements privés) et dans les rémunérations proposées (salaires imposés par des grilles indiciaires dans les hôpitaux publics) limite les moyens d'action du CHRUN face à ses concurrents.

4 UN PROJET DE NOUVEL HÔPITAL OBJET DE FORTES INCERTITUDES

Le projet de créer un nouvel hôpital émerge dès 2007, en raison de la vétusté et de l'éclatement des sites de l'établissement. Il est relancé en 2018, avec la mise en place de groupes de travail associant les personnels du CHRUN, afin de prendre en compte leur expérience pour déterminer le projet le plus efficient.

Un schéma directeur immobilier est validé en 2021 (Cf. annexe 4), incluant des modifications issues de la crise sanitaire de 2020, prévoyant de regrouper l'ensemble des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et le plateau technique de l'hôpital sur un site unique, à Brabois, à l'horizon de 2030, et de maintenir un hôpital de proximité en centre-ville (pour les consultations, les soins dentaires, ...). L'objectif principal est d'« améliorer le fonctionnement de l'hôpital, l'accueil des usagers, ainsi que les conditions d'exercice et de travail des professionnels »⁶¹.

Ce projet doit également permettre de réaliser des économies, tant au plan financier qu'en termes de personnels. En effet, selon l'établissement, l'éclatement des sites génère des surcoûts d'un montant de 43,71 M€ et nécessite d'employer 547 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires (inclus dans le calcul des surcoûts), sur un total de 8 462 ETP (en 2021). Le regroupement des activités devrait également permettre de mutualiser les personnels, notamment ceux dont le métier est en tension (anesthésistes-réanimateurs, infirmiers de blocs opératoires, infirmiers anesthésistes).

⁶¹ Plaquette de présentation – « Le nouvel hôpital de Nancy » – mars 2022.

Néanmoins, l'établissement perçoit des recettes grâce à sa répartition multisite, en optimisant la tarification générée par le découpage géographique de ses activités.

Tableau n° 13 : Différence de valorisation (100 % T2A) depuis 2019

<i>Période</i>	Gain de valorisation après découpage
2019	8 662 123,73 €
2020	8 128 934,23 €
2021	8 749 604,57 €
2022	8 061 862,78 €
2023 (de janvier à septembre)	5 327 992,07 €

Source : CHRUN

Bien que les conséquences du regroupement sur un seul site ne soient pas connues à ce stade, il y aura nécessairement une perte non négligeable de recettes pour l'établissement. Ainsi, le gain net pour l'établissement ne sera pas de 43,71 M€, mais de l'ordre de 35 M€ (les recettes issues de la valorisation variant selon les exercices).

Par ailleurs, deux incertitudes planent sur le projet : la solidité d'un bâtiment sur lequel il repose et la possibilité pour l'établissement de le financer.

4.1 La fragilité du bâtiment Philippe Canton

Le bâtiment Philippe Canton, sur le site de Brabois, a été mis en service en 2011, dans le cadre d'un partenariat public-privé. En août 2017, des premières fissures sont constatées par le CHRUN. Elles se sont aggravées et propagées à d'autres locaux, situés sur plusieurs niveaux. Une expertise judiciaire a été sollicitée en décembre 2017, devant le tribunal administratif de Nancy, afin d'en déterminer les causes, la dangerosité, les évolutions prévisibles et les remèdes éventuels.

Dans l'attente des résultats de l'expertise, faute de connaître l'origine et, surtout, l'évolution de désordres, le CHRU a décidé, pour assurer la sécurité des patients et de son personnel, d'évacuer les locaux affectés et de les déclarer indisponibles.

La commission de sécurité du 19 décembre 2020 a émis un avis défavorable à la poursuite du fonctionnement de l'établissement, motivé par une résistance au feu des planchers et cloisons qui n'est plus garantie du fait des fissurations. Des travaux ont été réalisés et, selon l'ordonnateur, l'avis défavorable de la commission a été levé en 2023.

Le rapport définitif du volet technique de l'expertise, clos le 26 juillet 2023, conclut que les désordres observés ne compromettent pas la stabilité et la solidité générales de l'ouvrage à l'exception de trois désordres ponctuels situés au niveau -1, au vide sanitaire et réserve foncière.

Bien que les conclusions de l'expertise s'avèrent rassurantes, la situation a été décrite comme particulièrement dangereuse, notamment dans la presse (en 2020). Or, en 2021, après la sortie de la crise sanitaire, le projet a été modifié afin de prendre en compte les expériences de cette crise mais il maintenait le bâtiment Philippe Canton. Ainsi, malgré les alertes émises, aucun autre projet n'a été envisagé.

Par ailleurs, les conclusions de l'expertise ne concernent que les défauts apparents du bâtiment. L'établissement n'a pas fait d'étude sur sa longévité et sa capacité à supporter des modifications (il est prévu de créer des passerelles entre les différents bâtiments ainsi qu'un réseau souterrain sous l'ensemble des bâtiments).

La chambre s'inquiète que la construction d'un nouvel hôpital, prévu pour entrer en service dans une dizaine d'années, avec la création de bâtiments censés durer plusieurs dizaines d'années, prenne partiellement appui sur un bâtiment fragilisé. Une telle articulation pourrait nécessiter de nouveaux travaux à une échéance bien inférieure à ce qu'il est possible d'attendre de la construction d'un nouvel hôpital. La chambre invite le CHRUN à faire réaliser une expertise sur la longévité du bâtiment Philippe Canton.

4.2 La soutenabilité financière du projet

Le projet de construction du nouvel hôpital a été estimé à 604 M€ TDC (toutes dépenses confondues⁶²) en valeur en juin 2020, avec 417 M€ d'aides envisagés par l'ARS (382,8 M€ d'aide en capital et 35 M€ d'emprunt aidé). Une dotation totale de 140 M€ sera par ailleurs versée sur la période 2021-2029 dans le cadre du dispositif d'assainissement des situations financières.

Le coût du projet initialement retenu a été réactualisé à 914,8 M€. Un nouveau projet a dû être travaillé pour en diminuer le coût en supprimant certaines constructions initialement prévues. Ce dernier projet est estimé à 785,9 M€. Il doit être financé par les aides versées par l'ARS et par de l'emprunt. Il est actuellement soumis à l'arbitrage des tutelles du CHRUN.

Néanmoins, ce projet retravaillé ne réduit pas la surface de l'établissement et, partant, le nombre de patients qu'il peut accueillir. Ce nombre a été déterminé par rapport aux autres CHU de France. Parmi les scénarios proposés, celui finalement retenu comprend le plus grand nombre de lits et de places. Au total, le nouvel hôpital disposera de 20 lits en moins et de 59 places en plus, soit 1 310 lits et 268 places (Cf. tableau 1 annexe 4). Selon l'ordonnateur, cette estimation du nombre de lits et places répond aux besoins de la population vieillissante.

Le regroupement des activités de santé sur un hôpital permettra par ailleurs la cession des bâtiments de l'hôpital central (hormis la partie de l'hôpital de proximité), de la maternité et du centre chirurgical Émile Gallé. Le montant des cessions ne peut être estimé avec fiabilité à ce jour, celles-ci devant être réalisées à la fin de la construction, soit après 2030.

Cependant, ces ventes ne constitueront qu'une petite partie du financement du projet (environ 2,8 %, en fonction des données actuelles). De plus, le coût de démolition de certains

⁶² C'est-à-dire incluant les dépenses d'équipement.

bâtiments (hôpital adultes, hôpital d'enfants) n'est plus inclus dans le montant du projet, alors que ces opérations devront nécessairement être réalisées.

Or, déjà en juin 2021, le rapport de contre-expertise indiquait, dans sa synthèse finale : « *La soutenabilité de la trajectoire financière n'est pas acquise : Sans le niveau très généreux de subvention, (70 % du schéma directeur immobilier (SDI) soit près de 50 % de la totalité du plan global de financement pluriannuel (PGFP) sur 10 ans), le projet d'investissement ne serait économiquement pas possible* ».

Malgré l'augmentation du coût de l'investissement, l'ARS n'envisage pas d'augmenter sa participation au financement du projet. Dès lors, au regard de la difficulté de l'établissement à retrouver une activité comparable à celle antérieure à la crise sanitaire et à sa situation financière (Cf. partie 5), la chambre s'inquiète du choix de l'établissement de ne pas modifier davantage son projet de construction afin d'en diminuer le coût.

Si aucune aide complémentaire n'est accordée à l'établissement, la chambre doute de sa capacité à parvenir à financer un tel projet.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le projet de nouvel hôpital de Nancy prévoit de regrouper, à l'horizon 2030, l'ensemble des activités du CHRUN sur un site unique à Brabois, tout en maintenant un hôpital de proximité en centre-ville.

Ce projet, initialement estimé à plus de 600 M€, a fait l'objet d'une récente actualisation, obligeant l'établissement à revoir à la baisse ses ambitions pour limiter le dérapage du coût du projet, qui augmente malgré tout de plus de 185 M€.

La chambre souligne que, d'une part, le CHRUN aura des difficultés à financer un tel projet au vu de sa situation financière dégradée et, d'autre part, que ce projet prend partiellement appui sur l'utilisation d'un bâtiment mis en service dans les années 2010 avec des malfaçons initiales susceptibles d'affecter sa durée de vie, ce qui pourrait conduire le CHRUN à engager de lourds travaux avant même la fin de la livraison du nouvel hôpital.

5 UNE SITUATION FINANCIÈRE DÉGRADÉE

Le CHRUN dispose d'un budget principal et de six budgets annexes (Cf. tableau 14). Compte tenu du poids du budget principal (97 % des produits), l'analyse des charges et des produits porte sur ce seul budget. Par contre, l'examen des résultats, des soldes intermédiaires de gestion et du bilan est réalisé dans le cadre du budget consolidé.

Tableau n° 14 : Poids des différents budgets 2022

En €	Montant	Part en %
Budget principal Hôpital (H)	940 121 501	97,47 %
Budget USLD (B0)	7 763 464	0,80 %
Budget institut de formation (C1)	9 908 126	1,03 %
Budget institut de sage-femme (C2)	0	0 %
Budget DNA ⁶³ (A0)	1 137 485	0,12 %
Budget GHT (G0)	5 570 889	0,58 %
Total budget consolidé	964 501 466	100 %

Source : produits des comptes de résultat issus des comptes financiers du CHRUN de Nancy

5.1 Des provisions insuffisamment constituées

L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit la constitution d'une provision :

- s'il existe, à la clôture de l'exercice, une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement ;
- s'il est probable ou certain, à la date d'établissement des comptes, qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci ;
- si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable.

5.1.1 La provision pour gros entretien ou grandes révisions

L'instruction M21 prévoit certains comptes destinés à recevoir des provisions ayant pour objet de répartir sur plusieurs exercices des dépenses prévisibles comme celles pour gros entretien ou grandes révisions.

Elle précise que : « Pour être traitée comme provision pour gros entretien ou grandes révisions (PGE), la provision correspondante doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. »

« Les PGE doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien (PPE). Le montant des PGE correspond au montant des travaux identifiés dans ce plan, établi par immeuble ou groupes d'immeubles et par catégorie de travaux. En fonction de la politique d'entretien décidée par l'ordonnateur, le montant des PGE correspondra aux dépenses de gros entretien des 5 prochaines années au minimum, inscrites au plan établi dans les conditions précitées. »

⁶³ Dotation non affectée

Le CHRUN n'élabore pas de PPE et ne constitue pas de provision pour gros entretien. En l'absence de prévision pluriannuelle, les frais d'entretien et grandes révisions sont inclus dans les enveloppes budgétaires annuelles qui s'élèvent en moyenne à 18 M€ par an.

La chambre recommande à l'établissement d'élaborer un plan pluriannuel d'entretien et de constituer une provision pour gros entretien. Elle prend note de l'engagement de l'ordonnateur de formaliser un plan de gros entretien ou grandes révisions et de constituer les provisions correspondantes courant 2025.

Recommandation n° 3. : Élaborer un plan pluriannuel d'entretien et constituer une provision pour gros entretien.

5.1.2 L'absence de provision pour des travaux de démolition, désamiantage et dépollution

Si un établissement entreprend de démolir un immeuble lui appartenant sur un terrain dont il est également propriétaire, les frais de démolition de l'immeuble peuvent donner lieu à constitution d'une provision pour charges, à condition que :

- la démolition ne donne lieu par la suite ni à cession du terrain ni à reconstruction ;
- ou
- en cas de cession du terrain nu, la démolition ne conditionne pas la cession.

Dans une analyse conjointe, la DGOS et la DGFIP⁶⁴ précisent que « *si le terrain nu demeure à l'actif de l'établissement suite à démolition de l'immeuble, les frais de démolition sont comptabilisés en charges exceptionnelles (compte 678) [sauf cas où le terrain recevrait des aménagements destinés à procurer des avantages économiques à l'établissement. Les frais de démolition seraient alors intégrés au coût d'aménagement des terrains (imputé au compte 2121)]* ».

Dans le cadre de son SDI, le CHRU prévoit de démolir des bâtiments sans réhabilitation. Le coût de la démolition de ces immobilisations a été estimé, dans le SDI validé en 2021, à 20 M€. Une provision pour travaux de démolition devait être constituée pour couvrir les futurs dépenses de démolition.

Dans son rapport sur les comptes 2021, le commissaire aux comptes a émis une réserve concernant la non provision « *des coûts de démolition, désamiantage et dépollution* » attachés au schéma directeur immobilier.

L'établissement estime que les coûts de désamiantage des bâtiments détruits sans reconstruction (Brabois Adultes et Brabois Enfants), n'ont pas fait l'objet d'une actualisation, étant à considérer qu'une éventuelle démolition interviendrait au plus tôt en 2032.

Le SDI fait l'objet d'un projet d'actualisation qui doit être validé par les tutelles conduisant à en revoir certains points parmi lesquels le poste démolition qui serait abandonné.

⁶⁴ Foire aux questions DGOS/DGFIP – Fiabilisation des comptes des établissements publics de santé de janvier 2018

L'absence de constitution de ces provisions a eu pour effet d'améliorer le résultat net comptable des exercices concernés à due concurrence des sommes non provisionnées.

La chambre constate que l'établissement a pris des mesures pour régulariser la situation.

5.2 Des charges en hausse malgré des réductions des dépenses

Les charges augmentent de près de 20 % entre 2018 et 2022. Bien qu'elles diminuent entre 2018 et 2019, en application des plans d'économies mis en œuvre par l'établissement, ces mêmes plans ne suffisent plus à contenir l'augmentation des charges à compter de 2020 en raison principalement des effets de la crise sanitaire et du contexte économique lié à l'inflation. En 2023, le CHRUN a supporté 1,017 Md€ de charges⁶⁵.

Tableau n° 15 : Répartition des charges du budget principal

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
<i>Titre 1 : charges de personnel</i>	488 049 496	484 655 908	513 693 323	544 303 157	563 242 631	15,41 %
<i>Titre 2 : charges à caractère médical</i>	192 091 452	188 326 339	202 092 848	221 113 059	237 766 817	23,78 %
<i>Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général</i>	69 339 358	69 912 999	77 217 270	79 164 431	87 395 714	26,04 %
<i>Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles</i>	63 804 959	66 116 968	68 960 983	67 894 553	71 668 031	12,32 %
Total des charges	813 285 264	809 012 214	861 964 424	912 475 200	960 073 193	18,05 %

Source : Comptes financiers du CHRUN

5.2.1 Des plans d'économies successifs pour limiter la progression des charges

En raison de la situation financière de l'établissement, plusieurs plans d'économies, portant sur les périodes 2014-2017, 2019-2025 puis 2027-2033 ont été élaborés. Ils doivent conduire l'établissement à redresser sa trajectoire financière pour lui permettre de financer la construction du nouvel hôpital. L'impact des deux premiers plans se voit dans l'évolution des charges de 2018 à 2019, puisqu'elles enregistrent une diminution de 4,3 M€, principalement sur les charges de personnel et les charges à caractère médical.

⁶⁵ Compte financier 2023 du CHRUN.

Le plan 2014-2017 a permis une diminution brute des charges de près de 42 M€. Cependant, une grosse partie de ces gains a été absorbée par des mesures non prévisibles à hauteur de 36,7 M€. Ainsi, ce plan d'économies a permis à l'établissement de réaliser une économie nette de près de 5,3 M€.

Le plan 2019-2025 prévoit près de 60,7 M€ d'économies (Cf. annexe 6). Son suivi est tenu mensuellement avec un récapitulatif annuel. À fin 2022, le CHRUN a réalisé près de 43 M€ d'économies sur un total attendu de 46 M€, soit un taux de réalisation de 93 %. Selon l'ordonnateur, à fin 2023, les économies supplémentaires réalisées ont été de 4,5 M€.

Tableau n° 16 : Gains attendus dans le cadre du plan 2019-2025

<i>en M€</i>	2019	2020	2021	2022	Total 2019-2022	Reste à réaliser
<i>Objectif de gains</i>	14,77	17,15	7,58	6,65	46,15	14,51
<i>Gains réalisés</i>	18,37	11,10	8,60	4,81	42,88	17,79

Source : CRC GE – données CHRUN

Le plan 2027-2033 prévoit un total d'économies de plus de 31 M€ (Cf. annexe 6).

Le CHRUN multiplie les plans d'économies. Les effets sur les charges ne sont que faiblement visibles. Ils permettent de limiter la progression de celles-ci. La chambre invite l'établissement à poursuivre ses efforts et à réaliser toutes les économies attendues des plans en cours et à venir, afin de limiter la dégradation de sa situation financière.

5.2.2 Une forte augmentation des charges en raison de facteurs exogènes

5.2.2.1 Les charges de personnel

Les charges de personnel augmentent de plus de 15 % au cours de la période⁶⁶, en raison principalement des coûts liés à la mise en œuvre des mesures salariales du Ségur (53,14 M€), des surcoûts RH notamment ceux liés à la crise sanitaire (11,6 M€).

⁶⁶ Cf. détail en annexe 5 – tableau 1.

Tableau n° 17 : Coût des mesures RH mises en œuvre entre 2020 et 2022

Mesure	Coût en M€
<i>Surcoûts RH crise sanitaire</i>	<i>11,60</i>
<i>SEGUR</i>	<i>53,14</i>
<i>Plan Braun⁶⁷</i>	<i>5,40</i>
<i>Dégel du point d'indice</i>	<i>7,98</i>
Total	78,12

Source : CHRUN

Les charges d'intérim médical, après avoir fortement augmenté en 2018 (+ 1,15 M€) pour répondre au besoin médical en anesthésie, diminuent ensuite au cours de la période. En effet, celui-ci passe de 4,06 ETP (soit 1,4 M€) en 2018 à 0,63 (soit 36 428 €) en 2022.

5.2.2.2 Les charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général augmentent de 26 % au cours de la période, en raison principalement de la hausse du coût de l'énergie. Le CHRUN a recours à trois sources d'énergie : l'électricité, le chauffage urbain et le gaz⁶⁸.

Les dépenses relatives au chauffage urbain ainsi qu'à l'électricité augmentent de près de 124,8 % entre 2018 et 2022, essentiellement en raison de la très forte hausse des tarifs de chauffage urbain (dont le prix est calculé sur l'indice PEG⁶⁹) et, dans une moindre mesure, de la hausse des tarifs de l'électricité, alors même que, durant cette période, le CHRUN enregistrerait une diminution de sa consommation, notamment électrique.

Les dépenses de gaz évoluent de 125,8 % en raison de l'évolution du prix au MWh de gaz qui est indexé à l'indice PEG.

Par ailleurs, à compter de 2021, le CHRUN participe financièrement au GCS conclu avec l'institut de cancérologie de Lorraine (ICL) à hauteur de 4,5 M€.

⁶⁷ Série de leviers annoncée par le ministre Braun en juillet 2022 (à la suite d'une « mission flash » sur les urgences et les soins non programmés) : soutenir les nouvelles coopérations entre professionnels ; reconnaître l'engagement supplémentaire des professionnels pour augmenter le temps soignant disponible ; accompagner la pénibilité attachée au travail de nuit, notamment dans les hôpitaux (« Mission flash » sur les urgences et soins non programmés : le Gouvernement mobilisé pour la mise en œuvre des mesures dès aujourd'hui - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)).

⁶⁸ Détail en annexe 5 – tableau 2.

⁶⁹ Le prix PEG (point d'échange du gaz) mensuel correspond à la moyenne de tous les prix de règlement quotidiens des contrats à terme sur le gaz naturel du mois en cours et reflète sa valeur de marché.

5.2.2.3 Les charges à caractère médical

Les charges à caractère médical progressent de près de 24 % entre 2018 et 2022, en raison principalement des coûts d'achat de produits pharmaceutiques et produits à usage médical⁷⁰.

L'augmentation, marquée à compter de 2020, s'explique par les conséquences de la crise sanitaire et en particulier la modification des circuits de distribution au bénéfice notamment des patients mais également par la hausse des dépenses pour l'achat de médicaments au titre des autorisations d'accès précoces (AAP).

Enfin, l'arrivée de nouveaux médicaments plus onéreux ainsi que l'augmentation des besoins de la patientèle pour certaines molécules entraînent une hausse des dépenses à caractère médical.

5.3 Des produits en augmentation

Les produits augmentent de plus de 19 % entre 2018 et 2022. La dynamique de progression des produits est sensiblement identique à celle des charges. En 2023, l'établissement a perçu 1,01 Md€⁷¹.

Tableau n° 18 : Répartition des produits du budget principal

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
<i>Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie</i>	615 626 955	630 439 966	700 579 604	724 635 622	752 823 699	22,29 %
<i>Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière</i>	63 625 703	59 575 543	56 114 104	66 994 957	65 591 155	3,09 %
<i>Titre 3 : autres produits</i>	124 759 876	114 188 178	110 313 789	126 409 902	141 112 716	13,11 %
Total des produits	804 012 534	804 203 687	867 007 497	918 040 481	959 527 570	19,34 %

Source : Comptes financiers CHRUN

Sur le titre 1 « produits versés par l'assurance maladie », les produits augmentent de 137 M€ entre 2018 et 2022. Cette augmentation s'explique principalement par les dotations perçues par le CHRUN pour compenser ses surcoûts liés au Covid ainsi que les pertes constatées sur les autres titres (+ 92 M€), pour financer les mesures du SEGUR et les mesures salariales mises en œuvre en 2021 et 2022 (mesures Braun, revalorisation du point d'indice de la fonction publique) pour 52 M€ et enfin les mesures de compensation de l'inflation perçues

⁷⁰ Détail en annexe 5 – tableau 3.

⁷¹ Compte financier 2023 du CHRUN.

en 2022 pour 5,6 M€. Au total, les surcoûts pour l'établissement ne sont pas totalement compensés. Le « reste à charge » pour le CHRUN est estimé à 2 M€.

Tableau n° 19 : Financement des surcoûts

<i>En M€</i>	Surcoûts	Financements complémentaires	Différence
<i>COVID</i>	60,27	70,73	10,46
<i>Dépistage</i>	13,40	19,13	5,73
<i>Vaccination</i>	0,76	2,14	1,39
<i>Sécur</i>	53,14	33,33	- 19,81
<i>Mesures Braun et autres mesures RH</i>	13,38	18,99	5,61
<i>Inflation</i>	11,00	5,60	- 5,40
Total	152,00	149,93	- 2,07

Source : données CHRUN

Sur le titre 2, la facturation par le CHRUN des prestations de soins pour les patients étrangers dans le cadre des conventions internationales est en augmentation en 2021 de 7,3 M€ soit + 42 %, après une baisse en 2019 de près de 3,6 M€.

Enfin, le titre 3 enregistre une hausse qui s'explique par des produits constatés d'avance en 2022 pour couvrir des dépenses 2023, dont 5 M€ de soutien régional d'aide à l'investissement, une augmentation de la variation des stocks et des subventions d'exploitation.

5.4 Un résultat net à nouveau négatif après la crise sanitaire

Le résultat consolidé de l'établissement est négatif en 2018 et 2019 (respectivement de - 9,5 M€ et - 4,2 M€). Il augmente en 2020 et 2021 (4,5 M€) en raison des aides perçues par l'établissement dans le cadre de la crise sanitaire. Il est à nouveau négatif en 2022 (- 1,6 M€). Il atteint - 7,7 M€ en 2023⁷².

⁷² Comptes financiers du CHRUN.

5.5 Des indicateurs de gestion fortement dégradés

Tableau n° 20 : Soldes intermédiaires de gestion

	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
<i>Marge brute d'exploitation</i>	28 389 636	37 515 816	57 477 626	54 761 215	43 907 055	54,66 %
<i>Marge brute non aidée (MBNA)</i>	4 244 707	18 386 980	38 348 790	40 632 379	29 778 219	601,54 %
<i>Capacité d'autofinancement (CAF) nette</i>	- 13 418 792	- 6 584 763	6 348 565	- 9 084 167	- 37 009 927	- 175,8 %
<i>Capital restant dû</i>	418 492 270	419 088 597	417 423 320	433 704 155	404 259 301	

Source : Comptes financiers CHRUN

5.5.1 La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation (MBE) est égale aux produits courants de fonctionnement moins les charges courantes correspondantes.

Le calcul de la marge brute permet ainsi de savoir si l'établissement est en capacité de rembourser ses emprunts, de renouveler ses actifs et de couvrir les risques liés à l'exploitation. L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé définit « *la marge brute d'exploitation tous budgets confondus comme l'indicateur central de la performance économique des établissements* ».

Cette instruction recommande « *de viser l'atteinte d'un taux de marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits courants hors aides financières* ».

La marge brute non aidée (MBNA), retraitée de certaines aides financières reçues (Cf. annexe 5 – tableau 4), est en hausse de 601,5 % au cours de la période grâce notamment à la MBE qui augmente et une stabilisation des aides versées au sens de l'instruction ministérielle du 4 mars 2016⁷³. Elle reste malgré cela inférieure au seuil de 8 % recommandé et ne permet pas actuellement de rembourser la dette (capital et frais financiers).

L'objectif assigné à l'établissement, dans le cadre de sa trajectoire de retour à l'équilibre, d'un taux de marge brute non aidée en 2022 de 5,6 % n'est pas atteint, ce taux reculant pour s'établir à 3,2 %.

⁷³ Sont considérées comme des aides financières :

- celles liées à l'investissement (AC/DAF/FIR) comptabilisées en aide d'exploitation et allouées par l'échelon national (plans nationaux d'investissement) ou régional (marge de manœuvre régionale) ;
- les aides ponctuelles budgétaires (AC/DAF/FIR) versées par l'échelon national ou l'ARS. Ces aides sont celles qui visent : le soutien à un établissement en difficulté ; la compensation transitoire d'un effet revenu négatif ; un appui ponctuel qui ne vient pas couvrir une dépense clairement identifiée.

5.5.2 Une capacité d'autofinancement insuffisante pour couvrir le remboursement de la dette

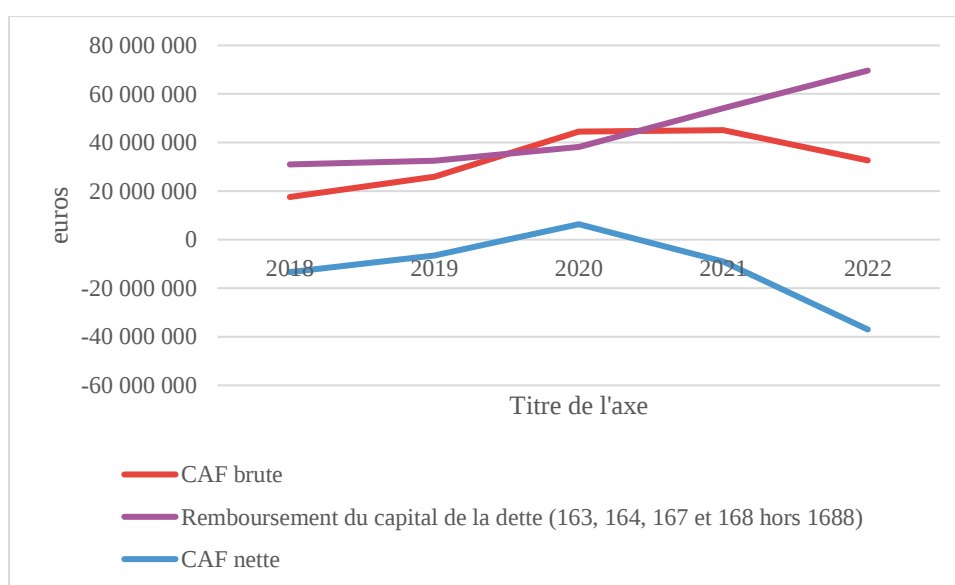
La capacité d'autofinancement (CAF) résulte de la différence entre les produits de fonctionnement encaissables et les charges de fonctionnement décaissables. Elle intègre, contrairement à la marge brute, le résultat financier ainsi que le résultat exceptionnel.

La CAF brute, après une forte augmentation de près de 157 % entre 2018 et 2021, diminue en 2022 de près de 28 % en lien avec le résultat net négatif (Cf. annexe 5 - tableau 5).

Si l'objectif assigné à l'établissement, dans le cadre de sa trajectoire de retour à l'équilibre, d'une « CAF nette au moins nulle en 2020 » est atteint, puisque la CAF est positive (+ 6,6 M€), elle est, pour les autres exercices, toujours négative en raison du niveau de remboursement du capital de la dette. Pour les exercices 2021 et 2022, les remboursements d'emprunts ont fortement augmentés (25 M€ en 2021, 41 M€ en 2022) en lien avec le remboursement d'emprunts à court terme.

Cette situation oblige le CHRUN à emprunter pour rembourser sa dette et ne lui permet pas d'autofinancer ses investissements courants.

Graphique n° 4 : Évolution de la CAF



Source : comptes financiers CHRUN de Nancy

5.5.3 Une dette stabilisée qui reste très importante

Le montant de l'annuité de la dette fait plus que doubler entre 2018 et 2022. Cela s'explique en partie par la nécessité pour l'établissement d'emprunter afin de rembourser sa dette (capital et frais financiers), ce que sa CAF brute ne lui permet pas.

Tableau n° 21 : Ratios d'endettement

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Capital restant dû (en €)	418 492 270	419 088 597	417 423 320	433 704 155	404 259 301
Durée apparente de la dette (capital restant dû/CAF Brute) < 10 ans	23,83	16,20	9,38	9,62	12,39
Ratio d'indépendance financière (capital restant dû/capitaux permanents) < 50%	102,52 %	103,06 %	97,18 %	72,23 %	68,66 %
Ratio du poids de la dette (dette financière sur le total des produits) < 30%	51,61 %	51,56 %	47,99 %	47,32 %	42,10 %

Source : comptes financiers CHRUN

À fin 2022, la dette se compose des emprunts obligataires⁷⁴ (123,4 M€), des emprunts auprès d'établissements de crédit (206,7 M€) et des autres emprunts et dettes (74,2 M€).

Les emprunts obligataires sont répartis entre, d'une part les emprunts obligataires de court terme remboursables in fine et, d'autre part, les emprunts obligataires de long terme souscrits auprès d'établissements bancaires dans le cadre d'émissions obligataires groupées et sans solidarité des CHU de France.

Les emprunts obligataires contractés en 2021 et 2022 sont constitués d'emprunts à court terme pour 66 M€ en 2021 et 25 M€ en 2022, remboursés sur le même exercice. Les emprunts souscrits en 2021 permettaient de répondre à des besoins de trésorerie dans l'attente des versements de dotations de l'ARS. Ce choix de recourir à un emprunt plutôt qu'à une ligne de trésorerie s'explique par la possibilité pour le CHRUN de souscrire des emprunts à taux négatif permettant de dégager un gain financier global de 78 571 €.

Les autres emprunts et dettes correspondent à un bail emphytéotique⁷⁵ concernant le financement d'un bâtiment de spécialités médicales sur le site de Brabois (bâtiment Philippe Canton). Ce bail, signé en 2007 avec la société civile immobilière (SCI) du BSM de Nancy, permet à l'établissement d'exploiter l'ouvrage construit par la SCI en contrepartie du versement d'un loyer annuel. À l'issue de la durée du bail (32 ans), le CHRUN récupérera la propriété à titre gratuit (la rétrocession de la propriété est prévue en janvier 2040).

Le loyer annuel versé par le CHRUN se décompose en deux parties : remboursement en capital de la dette (1,8 M€ pour 2022) et intérêts (3,7 M€).

⁷⁴ Instrument financier émis par une personne morale (État, collectivité publique, entreprise publique ou privée) qui reçoit en prêt une certaine somme d'argent de la part des souscripteurs des titres.

⁷⁵ La nomenclature M21 prévoit la comptabilisation de ce type de partenariat public/privé sous le compte 16752 « Dettes-baux emphytéotiques » dans lequel est retracée la part de l'investissement restant dû jusqu'à la prise de possession du bien et donc à l'extinction du bail.

Bien qu'une amélioration des indicateurs soit observée, les ratios d'endettement restent dégradés. La dépendance financière⁷⁶ de l'établissement est supérieure à 50 %, le poids de la dette représente plus de 30 % des produits de l'année et la durée apparente de désendettement repasse au-dessus des 10 ans en 2022, ce qui oblige l'établissement à solliciter une autorisation préalable de l'ARS⁷⁷ pour recourir à l'emprunt.

Par ailleurs, la dégradation actuelle des conditions de marché des emprunts et notamment la hausse des taux d'intérêt, pourrait aggraver encore davantage la situation financière du CHRUN.

5.6 La situation bilancielle : un équilibre précaire soutenu par des aides publiques

Une structure financière équilibrée se caractérise par un fonds de roulement net global (FRNG) couvrant le besoin en fonds de roulement (BFR) résultant du décalage entre le paiement des dépenses et l'encaissement des recettes.

Tableau n° 22 : Répartition bilancielle

<i>En €</i>	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 2018/2022
<i>Fonds de roulement</i>	30 849 797	24 149 446	60 440 615	120 876 107	120 337 389	290,08 %
<i>En nbre de jours de charges courantes</i>	14,94	11,76	27,79	52,37	49,45	231,05 %
<i>BFR</i>	32 793 639	24 260 732	36 383 339	98 350 513	66 296 694	102,16 %
<i>En nbre de jours de charges courantes</i>	15,88	11,82	16,73	42,61	27,24	71,54 %
<i>Trésorerie</i>	- 1 943 843	- 111 286	24 057 276	22 525 594	54 040 695	2 880,10 %
<i>En nbre de jours de charges courantes</i>	0,94	- 0,05	11,06	9,76	22,21	2 262,77 %

Source : Comptes financiers CHRUN de Nancy

5.6.1 L'absence de programmation pluriannuelle des investissements

Le CHRUN alloue chaque année, depuis 2019, un montant d'investissements courants, hors investissement subventionné et investissement pour le nouvel hôpital de Nancy, de 23,5 M€, correspondant au taux minimum requis par l'instruction interministérielle du

⁷⁶ Part de la dette sur les ressources propres.

⁷⁷ Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011

4 mars 2016⁷⁸, mais qui ne suffit pas à couvrir les besoins recensés. Aucune action de planification pluriannuelle des investissements n'est actuellement réalisée.

Afin de prioriser cette enveloppe, le CHRUN a mis en place, en juin 2023, un Groupe Expert Médico-Économique Pour Investissements (GEMEPI) associant le GEM (chargé des études médico-économiques des activités médicales), un représentant de chaque pôle et un représentant de chaque direction métier.

Ce groupe est chargé d'instruire et prioriser les demandes qui lui sont remontées par les pôles. Une validation finale est ensuite effectuée en directoire au plus tard en décembre de l'année précédente. La première validation du directoire est intervenue fin 2023.

Bien que la création de ce groupe doive permettre de prioriser les investissements annuels, la chambre s'interroge sur l'absence de suivi pluriannuel des investissements courants. Elle recommande au CHRUN d'élaborer un plan pluriannuel d'investissement (PPI) qui permettrait de lisser sur plusieurs exercices les investissements à programmer dans un contexte de ressources financières restreintes. Elle prend note de l'engagement de l'ordonnateur de formaliser un tel document en 2024 pour les exercices 2025 et suivants.

Recommandation n° 4. : Élaborer un plan pluriannuel d'investissement.
--

5.6.2 Le fonds de roulement net global en hausse grâce au dispositif de soutien à l'investissement de l'État

Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à l'écart entre les ressources à long terme (fonds propres, amortissements et dépréciations, provisions et dettes à moyen et long terme) et les emplois durables issus du cycle d'investissement (immobilisations...) (Cf. détail en annexe 5 – tableau 7).

Le FRNG, d'un montant de 120,3 M€ à fin 2022, augmente de près de 290 % entre 2018 et 2022, en raison d'une hausse des fonds propres provenant simultanément du dispositif d'assainissement des situations financières des hôpitaux d'un montant de 140,0 M€ et de l'accroissement des subventions d'investissement pour financer le projet de nouvel hôpital de Nancy⁷⁹.

La reconstitution du fonds de roulement doit permettre au CHRUN de financer une partie du projet de nouvel hôpital de Nancy, conformément à la décision prise par le comité national de pilotage de l'investissement sanitaire le 21 juillet 2021.

⁷⁸ L'instruction prévoit que soit inscrit un socle minimum d'investissements courants d'environ 3 % des produits d'exploitation courants.

⁷⁹ En contrepartie de ces aides, l'établissement s'engage dans une démarche de désendettement, à mettre en œuvre des mesures d'efficience afin que son cycle d'exploitation permette d'assumer le poids de sa dette et de contribuer au financement de ses investissements courants, à maintenir son niveau d'investissements courants, à reconstituer un fonds de roulement suffisant pour garantir une situation bilantielle équilibrée et à réduire le délai global de paiement des fournisseurs et reconstituer une trésorerie suffisante pour fonctionner au quotidien.

5.6.3 Une trésorerie en croissance sans dépasser un mois de charges courantes

La trésorerie nette résulte de la différence entre le FRNG et le BFR. Elle augmente fortement passant de près de - 2 M€ en 2018 à 54 M€ en 2020 en lien avec la forte augmentation du FDR détaillée ci-dessus.

Si l'augmentation est marquante, l'établissement dispose toutefois de moins d'un mois de charges courantes de fonctionnement, ce qui pourrait s'avérer très juste lorsque les opérations liées au nouveau projet d'hôpital de Nancy débiteront.

La situation incite à la plus grande vigilance et des réunions mensuelles sont organisées entre l'ARS et le CHRUN pour faire le point sur la situation de la trésorerie.

5.7 Prospective financière

Tableau n° 23 : Éléments PGFP et EPRD⁸⁰ modificatif 2023

	DM1 2023	2024	2025	2026	2027	2028
<i>Résultats consolidé</i>	- 12 785 265	- 6 509 740	- 10 622 943	- 11 717 513	- 11 423 721	- 11 255 004
<i>CAF nette</i>	- 62 789 011	- 4 491 049	- 13 854 196	- 14 204 450	- 13 130 772	- 10 581 914
<i>FRNG</i>	33 289 488	32 325 406	34 215 922	34 006 184	34 870 124	38 282 922
<i>FRNG en jours</i>		12,21	12,86	12,75	13,03	14,25
<i>BFRNG</i>		66 296 694	66 296 694	66 296 694	66 296 694	66 296 694
<i>Trésorerie nette</i>		18 836 002	20 722 206	20 507 012	21 362 607	24 765 392
<i>Trésorerie en jour</i>		7,12	7,79	7,69	7,98	9,22
<i>Taux de marge brute</i>		3,97 %	3,08 %	3,10 %	3,09 %	3,07 %
<i>Durée apparente de la dette (années)</i>		13,26	18,87	17,42	16,46	15,80
<i>Taux d'indépendance financière (%)</i>		63,03 %	59,64 %	54,94 %	47,00 %	41,15 %
<i>Taux d'endettement (%)</i>		35,01 %	34,31 %	33,22 %	32,18 %	31,38 %

Source : PGFP et décision modificative de l'EPRD

Le PGFP transmis prévoit des résultats comptables déficitaires avec des charges qui progressent plus rapidement que les produits. La CAF nette est toujours négative et ne permet pas de financer les investissements courants. Enfin, la durée apparente de remboursement de la dette devrait continuer à s'allonger.

⁸⁰ EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

Le niveau du FRNG n'atteint pas le niveau de sécurité requis par l'instruction interministérielle du 4 mars 2016⁸¹.

La réforme en cours de la tarification à l'activité ne permet pas au CHRUN de prévoir sa trajectoire de recettes de manière fiable. De même, la conjoncture économique actuelle rend la prévision des charges difficile.

La situation financière à long terme de l'établissement ne s'améliore pas et interroge la soutenabilité du schéma directeur immobilier (SDI) au regard notamment de l'actualisation récente de son coût (Cf. partie 4.2). Le niveau de participation de l'ARS et des autres financeurs reste pour le moment inchangé, ce qui conduira le CHRUN à prévoir une levée d'emprunt plus importante, concentrée en fin de projet, soit au-delà de 2028. L'endettement s'en trouvera ainsi accru.

La chambre relève les nombreuses incertitudes entourant ce PGFP, ne permettant pas de conclure quant à la soutenabilité financière de l'établissement à moyen et long termes. L'établissement ne pourra pas financer son nouvel hôpital sans soutien financier supplémentaire.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHRUN a une santé financière dégradée, liée à un fort endettement et une CAF nette négative (sauf en 2020), ce qui ne lui permet pas d'autofinancer ses investissements.

Plusieurs plans d'économie, s'étalant de 2014 à 2033, visent à maîtriser les charges. Cependant, en raison de l'inflation et de mesures de revalorisation salariale, les économies réalisées n'ont pas permis de baisser le montant des charges.

L'équilibre financier de l'établissement reste précaire et se redresse ponctuellement au cours de la crise sanitaire grâce aux aides publiques perçues.

Néanmoins, au vu du coût financier très important (785 M€) du projet de nouvel hôpital, des incertitudes concernant la réforme du financement des hôpitaux et du contexte économique fluctuant, le CHRUN devra rester particulièrement vigilant dans la maîtrise de ses dépenses afin d'être en mesure d'assurer ses missions de santé publique. En l'absence d'autofinancement, le projet de nouvel hôpital est totalement dépendant des soutiens financiers.

⁸¹ L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé préconise entre 20 et 30 jours de FRNG.

GLOSSAIRE

AAP	Autorisation d'accès précoces
AC	Aide à la contractualisation
ALTIR	Association lorraine pour le traitement de l'insuffisance rénale
ARS	Agence régionale de santé
BFR	Besoin en fonds de roulement
CAC	Commissaire aux comptes
CAF	Capacité d'autofinancement
CCEG	Centre chirurgical Émile Gallé
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMC	Catégorie majeure clinique
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Commission médicale de groupement
COSTRAT	Comité stratégique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DNA	Dotation non affectée
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
ETP	Équivalent temps plein
FIR	Fonds d'intervention régional
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
FRNG	Fonds de roulement net global
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GEMEPI	Groupe Expert Médico-Économique Pour Investissements
GHJ	Groupe homogène de journées
GHM	Groupe homogène de malade
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HDJ	Hôpital de jour

IBODE	Infirmier de bloc opératoire
ICL	Institut de cancérologie de Lorraine
IDE	Infirmier diplômé d'état
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
MBE	Marge brute d'exploitation
MBNA	Marge brute non aidée
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
OPP	Optimisation du parcours patient
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PGE	Provision pour gros entretien
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PIMM	Plateau d'imagerie médicalisé mutualisé sud-lorraine
PM	Personnel médical
PMS	Projet médico-soignant
PNM	Personnel non médical
PPE	Plan pluriannuel d'entretien
PPI	Plan pluriannuel d'investissements
PRIMO	Plateforme régionale inter établissements de médecine oncologique
PRS	Projet régional de santé
QVT	Qualité de vie au travail
RH	Ressources humaines
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SDI	Schéma directeur immobilier
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRS	Schéma régional de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UFR	Unité de formation et de recherche
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMA	Unité de médecine ambulatoire
UPUP	Unité post urgence polyvalente
USLD	Unité de soins longue durée

ANNEXES

Annexe n° 1. Groupement hospitalier de territoire	61
Annexe n° 2. Fonctions mutualisées du GHT	62
Annexe n° 3. Tableaux d'activité.....	67
Annexe n° 4. Le nouvel hôpital de Nancy	70
Annexe n° 5. Tableaux financiers	74
Annexe n° 6. Plans d'économies du CHRUN.....	79

Annexe n° 1. Groupement hospitalier de territoire

Tableau n° 1 : Calendrier budgétaire G annuel

Calendrier année N	Action
25 janvier pour l'exercice de l'année N	Chaque établissement partie verse à l'établissement support le premier quart du montant de sa contribution annuelle prévisionnelle
25 avril pour l'exercice de l'année N	Chaque établissement partie verse à l'établissement support le deuxième quart du montant de sa contribution annuelle prévisionnelle
25 juillet pour l'exercice de l'année N	Chaque établissement partie verse à l'établissement support le troisième quart du montant de sa contribution annuelle prévisionnelle
31 juillet pour l'exercice de l'année N-1	Chaque établissement partie au groupement adresse les données mentionnées à l'article 1 ^{er} de l'arrêté concernant l'exercice précédent données issues du dernier exercice clos)
30 août pour l'exercice de l'année N-1	Sur la base des produits et des charges constatés, une régularisation par l'établissement support intervient
25 octobre pour l'exercice de l'année N	Chaque établissement partie verse à l'établissement support le dernier quart du montant de sa contribution annuelle prévisionnelle
30 octobre pour l'exercice de l'année N+1	Établissements partie communiquent à l'établissement support le montant total de ses charges (exercice N-1) tel que défini à l'article 1 ^{er} de l'arrêté
15 novembre pour l'exercice de l'année N+1	L'établissement support informe le comité stratégique et les établissements parties au groupement du montant de ses contributions prévisionnelles pour chaque établissement

XX Année en cours
 XX Année précédente
 XX Année suivante

Source : CHRUN

Annexe n° 2. Fonctions mutualisées du GHT

L'article L. 6132-3 du code de la santé publique prévoit que l'établissement support d'un GHT assure quatre fonctions mutualisées : *« la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable », « la gestion d'un département de l'information médicale de territoire », « la fonction achats » et « la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ».*

Le système d'information hospitalier

Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) a été validé par le comité stratégique du GHT en décembre 2018 (actuellement en cours de mise à jour). Il priorise le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) territorial et des infrastructures de base nécessaires à ce déploiement.

Le SDSI, projeté sur cinq ans et demi, a référencé 81 projets, pour un montant estimé à 14,9 M€. Sur la période, six équivalents temps plein (ETP) ont permis de déployer les logiciels convergents, tout en assurant la continuité de service des logiciels existants dans les établissements dans l'attente de la convergence. Un ETP est venu renforcer les équipes.

Il a été fait le choix, concernant le DPI, de converger dans un applicatif unique l'ensemble des modules de spécialités qui pouvaient l'être, dans le but de faciliter la continuité de l'information médicale et d'éviter les ruptures de prise en charge. Le DPI est actuellement en cours de déploiement (six établissements en sont déjà équipés).

S'agissant des infrastructures, il a été décidé d'installer la fibre noire, en créant une boucle entre les établissements pour assurer un haut niveau de disponibilité et de performance.

Par ailleurs, un travail d'identification des projets de convergence permettant une mutualisation des compétences et une rationalisation des coûts est réalisé avec les acteurs autour du CHRUN (GRADE Grand Est, Pulsy, sur des sujets de télémédecine ou de coopération ville-hôpital).

Enfin, un alignement est opéré sur la doctrine nationale et les actions en cours dans le cadre notamment du Ségur du numérique, pour alimenter le dossier médical partagé et les briques de « Mon espace santé ».

L'animation de la mutualisation se décline sur trois comités : le comité opérationnel du dossier patient territorial (CODOPAT) (garant de la mise en œuvre du déploiement des projets de dossier patient), le comité opérationnel territorial des responsables informatiques des établissements du GHT (chargé du suivi des projets territoriaux du numérique) et le comité stratégique d'établissement de sécurité des systèmes d'information (assurant un point de situation sur les conformités et obligations [RGPD, sécurité], revoyant les indicateurs stratégiques et validant le plan d'action proposé).

Sur les 81 projets identifiés dans le SDSI, 34 sont achevés et 25 sont en cours :

- harmonisation des postes de travail ;
- cybersécurité ;
- convergence de la téléphonie ;
- déploiement d'une messagerie commune ;
- équipement de la prise de rendez-vous en ligne au travers de Doctolib, avec une bascule de la télémedecine en cours pour le CHRUN ;
- convergence du logiciel de gestion des ressources humaines, avec, à terme, une possibilité de mutualisation de la gestion de la paie pour les établissements demandeurs ;
- pilotage médico-économique du GHT ;
- dotation d'un datacenter nouvelle génération.

La mutualisation de la fonction SI a permis à des établissements qui étaient soit non informatisés sur le périmètre du DPI, soit en difficulté par rapport à une obsolescence de produits ou à des compétences locales insuffisantes, de sécuriser leur fonctionnement et de leur proposer un outil de prise en charge des patients.

Elle assure également aux médecins qui interviennent et interviendront de plus en plus, dans plusieurs établissements du GHT, de disposer d'un environnement de travail unifié et surtout le partage de l'information patients recueillie tout au long de leurs parcours.

Enfin, à terme, des gains seront réalisés du fait du déconditionnement des multiples applications doublons à l'échelle du GHT et du déconditionnement des infrastructures locales.

Deux difficultés ont été identifiées par l'établissement :

- l'absence de prise en compte de la nécessité d'harmoniser les pratique et d'accompagner les acteurs au changement, dans le cadre du déploiement du DPI ;
- l'absence de programmes de financement nationaux sur les GHT à hauteur de l'investissement nécessaire pour permettre la convergence des systèmes d'information sur l'ensemble des domaines fonctionnels et l'absence de renforts en personnel pour pouvoir construire, déployer et maintenir les logiciels.

La fonction achats

Les effectifs de l'équipe « achat – marché » mutualisée correspondent à 24,25 ETP. Parmi ces ETP figurent des référents achat, positionnés dans chaque établissement partie. Ils sont mis à disposition partielle (entre 0,10 et 0,30 ETP selon les établissements) et bénéficient d'une délégation de signature jusqu'à 25 000 € pour les achats de biens non couverts par un marché.

À l'exception de l'achat de formations professionnelles, tout le périmètre des achats est piloté par la direction achat qui travaille en lien avec les différentes directions prescriptrices, prescripteurs médicaux et paramédicaux.

Le processus d'achat se décompose de la manière suivante :

- préparation des marchés (identification et opportunité des besoins) par les établissements parties ;
- passation des marchés (consolidation des besoins, stratégie d'achat, publication, choix, signature et notification) par l'établissement support ;
- exécution des marchés par les établissements parties.

Le volume d'achat annuel du GHT est d'environ 400 M€, dont 371 M€ pour le seul CHRUN. 210 M€ d'achat sont réalisés via un groupement de commande ou centrale d'achat.

En 2022, les gains achats représentent la somme de 14,6 M€ pour le GHT, dont 12,3 M€ pour le CHRUN.

200 dossiers d'achat ont été instruits en 2021 ; 479 marchés et 684 avenants ont été signés.

Chaque établissement contribue selon la clef de répartition prévue réglementairement. L'objectif est que les gains générés par la performance achat couvrent au moins les frais de contribution au budget du GHT pour le volet achat.

La convergence des marchés et des besoins est réalisée sur l'essentiel des marchés des filières non médicales (hôtelières, restauration, logistiques, informatiques, travaux, prestations de service) et biomédicales. En revanche, une divergence a été rencontrée concernant les produits de santé. Le CHRUN est resté dans le réseau UniHA (qui couvre 95 % de ses besoins en médicaments) et les autres établissements parties ont rejoint un groupement de coopération sanitaire (GCS) régional, piloté par le centre hospitalier de Verdun, qui couvre les besoins des établissements lorrains, champardennais et alsaciens. Le GHT Hôpitaux Sud Lorraine pilote pour son GHT les achats de dispositifs médicaux et certains dispositifs médicaux spécialisés non couverts par le GCS régional.

Des difficultés ont été identifiées par l'établissement :

- réussir à stabiliser les équipes d'acheteurs, notamment au regard des rémunérations de la fonction publique ;
- parvenir à maintenir la performance générée entre 2015 et 2020, en raison de la crise sanitaire, de l'inflation et des orientations nationales visant à soutenir les achats souverains ;
- l'extension du périmètre du GHT aux EHPAD, nécessitant d'identifier les processus d'achat les plus pertinents et parfois différents de ceux retenus pour les établissements de santé ;
- continuer d'accompagner le changement décidé par le législateur (dissociation du rôle actuel de prescripteur technique et du rôle d'acheteur auparavant accompli).

Le département d'information médicale

Un logiciel est déployé progressivement afin d'assurer la convergence des outils métiers. Un travail d'harmonisation des pratiques et de partage de procédures est réalisé, avec une mutualisation des compétences en exploitation de données, la formation et l'accompagnement au recueil des indicateurs qualité dans le GHT.

Une cellule d'analyse médico-économique a été mise en place.

Le DIM de territoire accompagne, par ailleurs, le déploiement du dossier patient informatisé et participe à la formation des utilisateurs.

Des mutualisations de temps médical sont intervenues par la création de temps partagés entre le CHRUN et les centres hospitaliers de Dieuze, Pont-à-Mousson et prochainement Commercy. Ainsi, un médecin du CHRUN intervient ponctuellement à Dieuze et Commercy. Le DIM de Pont-à-Mousson est géré à mi-temps par un praticien du CHRUN, qui gère également le DIM du CH de Pompey.

Les établissements déterminent chacun, en lien avec le DIM de territoire, les moyens humains et matériels affectés à chaque DIM local. Seul le temps du médecin DIM de territoire (0,5 ETP) et un temps de statisticien (0,2 ETP) sont affectés au budget du GHT. Dans chaque DIM local, le médecin coordonne la production des données de santé et s'assure de leur transmission aux tutelles. Il s'appuie pour cela sur une équipe locale de techniciens d'information médicale. Il répond aux demandes d'analyse de son établissement et produit des bilans d'activités réguliers. Il représente le DIM de territoire dans les instances de l'établissement.

Deux difficultés ont été identifiées par l'établissement :

- le départ d'un technicien d'information médicale peut rapidement fragiliser l'équipe, mais une gestion prévisionnelle des effectifs devrait permettre de mieux appréhender le problème ;
- les outils de partage de données sécurisés manquent, même si la gestion territoriale des habilitations (accès aux systèmes d'information clinique) et les formations PMSI se mettent en place.

La formation

Outre l'inscription des effectifs constituant les équipes de gestion de la formation continue au budget G, la coordination de la formation continue et du développement professionnel continu repose sur la réalisation d'une feuille de route commune à tous les établissements du GHT pour :

- d'une part, définir les ambitions et objectifs à atteindre ;
- d'autre part, partager les marchés de formation réalisés par l'établissement support avec tous les établissements parties.

Les formations mutualisées entre plusieurs établissements du GHT sont en augmentation, de 29 en 2021 à 58 en 2022. Le recours aux actions de formation réalisées par des professionnels d'un des établissements du GHT est priorisé, comme les gestes de premiers secours en santé mentale.

Des réunions mensuelles ont été organisées et des outils partagés ont été mis en place : répertoire des agents composant les équipes de formation, état des lieux des ressources en matière de locaux et d'équipements, partage de procédures, etc. Un comité technique s'était réuni à plusieurs reprises avant la période de crise sanitaire.

Des difficultés ont été identifiées par l'établissement :

- la dynamique de rapprochement entre les services de la formation continue a été interrompue par la crise sanitaire et les échanges ont difficilement repris depuis, du fait

notamment du changement d'interlocuteurs au niveau des différents services de formation ;

- les besoins prioritaires de formation entre les établissements du domaine de la psychiatrie, du médico-social et du sanitaire sont différents, ce qui ne facilite pas la convergence des plans de formation. Pour cette raison, ainsi que l'importance stratégique dans la gestion des ressources humaines du plan de formation, les établissements semblent vouloir conserver une maîtrise de leur plan de formation ;
- une appréhension sur des risques de fongibilité des budgets entre les plans de formation des établissements parties, en cas de mutualisation de ces derniers.

Annexe n° 3. Tableaux d'activité

Tableau n° 1 : Évolution des parts de marché par domaine d'activité et groupe d'activité de chirurgie concurrencés par le secteur privé

<i>Domaine d'activité</i>	2019	2020	2022
<i>D02 Orthopédie traumatologie</i>			
<i>CHRUN</i>	32,1		26,9
<i>Louis Pasteur</i>	12,8		18,8
<i>Polyclinique de Gentilly (ELSAN)</i>	15,7		10,9
<i>Clinique chirurgicale Ambroise Paré Nancy (ELSAN)</i>	3,5		3,6
<i>Hôpital privé Nancy lorraine (ELSAN)</i>	0		3,2
<i>dont G024 (groupe activité) Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)</i>			
<i>CHRUN</i>	25,7		23,6
<i>Louis Pasteur</i>	12,7		16
<i>Polyclinique de Gentilly (ELSAN)</i>	17,1		10,9
<i>D06 Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels</i>			
<i>CHRUN</i>	18,8		17
<i>Louis Pasteur</i>	31		35,1
<i>Clinique chirurgicale Ambroise Paré Nancy (ELSAN)</i>	30,7		21,6
<i>Hôpital privé Nancy lorraine (ELSAN)</i>	0		7
<i>D01 Digestif</i>			
<i>CHRUN</i>	19,8		21,5
<i>Louis Pasteur</i>	18,1		18,6
<i>Polyclinique de Gentilly (ELSAN)</i>	22,3		15,4
<i>Clinique chirurgicale Ambroise Paré Nancy (ELSAN)</i>	1,5		1,1
<i>Hôpital privé Nancy lorraine (ELSAN)</i>	0		4,7
<i>dont G01 (groupe activité) Chirurgie digestive haute</i>			

<i>Domaine d'activité</i>	2019	2020	2022
<i>CHRUN</i>	45,9		39,1
<i>Louis Pasteur</i>	NC	7,1	16
<i>Polyclinique de Gentilly (ELSAN)</i>	27,9		21,8
<i>D19 Endocrinologie</i>			
<i>CHRUN</i>	60,4		51,4
<i>CH de Mont Saint Martin (Groupe SOS santé)</i>	3		10,1
<i>Louis Pasteur</i>	2,8		3,2
<i>Polyclinique de Gentilly (ELSAN)</i>	4,8		5,9
<i>Hôpital privé Nancy lorraine (ELSAN)</i>	0		2
<i>dont G158 (groupe activité) Chirurgie de la thyroïde</i>			
<i>CHRUN</i>	30,5		27,1
<i>Louis Pasteur</i>	18		25,8
<i>Polyclinique de Gentilly (ELSAN)</i>	22,9		12,3
<i>Hôpital privé Nancy Lorraine (ELSAN)</i>	0		2,8

Source : ATIH

Tableau n° 2 : Évolution de la vacance de postes médicaux en tension

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total de postes en ETP	108,7	108,7	108,7	108,7	108,7	108,7
<i>Dont Médecins Anesthésistes Réanimateurs</i>	90,5	90,5	90,5	90,5	90,5	90,5
<i>Dont Radiologues Imagerie</i>	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2
<i>Dont Anatomopathologistes</i>	5	5	5	5	5	5
Total postes vacants	45,8	47,3	53	56,8	60,4	61,4
<i>Dont Médecins Anesthésistes Réanimateurs</i>	38	38	43,4	46,15	50,4	50,1
<i>Dont Radiologues Imagerie</i>	6,4	6,1	5,6	6,6	7	7,3
<i>Dont Anatomopathologistes</i>	1,4	3,2	4	4	3	4
Ratio postes vacants	42 %	44 %	49 %	52 %	56 %	56 %
<i>Dont Médecins Anesthésistes Réanimateurs</i>	42 %	42 %	48 %	51 %	56 %	55 %
<i>Dont Radiologues Imagerie</i>	48 %	46 %	42 %	50 %	53 %	55 %
<i>Dont Anatomopathologistes</i>	28 %	64 %	80 %	80 %	60 %	80 %

Source : CHRUN

Annexe n° 4. Le nouvel hôpital de Nancy

Historique

Dès 2007, le CHRUN de Nancy s'engage dans une réflexion immobilière après avoir fait le constat que l'établissement présente un taux de vétusté technique important à hauteur de plus de 66 % et des non-conformités en matière de sécurité incendie. Par ailleurs, l'éclatement des sites génère des surcoûts, principalement en termes de transports intra et inter-sites (évalués par l'établissement à 1,806 M€/an) et des coûts de maintenance excessifs (évalués par l'établissement à 22 M€/an). En 2012, un premier schéma directeur immobilier (SDI) est élaboré, en vue de regrouper les activités medicotechniques sur le site de Brabois. Plusieurs évolutions structurelles, dont la fusion avec la maternité régionale en janvier 2014 et avec le centre chirurgical Émile Gallé en décembre 2015, ont conduit à un élargissement du patrimoine immobilier vétuste et non conforme ainsi qu'à la nécessité de revoir le dimensionnement du SDI en prenant en compte l'ensemble des déterminants, dont le capacitaire et les organisations. Désormais, l'objectif du projet de construction du nouvel hôpital est de réunir, dans des structures modernes et adaptées aux normes ANAP et de sécurité, la totalité des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et du plateau technique à Brabois tout en maintenant au centre-ville de Nancy des consultations soit deux sites. Ce nouveau projet est issu du bilan du plan de refondation (2013) et du projet médical et soignant (2018-2022).

À partir de 2018, des séminaires et des groupes de travail thématiques ont été organisés afin de définir les contours du projet. La dynamique a été interrompue en mars 2020, en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. De nouveaux éléments ont pu être inclus pour tenir compte du retour d'expérience liée à la gestion de cette crise. Le 19 mars 2021, le ministre de la santé a acté le SDI lors d'une communication officielle. L'État y annonçait un soutien fort par :

- sa participation à l'investissement à hauteur de 70 % ;
- sa reprise du tiers de la dette ;
- le maintien global du capacitaire et des postes ;
- l'annonce de la création de 60 lits de SSR.

Le dossier a fait l'objet d'une contre-expertise en juin 2021 et d'un passage en conseil national de l'investissement en santé (CNIS) en juillet 2021.

Des réunions avec les professionnels de l'établissement ont été tenues, permettant que le tableau des surfaces soit consolidé et que le programme fonctionnel soit complété et enrichi. Parallèlement, des fiches espace par local ont été rédigées et d'autres ateliers transversaux ont eu lieu, par exemple sur les équipements biomédicaux, la numérisation ou l'automatisation de la logistique. En novembre 2022, le programme fonctionnel et le tableau de surfaces ont été adressés aux chefs de pôle et aux pilotes de groupes de travail pour relecture. De décembre à janvier 2023, les observations des chefs de pôle et des pilotes ont été étudiées et, le cas échéant, intégrées.

Cependant, dans le contexte des hausses des coûts de la construction et avec l'objectif de maîtrise de l'enveloppe financière, un travail important a été mené début 2023 sur la densification des étages afin de minimiser les surfaces non utilisées. Dans cet objectif, des modifications de localisation de services ont été proposées. Le programme fonctionnel a été finalisé en octobre 2023. Le concours d'architecture a été lancé au début du mois de mai 2023 afin de désigner un projet lauréat en juin 2024.

Contenu du projet

La définition du projet concerne dans un premier temps le site de Brabois. Le site du centre-ville a vocation à assurer un centre de médecine ambulatoire de proximité, mais le travail de réflexion n'a pas abouti pour le moment.

Concernant le site de Brabois, des opérations préparatoires doivent avoir lieu entre octobre 2021 et décembre 2027, en vue de regrouper les fonctions logistiques, renouveler la production en énergies et en eaux et libérer l'emprise de construction de la phase principale.

À compter d'octobre 2026, les opérations principales viseront à construire, à côté des bâtiments hospitaliers existants et conservés (Louis Mathieu [ILM] et Philippe Canton [BPC]), trois nouveaux plots hospitaliers :

- construction d'un bâtiment médicotechnique (BMT), pour abriter 42 blocs opératoires du CHU adultes et pédiatriques (s'y ajouteront sept salles opératoires existantes dans l'ILM et quatre salles gynéco-obstétrique et césarienne dans le BFME), le SAMU-SMUR, le centre antipoison, le PC sécurité, la stérilisation, les urgences adultes, les soins critiques, le regroupement de l'imagerie adulte et pédiatrique du CHU, l'odontologie, la médecine nucléaire, la dialyse y compris ALTIR, l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA en lien avec le bloc opératoire), des vestiaires et une salle de sport en sous-sol, un restaurant du personnel et une hélistation en toiture ;
- construction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation (NBH), pour abriter les lits de l'actuelle barre et du centre-ville (pôles digestif, locomoteur et Neuro-Tête et Cou) où y seront regroupées les activités d'hébergement (hospitalisation complète), de consultations, d'explorations fonctionnelles et d'hôpitaux de jour. Des vestiaires et une salle de sport y seront installés aussi en sous-sol ;
- construction du bâtiment femme mère-enfant (BFME), pour accueillir la maternité (urgences gynécologiques, salles de naissance & bloc gynéco-obstétrical, consultations, explorations fonctionnelles, hôpitaux de jour et hébergements. Les actuelles maisons de naissance seront également installées à Brabois) et la pédiatrie (urgences pédiatriques, consultations, explorations fonctionnelles, hôpitaux de jour, réanimation et médecine néonatale, hébergements). Des vestiaires et une salle de sport y seront installés aussi en sous-sol.

Seize lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) de cardiologie, déjà existants au CHRUN, et 15 lits « tampons » de pédiatrie pour période pandémique saisonnière hôpital en tension seront aménagés en plus, respectivement sur les plots NBH et BFME.

En 2031 et 2032 se dérouleront des opérations terminales, notamment de démolition de bâtiments existants (hôpital d'enfants, hôpital d'adultes) et de construction d'une plateforme extérieure pouvant accueillir un hôpital modulaire en cas de crise sanitaire.

Au final, le projet de nouvel hôpital permettra de réduire la surface totale du CHRUN de 40 % (passant de 440 086 m² actuellement à 262 372). Le coût d'exploitation est estimé à 65 €/m²/an, soit une économie de 6,6 M€/an. Cependant, le rapport de contre-expertise indépendante considère que ces économies annoncées ne sont pas suffisamment justifiées et sans doute surestimées.

Impacts pour l'établissement

L'établissement prend en compte les impacts environnementaux du projet, tant au niveau de la construction que de l'activité future du nouvel hôpital. Il est prévu de favoriser les énergies renouvelables, notamment par la production de biomasse, des productions solaires d'eau chaude et des productions électriques photovoltaïques. L'utilisation d'énergies fatales⁸² issues des entreprises industrielles voisines sera mise en œuvre pour la production de froid. La faune sera préservée par la création d'espaces verts aménagés et protégés, ainsi que par des défrichements limités et réalisés dans les saisons favorables aux espèces repérées sur le site. Enfin, le CHRUN réalisera un bilan carbone sur l'ensemble des catégories d'émission de gaz à effet de serre suivant la méthode de l'ADEME avant et après la mise en œuvre du projet. La construction du nouvel hôpital a obtenu l'autorisation de l'autorité préfectorale sur le volet environnemental.

La construction du nouvel hôpital aura un impact fort en matière de mobilité. Il est prévu la construction d'un nouveau parking de 1 200 places, avec un système de navette pour faciliter les flux des personnes depuis les parkings vers les différents bâtiments et éventuellement vers d'autres destinations du plateau de Brabois (non prévu dans le coût de construction). Un groupement d'intérêt public regroupant les trois gestionnaires de voiries du plateau et les principaux acteurs qui y demeurent a été créé afin de démarrer les études des différentes solutions dès 2023 et les mettre en œuvre avant 2030.

⁸² Énergie résiduelle produite au cours du processus industriel mais non utilisée (Énergie fatale : de la récupération à la valorisation | EDF Entreprises)

Tableau n° 1 : Évolution du capacitaire

		Capacitaire actuel en année 2022		Capacitaire futur	
		Lits	Places	Lits	Places
Adulte	Médecine (M)	496	116	523	155
	Chirurgie (C)	369	48	332	47
	Obstétrique (O)	54	8	50	6
	Réanimation (réa)	66		66	
	Surveillance continue	68		68	
	Soins intensifs (SI)	68		68	
	UHCD	16		16	
Pédiatrie Néonatal	M	40	31	40	28
	C	41	6	33	8
	Soins critiques	32		34	
	UHCD	8		8	
	Réa néonatalogie	20		20	
	SI néonatalogie	18		18	
	Néonatalogie	18		18	
TOTAL MCO		1 314	209	1 294	244
SSR cardio		16		16	
Dialyse			0		24
TOTAL PROJET		1 330	209	1 310	268

Source : CHRUN

Annexe n° 5. Tableaux financiers

Tableau n° 1 : Évolution des charges de personnel du CHRUN entre 2018 et 2022

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
Charges de personnel	488 049 496	484 655 908	513 693 323	544 303 157	563 242 631	15,41 %
dont rémunération du personnel non médical c/641	227 389 251	226 869 551	244 338 560	253 793 139	262 354 854	15,38 %
dont rémunération du personnel médical c/ 642	86 486 157	86 769 670	94 747 805	100 738 308	104 417 424	20,73 %
dont personnel extérieur à l'établissement c/621	14 798 925	13 877 801	12 825 002	12 319 821	11 908 003	- 19,53 %

Source : Comptes financiers du CHRUN

Tableau n° 2 : Évolution des charges à caractère hôtelier et général du CHRUN entre 2018 et 2022

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
Achats stockés autres approvisionnement	7 931 968	7 120 832	8 301 851	8 018 958	8 156 568	2,83 %
Variations des stocks	1 533 493	768 512	583 816	1 683 228	1 709 181	11,46 %
Achats non stockés matières et fournitures	9 187 433	9 711 579	15 034 619	16 449 193	17 250 757	87,76 %
Services extérieurs	18 283 112	18 152 799	18 098 662	15 309 627	17 086 278	- 6,55 %
Autres services extérieurs	22 768 506	22 757 935	24 030 777	24 702 847	27 380 146	20,25 %
Impôts et taxes	2 075 785	2 202 352	2 179 293	35 583	65 599	- 96,84 %
Autres charges	7 559 060	9 198 991	8 988 252	12 964 994	15 747 185	108,32 %
Total titre 3	69 339 358	69 912 999	77 217 270	79 164 431	87 395 714	26,04 %

Source : Comptes financiers du CHRUN

Tableau n° 3 : Évolution des charges à caractère médical du CHRUN entre 2018 et 2022

<i>En €</i>	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
<i>Produits pharmaceutiques et produits à usage médical</i>	88 479 715	87 777 843	99 917 328	108 207 374	115 536 994	30,58 %
<i>Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique</i>	71 100 431	69 018 200	70 676 014	76 999 679	79 716 905	12,12 %
<i>Variations des stocks à caractère médical</i>	9 505 937	9 856 481	9 519 692	13 255 600	16 186 223	70,27 %
<i>Fournitures médicales</i>	3 218 208	4 200 441	4 728 836	4 734 973	5 215 701	62,07 %
<i>Sous-traitance générale</i>	11 347 284	7 821 520	6 681 501	6 819 955	8 018 221	- 29,34 %
<i>Locations à caractère médical</i>	842 655	2 106 324	2 567 254	2 997 241	3 379 923	301,10 %
<i>Entretiens et réparations de biens à caractère médical</i>	7 597 221	7 545 531	8 002 223	8 098 237	9 712 850	27,85 %
Total titre 2	192 091 452	188 326 339	202 092 848	221 113 059	237 766 817	23,78 %

Source : Comptes financiers du CHRUN

Tableau n° 4 : Marge brute d'exploitation

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
Marge brute d'exploitation	28 389 636	37 515 816	57 477 626	54 761 215	43 907 055	54,66 %
Produits de gestion	784 966 772	790 297 664	855 784 846	901 465 670	936 672 221	19,33 %
En % des produits courants	3,6 %	4,7 %	6,7 %	6,1 %	4,7 %	
Aides financières	24 144 929	19 128 836	19 128 836	14 128 836	14 128 836	
Marge brute non aidée (MBNA)	4 244 707	18 386 980	38 348 790	40 632 379	29 778 219	601,54 %
En % des produits courants	0,5 %	2,3 %	4,5 %	4,5 %	3,2 %	
Remboursement en capital de la dette	30 980 503	32 452 284	38 165 277	54 175 165	69 633 010	124,8 %
Frais financiers	13 902 920	14 417 964	13 303 690	12 448 343	11 831 518	- 14,9 %
Total du service de la dette	44 883 423	46 870 248	51 468 967	66 623 508	81 464 528	81,5 %

Source : Comptes financiers CHRUN

Tableau n° 5 : Évolution de la CAF brute et nette

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
CAF brute	17 561 711	25 867 521	44 513 842	45 090 998	32 623 083	85,8 %
Remboursement du capital de la dette (163, 164, 167 et 168 hors 1688)	30 980 503	32 452 284	38 165 277	54 175 165	69 633 010	124,8 %
CAF nette	- 13 418 792	- 6 584 763	6 348 565	- 9 084 167	- 37 009 927	- 175,8 %

Source : Comptes financiers du CHRUN

Tableau n° 6 : Poids de la dette

<i>En €</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Annuité de la dette en capital</i>	30 980 503	32 452 284	38 165 277	54 175 165	69 633 010
<i>Frais financiers</i>	13 902 920	14 417 964	13 303 690	12 448 343	11 831 518
<i>Nouveaux emprunts</i>	34 000 000	63 326 389	36 500 000	70 456 000	40 000 000
<i>Total service de la dette</i>	44 883 423	46 870 248	51 468 967	66 623 508	81 464 528
<i>Capital restant dû</i>	418 492 270	419 088 597	417 423 320	433 704 155	404 259 301
<i>dont Dettes-baux emphytéotiques</i>	75 918 302	74 574 106	73 092 013	71 442 036	69 624 762
<i>Marge brute</i>	28 389 636	37 515 816	57 477 626	54 761 215	43 907 055
<i>Taux de couverture du service de la dette par la marge brute</i>	63 %	80 %	112 %	82 %	54 %
<i>Marge brute non aidée</i>	4 244 707	18 386 980	38 348 790	40 632 379	29 778 219
<i>Taux de couverture du service de la dette par la marge brute non aidée</i>	9 %	39 %	75 %	61 %	37 %

Source : comptes financiers CHRUN

Tableau n° 7 : Fonds de roulement

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évo 18/22
+ Apports réserves et reports	- 71 504 265	- 82 903 646	- 86 751 851	57 692 741	62 440 723	187,3 %
+ Résultat de l'exercice	- 9 524 137	- 4 255 758	5 315 655	4 534 475	- 1 616 273	83,0 %
+ Subventions d'investissement	15 832 385	24 125 488	42 476 772	47 260 305	59 260 779	274,3 %
+ Droits de l'affectant	998 303	998 303	998 303	998 303	998 303	0,0 %
+ Provisions réglementées	24 968 121	25 371 368	26 128 729	26 899 136	27 850 670	11,5 %
+ Provisions pour risques et charges	20 412 534	20 947 963	30 275 262	34 897 617	35 090 276	71,9 %
+ Dépréciations compte de tiers	5 789 744	4 907 765	2 072 706	1 995 332	2 023 639	- 65,0 %
+ Dettes financières (emprunts et dépôts et cautionnement)	418 487 000	419 088 597	417 423 320	433 704 155	404 174 760	- 3,4 %
+ Amortissements	474 363 441	506 431 317	535 682 835	561 307 861	467 946 767	- 1,4 %
+ Dépréciations des immobilisations	0	0	0	2 015 344	4 136 371	
= Ressources (a)	879 823 127	914 711 397	973 621 730	1 171 305 268	1 062 306 016	20,7 %
+ Immobilisations d'exploitation hors créance art 58	846 685 044	888 305 145	910 965 926	936 280 572	841 558 113	- 0,6 %
+ Créances art 58	957 815	957 815	957 815	957 815	957 815	0,0 %
+ Immobilisations financières	97 660	98 197	90 197	112 058 896	98 357 884	100 614,4 %
+ Charges à répartir	1 232 811	1 200 794	1 167 176	1 131 878	1 094 815	- 11,2 %
= Emplois (b)	848 973 330	890 561 952	913 181 115	1 050 429 162	941 968 627	11,0 %
Fonds de roulement (a-b=c)	30 849 797	24 149 446	60 440 615	120 876 107	120 337 389	290,08 %
En nbre de jours de charges courantes	14,94	11,76	27,79	52,37	49,45	

Source : comptes financiers CHRUN

Annexe n° 6. Plans d'économies du CHRUN

Tableau n° 1 : Objectifs de gains du plan 2019-2025

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
<i>PTF1 - Performance de la fonction clinique</i>	2 612 500	5 388 500	- 1 575 000	- 1 575 000	- 1 800 000	- 1 071 000		1 980 000
<i>PTF 2 / 4 - Performance des achats médicaux et généraux dont pertinence</i>	3 465 773	4 450 498	1 653 778	1 653 778	1 653 778	3 680 358		16 557 962
<i>PTF3 - Performance des fonctions médico-techniques</i>	2 107 841	2 749 008	145 311	162 179	252 036	494 018		5 910 393
<i>PTF 5 - performance des fonctions administratives et logistiques</i>	815 000	2 236 640	1 962 225	1 754 475	1 647 600	620 000		9 035 940
<i>PTF 6 - Optimisation de la valorisation des activités actuelles et développement d'activités nouvelles</i>	5 773 437	2 325 432	5 396 094	4 651 924	3 726 459	4 225 825	1 085 547	27 184 719
Total général	14 774 551	17 150 078	7 582 407	6 647 356	5 479 873	7 949 201	1 085 547	60 669 013

Source : documents CHRUN

Tableau n° 2 : Gains réalisés

En €	2019	2020	2021	2022	Total
<i>PTF1 - Performance de la fonction clinique</i>	3 161 026	3 278 478	- 444 000	- 1 475 000	4 520 504
<i>PTF 2 / 4 - Performance des achats médicaux et généraux dont pertinence</i>	5 073 794	5 026 994	2 661 017	1 336 066	14 097 871
<i>PTF3 - Performance des fonctions médico-techniques</i>	797 227	1 562 148	98 000	27 000	2 484 375
<i>PTF 5 - performance des fonctions administratives et logistiques</i>	1 097 000	1 235 985	977 000	1 252 000	4 561 985
<i>PTF 6 - Optimisation de la valorisation des activités actuelles et développement d'activités nouvelles</i>	8 245 944	358 608	5 303 000	3 670 000	17 577 552
Total général	18 374 991	11 103 605	8 595 017	4 810 066	43 242 287

Source : documents CHRUN

Tableau n° 3 : Objectif de gains du plan 2029-2033

PTF	Fiche Action	Année				Total plan 2029-2033
		2029	2030	2031	2032	
PTF 1	12. Révision maquettes soignantes encadrement cycle de travail	1 042 845	2 720 464	2 221 713	589 434	6 574 456
	13. Consultations et EF	96 000	240 000	144 000	48 000	528 000
PTF 2	26. Restauration	40 000	320 000	160 000	-	520 000
PTF 3	32. Blocs opératoires	53 452	106 902	106 902	-	267 256
	33. Imagerie	-	125 000	-	-	125 000
	36. Pharmacie	38 771	77 540	77 540	-	193 851
PTF 5	52. Optimisation des directions administratives	71 532	143 065	107 298	-	321 895
	55A. Services hôteliers	501 528	1 321 271	1 068 648	283 553	3 175 000
	55B. Brancardage	280 000	680 000	560 000	160 000	1 680 000
	57. Gains maintenance et exploitation	5 181 465	2 716 674	680 000	240 000	8 818 139
PTF 6	62. Facturation chambres	900 000	900 000	-	-	1 800 000
	63. Suppléments SI SC	1 469 246	-	-	-	1 469 246
	65. Recherche	2 000 000	1 500 000	-	-	3 500 000
	66.E Consultations	784 080	-	-	-	784 080
	66.B Téléradiologie	200 000	300 000	-	-	500 000
	67. Imagerie	227 000	833 000	-	-	1 060 000
TOTAL		12 885 919	11 983 916	5 126 101	1 320 987	31 316 923

Source : CHRU



*« 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