



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

Centre hospitalier de Vichy
(Département de l'Allier)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 16 juin 2023.

AVANT-PROPOS

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Vichy pour les exercices 2016 et suivants.

Le rapport d'observations provisoires, délibéré le 1^{er} mars 2023, a été adressé le 11 avril 2023 à M. Jérôme TRAPEAUX, Directeur du centre hospitalier de Vichy, ordonnateur actuellement en fonctions. Il a également été adressé le 11 avril 2023 à M. Cyril GUAY et à M. Thierry GEBEL, en leur qualité d'anciens ordonnateurs de l'établissement, ainsi qu'à M. Jean-Yves GRALL, Directeur de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Un extrait du rapport a par ailleurs été envoyé le 11 avril 2023 à Mme Christine ROUGIER, Directrice par intérim du Groupement hospitalier territoire d'Auvergne.

Par un courrier daté du 17 mai 2023, enregistré à la chambre le 22 mai 2023, M. TRAPEAUX a transmis sa réponse. Par un courrier daté du 23 mai 2023, enregistré à la chambre le 25 mai 2023, Mme Cécile COURREGES, nouvelle directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, a transmis sa réponse. M. GUAY, M. GEBEL et Mme ROUGIER n'ont, pour leur part, pas formulé de réponse.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	8
1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT	9
1.1 Les caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires du bassin de vie vichyssois	9
1.2 Positionnement dans l'offre de soins	10
1.3 L'intégration au groupement hospitalier de territoires « Territoires d'Auvergne »	11
2 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER	12
2.1 Les instances	12
2.1.1 Le conseil de surveillance.....	12
2.1.2 Le directoire.....	13
2.1.3 La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement	13
2.2 Les documents stratégiques	14
2.2.1 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)	14
2.2.2 Le projet d'établissement.....	15
2.3 Les pôles d'activités.....	16
3 L'ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER	17
3.1 L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	17
3.1.1 L'évolution de l'activité	17
3.1.2 L'efficacité de l'activité.....	20
3.2 Les autres activités	23
3.2.1 Les urgences : des passages en baisse de 6 % du fait de la crise sanitaire	23
3.2.2 L'hospitalisation à domicile : une activité en progression depuis la crise sanitaire	24
3.2.3 L'hospitalisation en SSR et en USLD	25
3.2.4 La psychiatrie : une activité affectée par la crise sanitaire	25
4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	27
4.1 Les axes stratégiques de la politique de ressources humaines	27
4.2 L'organisation de la fonction de gestion des ressources humaines	28
4.3 Le personnel non médical	28
4.3.1 Les accords du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 et le plan de soutien à l'attractivité.....	28
4.3.2 Les effectifs du personnel non médical	30
4.3.3 La politique de recrutement et d'attractivité.....	32
4.3.4 Le temps de travail.....	33
4.3.5 La gestion des remplacements	41
4.3.6 Le turn over, l'absentéisme et autres indicateurs du climat social.....	43
4.4 La gestion du personnel médical au cœur des enjeux d'attractivité	47
4.4.1 Des effectifs médicaux en augmentation de 16 % sur la période	47
4.4.2 Le temps de travail médical	48
4.4.3 Le développement de l'exercice mixte comme levier d'attractivité	51
4.4.4 Les solutions mises en place pour assurer la couverture des postes médicaux.....	55

5	LA GESTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE	68
5.1	La gestion budgétaire	68
5.2	La fiabilité des comptes	70
5.2.1	Le suivi des immobilisations	70
5.2.2	Le suivi des créances d'exploitation.....	71
5.2.3	Le respect du principe d'indépendance des exercices	71
5.2.4	La provision pour gros entretien ou grandes révisions	73
6	L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE	74
6.1	La performance financière annuelle.....	74
6.1.1	La formation du résultat.....	74
6.1.2	Les produits de l'activité hospitalière.....	77
6.1.3	Les dépenses de personnel.....	81
6.2	Le financement des investissements	83
6.3	Les investissements réalisés.....	85
6.4	La situation bilancielle	88
6.4.1	Le fonds de roulement net global (FDR) et le besoin en fonds de roulement (BFR)	88
6.4.2	La trésorerie	89
6.5	L'endettement	90
6.5.1	Un désendettement important de l'établissement sur la période	90
6.5.2	Une structure de la dette désormais saine	92
	ANNEXES	94

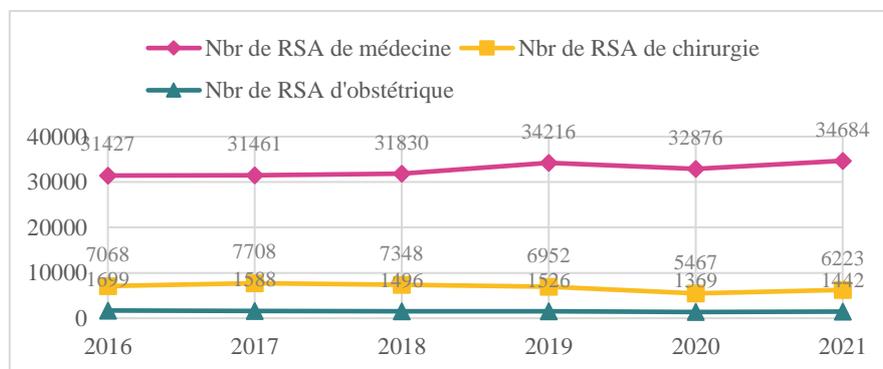
SYNTHÈSE

Doté de 801 lits et places et présentant une vocation généraliste, le centre hospitalier Jacques Lacarin de Vichy dispose d'un effectif de près de 1 940 emplois équivalents temps plein, dont 210 de personnel médical (données 2021). Le montant des produits, toutes activités confondues, atteignait 180 M€ en 2021, dont 170 M€ au titre de son activité principale. Le portefeuille d'activités de l'hôpital est large avec une offre de soins couvrant la plupart des spécialités médicales et chirurgicales. Il fait également partie depuis 2016 du groupement hospitalier de territoire « Territoires d'Auvergne » au sein duquel il développe des coopérations encore peu intégratives.

Une solide santé financière en amélioration sur la période

La situation financière de l'établissement s'est notablement améliorée entre 2016 et 2021 sous l'effet d'une évolution favorable de son activité. Cette dernière, en croissance de 5 % sur la période de contrôle malgré un repli important en 2020 (- 7 % par rapport à 2019), a bien résisté à la crise sanitaire, tout particulièrement s'agissant de l'activité de médecine. La pandémie a par ailleurs favorisé le développement d'autres formes de prise en charge, comme l'hospitalisation à domicile (+ 25 % entre 2019 et 2021).

Graphique n° 1 : Évolution du nombre de séjours en médecine chirurgie obstétrique



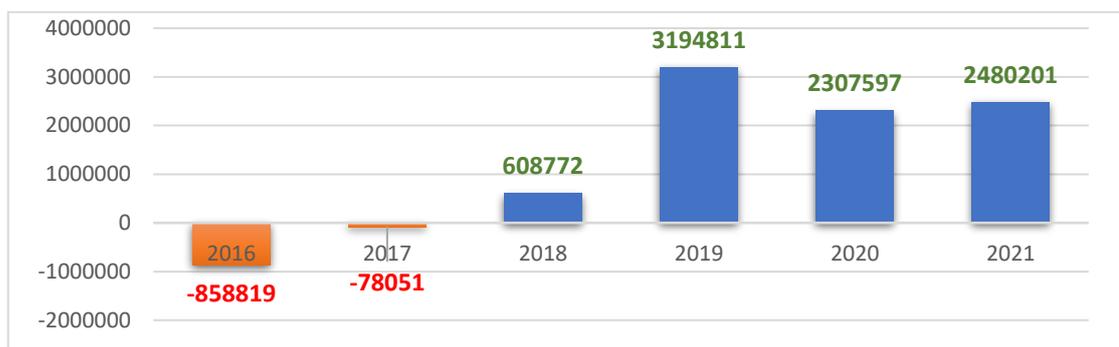
RSA : résumés de sortie anonymisés

Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidag

L'amélioration de la situation financière s'explique aussi par la réduction des effectifs ayant accompagné les réorganisations des cycles de travail en 12 heures en 2018. Dans ce contexte, et alors que l'établissement a été confronté à une hausse mécanique des dépenses de personnel, par l'effet du déploiement des mesures salariales nationales liées à la crise sanitaire et des accords du Ségur de la santé, sa performance financière annuelle s'est globalement renforcée (+ 25,5 % de marge brute et + 43 % de CAF brute sur la période).

Le résultat de l'établissement s'en est trouvé considérablement amélioré, passant d'un déficit de 860 000 € en 2016 à un excédent significatif de 2 480 000 € en 2021.

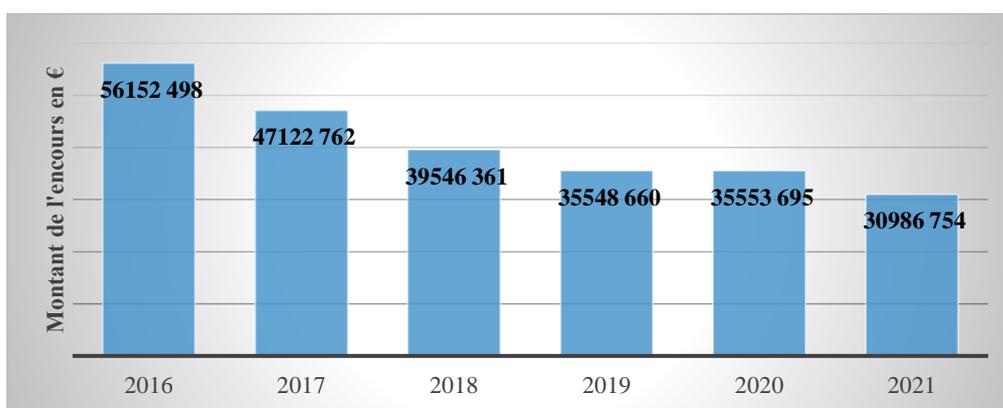
Graphique n° 2 : Évolution du résultat annuel du CH de Vichy



Source : CRC d'après les comptes financiers

Cette évolution favorable du cycle d'exploitation, conjuguée à un soutien financier important et récurrent apporté par la tutelle sanitaire, a contribué à alimenter les ressources de financement propre. Ces dernières ont notamment été mobilisées pour conduire les différents projets d'investissement (à hauteur de 26 M€, dont les 2/3 engagés sur la fin de période) et de réduire fortement l'encours de dette qui s'est contracté de 47 % entre 2016 et 2021. Cet important désendettement a permis à l'hôpital de Vichy, dès 2017, de sortir du dispositif d'autorisation préalable de l'ARS pour emprunter.

Graphique n° 3 : Évolution de l'encours de dette au 31/12/N



Source : CRC, à partir des comptes financiers

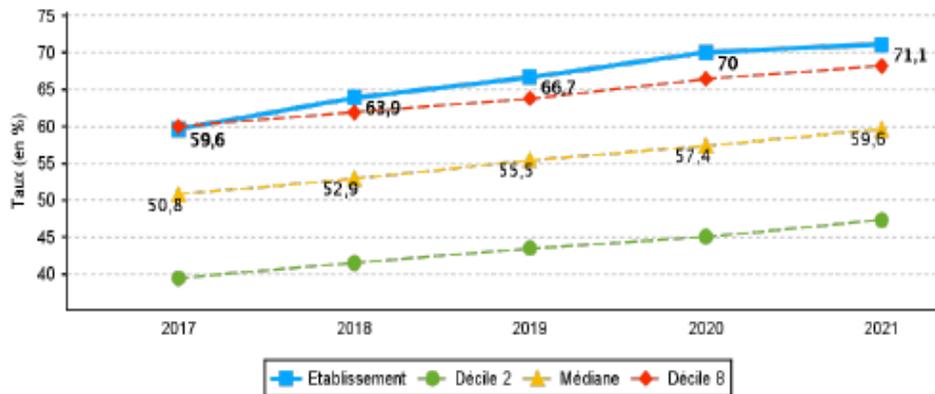
Le taux de dépendance financière, inférieur à 45 % en 2021, a également connu une embellie (contre 72,7 % en 2016) tandis que la durée apparente de la dette était ramenée à quatre ans au terme du même exercice 2021.

Des signes de fragilité affectant l'activité et la gestion des ressources humaines

Le niveau de vétusté des différentes immobilisations (et tout particulièrement des constructions), d'ores et déjà important en 2016, n'a cessé de se dégrader sur la fin de période.

Elle plaçait l'hôpital Jacques Lacarin en 2021 au nombre des 20 % d'établissements publics de santé de France les moins performants en la matière.

Graphique n° 4 : Évolution comparée du taux de vétusté des constructions



Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques

Cette situation de sous-investissement a conduit à une dégradation de l'environnement de travail des équipes, qui transparaît dans l'enquête sur la qualité de vie au travail conduite en 2021 faisant ressortir que près de 60 % des répondants se disent insatisfaits des locaux et des équipements mis à leur disposition.

Quant à l'activité de l'établissement, bien qu'enregistrant une progression globale de 5 % sur la période, elle est marquée par des disparités importantes. Contrairement à l'activité de médecine, les disciplines de chirurgie (- 12 % entre 2016 et 2021) et plus encore d'obstétrique (- 15 % entre 2016 et 2021) ont connu un décrochage dès 2018, qui s'est accéléré avec la crise sanitaire. Malgré un rebond constaté en 2021, ces deux disciplines ne sont pas parvenues à retrouver le niveau antérieur à la crise. En termes d'efficience, l'établissement dispose de plusieurs marges de progression, tout particulièrement en chirurgie quant aux durées moyennes de séjour en hospitalisation complète ou bien encore au regard du degré de développement de la prise en charge ambulatoire.

Sur le plan des ressources humaines, le centre hospitalier de Vichy est un établissement attractif, caractérisé par un faible taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers, de 18 % en 2021 au regard d'une moyenne nationale se situant à 31 %. La diversité d'activité et le développement important de l'activité libérale en son sein, alliés au bénéfice d'une crèche hospitalière, constituent autant d'atouts pour attirer les praticiens. L'établissement connaît également des taux d'absentéisme (7,5 % en 2021) et un taux de rotation (7,2 %) de son personnel non médical proches des valeurs des établissements les plus performants de sa catégorie.

Cependant, l'établissement présente plusieurs signes de fragilisation de son collectif de travail, s'agissant notamment du personnel non médical : la dette du temps de travail, sept fois plus élevée au regard de la médiane des établissements de sa catégorie, n'a cessé d'augmenter sur la période (+ 18 %), tout comme les rappels sur repos (+ 56 %), attestant d'une réelle difficulté des personnels à bénéficier de leurs congés et récupérations. La dégradation du taux d'absentéisme sur la fin de période, l'augmentation du taux d'accidents du travail suivi d'un

arrêt, ainsi que la rupture du dialogue social constituent autant de signaux d'alerte. A cet égard, les effets du déploiement accéléré des cycles de travail en 12 heures depuis 2018, conjugué à un mouvement d'importante réduction des effectifs, n'ont pas été suffisamment anticipés ni évalués. Motivées par une recherche de gains sur la masse salariale et répondant à des aspirations nouvelles du personnel, ces réorganisations nécessitent un temps d'évaluation pour pouvoir les accompagner au mieux et en contrecarrer les effets les plus indésirables.

S'agissant du personnel médical, l'établissement de Vichy rencontre également des difficultés de recrutement de praticiens dans certaines spécialités, et notamment la médecine d'urgence, la psychiatrie ou encore l'oncologie. Pour y faire face, l'hôpital a développé plusieurs stratégies (contrats de clinicien, intérim médical, vacances d'intérim de gré à gré...), certes efficaces pour assurer la nécessaire continuité de l'activité mais qui ne sont pas sans soulever des questions de régularité et d'équité de traitement dans les rémunérations, source de démotivation pour les praticiens les plus investis dans l'hôpital. En méconnaissance du cadre légal, ces dispositifs ont pu être sollicités sans un cadrage préalable de l'agence régionale de santé (notamment pour les contrats de cliniciens), carence qui n'a pas été compensée par une action coordinatrice du groupement hospitalier de territoire. Au-delà du coût exorbitant des prestations, qui se situent bien au-delà des plafonds légaux, l'organisation de plusieurs services et notamment des urgences, qui s'avèrent dépendants de cette ressource médicale externe, interroge aussi sur la qualité des prises en charge et la sécurité des soins.

Toutes ces stratégies, que l'on peut qualifier de pis-aller, illustrent bien la captivité des établissements face à la raréfaction de la ressource médicale, dans un contexte de concurrence vive et insuffisamment régulée.

Des actions correctives entreprises par l'établissement vichyssois

En correction des différents points de fragilité, identifiés, l'hôpital Jacques Lacarin a déployé plusieurs lignes d'actions, engagées pour la plupart en toute fin de période à la faveur des accords du Ségur de la santé et du plan de soutien à l'attractivité.

L'établissement porte ainsi plusieurs projets d'investissement d'importance : l'achèvement de l'opération de rénovation et d'humanisation de l'unité de soins de long séjour ; la relocalisation des activités d'hémodialyse et des activités ambulatoires de santé publique ; la construction d'un nouveau bâtiment de pédopsychiatrie... A plus long terme, l'établissement projette également de construire un nouveau bâtiment principal, dont le coût global est estimé à quelque 150 M€.

L'ensemble des programmes d'équipement doivent permettre d'améliorer les taux de vétusté des constructions et des équipements, très dégradés mais à un horizon demeurant lointain. Le niveau de renouvellement des immobilisations doit, cependant, rester un point de vigilance en ce que l'état et la fonctionnalité des équipements et matériels participent directement à l'exercice de l'activité, à la qualité des soins et au confort de travail des équipes.

Les mesures prises par l'établissement sur le volet des ressources humaines sont également nombreuses et devraient permettre, à terme, de répondre en partie aux difficultés observées : orientation du projet social de 2019-2023 vers la qualité de vie au travail et la réduction de la pénibilité des métiers ; création et renforcement des équipes de remplacement à partir de 2021, augmentation des stagiairisations ; élaboration en cours d'un guide du temps de travail pour le personnel non médical...

Quant aux difficultés de recrutement affectant le personnel médical, les récentes réformes engagées dans le cadre des accords du Ségur de la santé offrent des perspectives, certes intéressantes, mais limitées à plusieurs égards. Elles pourraient ainsi se révéler insuffisantes pour engager, notamment, la sortie des contrats spécifiques pour les spécialités des urgences ou de la psychiatrie en grande difficulté pour le recrutement, et pour lesquelles un complément de rémunération par l'exercice d'une activité libérale n'est pas réellement mobilisable. La mise en œuvre du contrôle sur les dépenses d'intérim médical, bien qu'indispensable, pourrait également se révéler complexe en l'absence d'un travail d'anticipation et de coordination suffisant conduit par la tutelle sanitaire auprès des différentes parties prenantes dans les territoires. Enfin, certaines des mesures des accords du Ségur de la santé, comme la prime de solidarité territoriale, peuvent induire d'autres biais possiblement préjudiciables, en rendant le temps de travail additionnel moins attractif avec le risque de démobilisation des ressources de l'hôpital au profit d'autres établissements voisins.

Le rôle du groupement hospitalier de territoires (GHT) et plus encore celui de l'ARS, encore peu présents sur ces sujets d'importance, apparaissent essentiels pour contenir et réguler la concurrence des établissements, et éviter ainsi les stratégies isolées contre-productives pour le territoire.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Elaborer un guide complet du temps de travail pour les personnels non médicaux, incluant les références textuelles les plus récentes et mettant fin aux pratiques irrégulières.

Recommandation n° 2 : Conduire une évaluation des effets des cycles en 12 heures sur la qualité de vie au travail, la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Recommandation n° 3 : Mettre en place un dispositif de décompte complet et fiable des heures supplémentaires accomplies.

Recommandation n° 4 : Réduire la dette du temps de travail.

Recommandation n° 5 : Assurer un cadrage et un suivi du recours au temps de travail additionnel au sein de la commission d'organisation de la permanence des soins.

Recommandation n° 6 : Respecter les intérêts de l'hôpital dans l'utilisation des IRM, tant en termes financiers que d'accès aux soins pour les patients hospitalisés.

Recommandation n° 7 : Exiger des entreprises de travail temporaire un relevé détaillé de la rémunération versée aux médecins pour permettre l'effectivité des contrôles du comptable public.

Recommandation n° 8 : Mettre fin aux contrats de gré à gré pour assurer les remplacements ponctuels en s'appuyant notamment sur le levier de la prime de solidarité territoriale.

1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT

1.1 Les caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires du bassin de vie vichyssois

Le bassin de vie vichyssois¹ s'étend sur la commune de Vichy et les 29 communes situées dans son environnement proche. Il couvre une population de près de 78 000 habitants, mais connaît un certain déclin démographique marqué par une tendance à la diminution du nombre de ses habitants. Le taux annuel moyen d'évolution de la population s'est en effet avéré négatif, avec - 0,2 %, durant la période 2013 à 2019 (Source : SIRSé – Système d'information inter-régional en santé). Le bassin de vie se caractérise au demeurant par un phénomène de vieillissement de la population plus prononcé qu'au niveau régional et national. Les habitants âgés de 75 ans et plus représentaient ainsi 14,5 % de la population du bassin de vie de Vichy en 2018 contre 9,4 % au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de la France métropolitaine. Quant aux habitants âgés de 85 ans et plus, ils représentaient 5,3 % de la population de ce territoire, la même année, contre seulement 3,3 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes et la France métropolitaine. Par ailleurs, seuls 20,3 % des habitants du bassin de vie étaient âgés de moins de 20 ans en 2018, pour 24,4 % de la population régionale. (source : site BALISES – BAsé Locale d'Informations Statistiques En Santé- de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes).

Le territoire est également confronté à une situation de précarité sociale et économique marquée. Le taux de chômage des 15 à 64 ans atteignait ainsi 14,7 % en 2018 contre 11,5 % dans l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les personnes couvertes par le revenu social d solidarité (RSA) représentaient par ailleurs 6,8 % de la population en 2017 contre seulement 4 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes la même année. De même, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) s'élevait à 4,9 % de la population âgée de 20 à 64 ans en 2017, soit un taux nettement supérieur à celui enregistré à l'échelle régionale (2,7 % de la population la région Auvergne-Rhône-Alpes) (source : site BALISES de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes).

La population du bassin vichyssois présente aussi plusieurs points de fragilité en matière de santé. La proportion de personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) apparaît nettement supérieure à celle constatée au niveau régional : elle atteignait 16 800 bénéficiaires d'une ALD pour 100 000 habitants sur le bassin de vie en 2020, à rapprocher d'un niveau de 15 100 bénéficiaires d'une ALD pour 100 000 habitants pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes la même année. De même le nombre de décès prématurés - survenus avant l'âge de 65 ans – au sein de la population apparaît plus important que celui enregistré à l'échelle de la région : 218 personnes sont, en effet, décédées de manière prématurée pour 100 000 habitants sur le bassin de vie vichyssois, en moyenne annuelle, sur la période 2012 à 2016, contre une moyenne de 171 personnes décédées de façon prématurée au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Enfin, la proportion de patients de 15 ans et plus qui ont été

¹ Au sens de l'INSEE, un bassin de vie correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

hospitalisés en soins spécialisés en psychiatrie s'avère supérieure à celle du département comme de la région : 813 patients de 15 ans et plus, pour 100 000 habitants, ont ainsi été hospitalisés au moins une fois dans l'année en soins spécialisés en psychiatrie, en 2020, contre 729 patients pour le département de l'Allier et 704 patients pour la région Auvergne-Rhône-Alpes la même année (source : site BALISES de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes).

1.2 Positionnement dans l'offre de soins

Le centre hospitalier de Vichy est implanté au cœur de la ville de Vichy ; il se présente comme un hôpital à vocation généraliste. Doté de 801 lits et places, il dispose d'un effectif de près de 1940 emplois équivalents temps plein (ETP), dont 210 ETP de personnel médical (données 2021). Le montant des produits de fonctionnement, toutes activités confondues, atteignait 180 M€ en 2021, avec 170 M€ engendrés par la seule activité principale.

Le portefeuille d'activités de l'hôpital Jacques Lacarin² est large avec une offre de soins couvrant la plupart des spécialités médicales (rhumatologie, rééducation, réanimation, pneumologie, neurologie, oncologie, dermatologie...) et chirurgicales (chirurgies vasculaire, urologique, orthopédique, ophtalmologique, digestive...). L'établissement intervient également dans le domaine obstétrical. A cet égard, il dispose d'une maternité qui a connu près de 1 050 naissances durant l'année 2021.

Le centre hospitalier déploie une activité de psychiatrie, de l'adulte, du sujet âgé comme de l'enfant et de l'adolescent. Il assure une activité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) ainsi qu'une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), sur les territoires de santé de Vichy, de Thiers et d'Ambert. S'il disposait d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 45 lits au début de la période sous revue, celui-ci a été transféré à un autre gestionnaire durant l'année 2019. L'établissement est également doté de trois unités de soins de longue durée (USLD), totalisant 105 lits.

Il bénéficie d'un service des urgences, ayant enregistré près de 31 000 passages en 2021, ainsi que d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ayant réalisé environ 2 700 sorties en 2021. Son plateau technique compte, notamment, un scanner et deux IRM.

Enfin, un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation des aides-soignants (IFAS) sont rattachés au centre hospitalier. Ils ont accueilli 364 élèves infirmier(e)s et aide-soignant(e)s en 2021.

Le rayonnement de l'établissement peut être qualifié comme étant plutôt localisé. En effet, son aire d'attraction se concentre au sud-est du département de l'Allier, sur le secteur de la commune de Vichy et des communes environnantes.

La polyclinique de la Pergola – également implantée sur le territoire de la commune de Vichy – est la seule structure hospitalière se situant dans un rayon de 20 km autour de l'hôpital Jacques Lacarin. Cet établissement de santé privé regroupe plus de 60 médecins spécialistes et dispose de près de 200 lits et places. Son activité est orientée vers la chirurgie et, dans une moindre mesure, la médecine. Il développe également une activité de soins de suite et de

² Le centre hospitalier de Vichy détient entre 112 et 130 racines de groupes homogènes de malades (GHM) pour 80 % des séjours.

réadaptation (source : site internet de la clinique). Son offre de soins étant diversifiée, elle vient, en conséquence directement concurrencer celle du CH de Vichy.

1.3 L'intégration au groupement hospitalier de territoires « Territoires d'Auvergne »

L'hôpital Jacques Lacarin fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Territoires d'Auvergne »³, créé avec effet au 1^{er} juillet 2016. Le groupement fédère, autour du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, l'ensemble des centres hospitaliers publics des départements du Puy-de-Dôme et de l'Allier (soit 15 établissements), ce qui en fait l'un des groupements les plus vastes de France. Etablissement support du GHT, le CHU doit obligatoirement gérer pour le compte de l'ensemble des membres :

- un système d'information hospitalier ;
- un département de l'information médicale ;
- la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- la fonction achats ;
- la définition d'orientations stratégiques communes en matière de ressources humaines médicales, odontologistes, pharmaceutiques et maïeutiques (depuis l'ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021).

En la matière, et sans qu'une direction commune soit constituée jusqu'à présent, le GHT a structuré en son sein l'animation des questions relatives aux ressources humaines médicales. Dans un contexte de fortes tensions sur les effectifs médicaux et de progression rapide des dépenses d'intérim médical, le dispositif commun d'animation a pris la forme dès 2018 d'une réunion régulière des directions des affaires médicales des établissements, appelée « plateforme partagée de coordination des ressources et coopérations médicales (PPCRM) ». Cette plateforme, dont la coordination relève du CHU, permet notamment de gérer une bourse aux postes pour la couverture estivale des urgences, d'évoquer les postes de praticiens ou assistants partagés, les consultations avancées⁴ ou encore les parcours de formation des médecins étrangers. Elle se révèle à ce jour, encore insuffisante pour permettre de faire émerger des convergences de réflexion et d'action sur certains sujets sensibles, tels que les contrats de cliniciens ou la prime de solidarité territoriale, comme il sera vu infra.

Au-delà des activités administratives, logistiques et techniques, le GHT a développé de nombreuses coopérations pour mettre en œuvre un projet médical partagé⁵. Adopté le 13 juillet 2017, ce projet médical prévoit de renforcer les coopérations inter-hospitalières en développant les complémentarités mais également en réalisant certains investissements à l'échelle du groupement (stérilisation, hélistation pour le service mobile d'urgence et de réanimation...). Dans cette perspective, le groupement Territoires d'Auvergne a développé plusieurs formes de

³ A cet égard, cf. le récent rapport de la chambre régionale des comptes ARA relatif au CHU de Clermont-Ferrand publié le 15 avril 2022.

⁴ Consultations réalisées par des praticiens d'un établissement de santé dans un autre établissement de santé.

⁵ Document pivot des GHT, le projet médical partagé, prévu à l'article L. 6132-1 du CSP, définit la stratégie médicale et identifie les filières de prise en charge des patients au sein du groupement.

coopération (fédérations médicales inter-hospitalières, les pôles inter-établissements, les filières, les réseaux), pour la plupart encore faiblement intégratives.

Permettant l'organisation d'une gestion centralisée d'une équipe médicale de territoire, sous l'autorité de chefs de pôle inter-établissement, les pôles inter-établissements (PIE) sont encore peu mobilisés par le groupement Territoires d'Auvergne. Outils de coopération les plus intégratifs, les PIE ne concernent à ce jour que les seules activités d'imagerie médicale (CHU, Issoire, Riom) d'addictologie (CHU, Enval, Thiers) et de chirurgie digestive (CHU, Enval, Thiers). Ils ne couvrent, en outre, qu'une petite partie des hôpitaux disposant de ces disciplines.

Les fédérations médicales inter-hospitalières ont, en revanche, vocation à constituer la modalité de droit commun pour les filières prioritaires du GHT Territoires d'Auvergne. Placé sous la responsabilité d'un praticien coordonnateur, ce mode de coopération souple demeure peu contraignant. Il concerne actuellement les activités des urgences, de pharmacie, de cardiologie, de gynécologie et de néphrologie, pour les établissements du groupement dotés de ces disciplines.

2 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER

Les compétences décisionnaires au sein de l'hôpital sont réparties entre le directoire et le conseil de surveillance, lesquels s'appuient sur plusieurs instances consultatives, dont la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement. L'hôpital public est par ailleurs organisé en unités de prises en charge médicale, regroupées depuis l'ordonnance du 2 mai 2005⁶ en pôles d'activités, dont le découpage relève de la décision de chaque établissement.

2.1 Les instances

2.1.1 Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce le contrôle permanent de la gestion. Il lui appartient de délibérer sur le projet d'établissement, le compte financier ou encore le rapport annuel sur l'activité. Il est également consulté, pour avis, sur les décisions d'importance comme la politique de santé, la politique immobilière ou encore le règlement intérieur⁷.

Le conseil de surveillance⁸ est composé de 9 à 15 membres, ayant voix délibérative, répartis en trois collèges disposant d'un même nombre de membres (représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel et personnalités qualifiées).

⁶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁷ Article L. 61343-1 du code de la santé publique.

⁸ Article L. 6143-5 du code de la santé publique.

Présidé par M. Frédéric Aguilera, maire de Vichy depuis 2017 et également président de l'intercommunalité de Vichy communauté depuis 2020, le conseil de surveillance de l'hôpital Jacques Lacarin est régulièrement composé (15 membres avec voix délibérative).

La chambre a pu constater la tenue régulière de l'instance qui s'est réunie de 2016 à 2021, en moyenne quatre à cinq fois l'an, conformément à l'exigence légale d'un minimum de quatre réunions annuelles prévue par le code de la santé publique en son article R. 6143-11.

2.1.2 Le directoire

Le directoire est la principale instance décisionnaire. Il appuie et conseille le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement, le directeur étant le représentant légal de l'établissement et l'ordonnateur des opérations budgétaires et comptables.

Son organisation et son fonctionnement sont définis aux articles L. 6143-7-5 et D 6143- 35 du code de la santé publique. Il regroupe autour du directeur le président de la commission médicale d'établissement, le président de la commission des soins infirmiers et des responsables médicaux et administratifs. Son rôle est de préparer le projet d'établissement, d'approuver le projet médical et de conseiller le directeur sur les principaux sujets de fonctionnement de l'établissement.

Le directoire est tenu de se réunir au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé, ce qui a bien été le cas s'agissant de l'hôpital de Vichy, ayant connu une fréquence de réunion soutenue, de 9 à 13 par an sur la période de contrôle.

2.1.3 La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement

La commission médicale d'établissement assure la représentation du personnel médical. La durée de son mandat est de quatre ans. Elle élabore la stratégie médicale de l'établissement, ainsi que le projet médical en lien avec le projet médical partagé porté par le groupement hospitalier de territoire. Elle contribue également à la politique d'amélioration continue des soins, propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, et est consultée sur les questions intéressant la vie de l'établissement.

La présidence de la commission médicale d'établissement occupe un rôle stratégique au sein de l'établissement ; elle s'accompagne de la vice-présidence du directoire. La fonction en est confiée actuellement au Dr. Didier Aguilera.

Le comité technique d'établissement (CTE), prévu aux articles R. 6144-40 et suivants du code de la santé publique, est l'instance de représentation du personnel médical. Présidé par le directeur, il est consulté sur les questions dont a également à connaître la commission médicale d'établissement : projets de délibération du conseil de surveillance ; orientations stratégiques, plan global de financement pluriannuel, organisation interne... Le comité technique est en outre consulté sur les conditions d'exercice professionnel des agents, notamment sur les conditions et l'organisation du travail, la politique de formation, les critères de répartition des primes ou encore le règlement intérieur. Il est composé de représentants du personnel de l'établissement, à l'exception des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques.

La composition, le fonctionnement et la fréquence de réunion de ces deux instances consultatives sur la période sous revue n'appellent pas d'observations particulières.

2.2 Les documents stratégiques

2.2.1 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'agence régionale de santé (ARS) autorité de tutelle, et les établissements de santé constituent un outil de régulation de l'offre de soins. Ils s'appuient sur les principes suivants : la pluri-annualité, une procédure de négociation, un suivi périodique et une évaluation finale du contrat. Les CPOM recensent les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues, ainsi que les financements octroyés.

Les principaux enjeux d'un CPOM tiennent :

- à la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle de l'établissement, des orientations stratégiques régionales (dont celles ressortant du projet régional de santé) ;
- à la validation des orientations et des projets stratégiques de l'établissement ;
- à l'amélioration de la performance et de la gestion interne de l'établissement (dans un souci d'amélioration continue du service rendu aux usagers, de la performance et de l'efficacité de la dépense publique) ;
- à la reconnaissance des missions de service public et des activités spécifiques, hors autorisations ;
- au support des financements octroyés.

Il comporte également l'ensemble des différents contrats et accords en cours d'exécution, conclus avec l'ARS, tels que contrat de performance, contrat de retour à l'équilibre, contrat de bon usage du médicament...

Trois CPOM se sont succédé sur la période de contrôle : un premier couvrant la période 2012-2017, un deuxième intermédiaire couvrant le seul exercice 2019 dans l'attente de la déclinaison du projet régional de santé (PRS) de 2018-2023, puis un troisième couvrant la période 2020-2024.

Au terme du premier CPOM, un bilan a été réalisé en 2018 faisant apparaître une atteinte globale des objectifs du contrat. Ce bilan n'a pas fait l'objet de commentaire de l'ARS. Le CPOM de 2020-2024 a été élaboré conformément à l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé, laquelle prévoit, dans un objectif de simplification, une réduction du champ du contrat et définit deux axes stratégiques (positionnement territorial et pilotage interne des établissements de santé). Dans le même esprit d'allègement, chaque objectif est désormais assorti d'un unique indicateur de mesure.

Document plus concis et ramassé dans ces orientations et objectifs, le CPOM de 2020-2024 ne comporte ainsi que 22 pages contre 92 pages du précédent. Il est articulé autour de trois orientations prioritaires :

- développer la performance des organisations et améliorer la situation financière de l'établissement par la mise en œuvre du projet médical et le suivi du schéma directeur immobilier ;
- contribuer à l'amélioration de la coordination entre les structures de médecine d'urgence du GHT, par le biais de la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) de médecine d'urgence ;
- contribuer à une meilleure gestion des ressources médicales existantes : dans le cadre de fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) portées par le GHT, notamment pour les filières urgences et femmes/enfants ; en termes de permanence des soins, par l'effet du projet territorial à définir autour des lignes de chirurgie de spécialité.

2.2.2 Le projet d'établissement

L'article L. 6143-2 du code de la santé publique énonce que « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement* ». Ce document prospectif, obligatoirement compatible avec le schéma régional de santé, doit établir sur une durée maximale de cinq ans les objectifs fixés à l'établissement (en matière de prise en charge médicale de soins, de coopération ou encore de recherche) et les moyens (d'hospitalisation, de personnel et d'équipement) nécessaires pour les atteindre. Il doit notamment comporter « *un projet de prise en charge des patients* » cohérent avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, « *un projet psychologique* », « *un projet social* » et « *un projet de gouvernance et de management* ».

Deux projets d'établissement couvrent la période sous revue, l'un intéressant la période 2014-2018 et l'autre celle de 2019-2023. Ces documents donnent lieu à un suivi annuel, auprès des différentes instances de gouvernance (conseil de surveillance, commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement).

Document très volumineux de 355 pages (sans sommaire), le projet d'établissement de 2014-2018 comportait de nombreux projets médico-soignants s'articulant autour de trois axes : l'adaptation de l'offre de soins ; l'approfondissement de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; et enfin, le développement et l'approfondissement des coopérations entre les établissements du bassin.

Le projet d'établissement de 2019-2023, en cours de mise en œuvre, se veut plus concis (269 pages) et resserré dans ses objectifs, il contient les principaux volets requis par la loi. Dressant au préalable un bilan du précédent projet d'établissement, il comprend un projet médico-soignant, un projet social, un projet managérial, un schéma directeur immobilier et un volet sur les systèmes d'information et de communication.

Dès l'introduction, le projet de 2019-2023, de caractère prospectif, met l'accent sur l'importance de réaliser les investissements structurants pour que les soignants puissent travailler dans un cadre sécurisé, le précédent projet d'établissement n'ayant pu aboutir sur le volet architectural au prix « *d'une quasi-décennie perdue* ». Le projet d'établissement énonce les projets d'investissement les plus immédiats à mettre en œuvre, comme la rénovation des 115 lits de l'unité de soins de longue durée (USLD) au départ des lits d'EHPAD, la relocalisation de la dialyse, ou encore l'installation d'un 2^{ème} scanner. Il évoque également d'autres projets, à affiner, comme l'extension des blocs opératoires, la rénovation de la réanimation et des soins critiques, ou la refonte des urgences.

Le projet médico-soignant comporte, quant à lui, cinq axes majeurs :

- l'amplification du virage ambulatoire (chirurgie ambulatoire, médecine ambulatoire, SSR ambulatoire) ;
- la sécurisation de la prise en charge des patients fragiles (santé mentale, femmes/enfants, personnes âgées, soins palliatifs) ;
- le renforcement du rôle territorial du centre hospitalier de Vichy par les coopérations inter-établissements au sein du GHT, et les relations ville-hôpital ;
- la meilleure prise en compte des flux aléatoires de patients : filière aigüe ; programmée/non programmée ;
- la réponse au défi démographique des patients chroniques et de la cancérologie : patients chroniques ; cancérologie.

2.3 Les pôles d'activités

Le code de la santé publique prévoit en son article L. 6146-1 que le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique, puis signe avec chacun des chefs de pôle un contrat précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Structurée en 8 pôles d'activités médicales⁹ et 3 pôles d'activités administratives¹⁰, l'organisation de l'établissement répond en grande partie aux exigences du code de la santé publique. A l'exception des exercices 2018, 2019 et 2020, l'organisation a été pilotée dans le cadre de contrats de pôle (2014-2017 puis 2021-2024), régulièrement animés au sein des dialogues de gestion annuels.

Documents d'une trentaine de pages signés du directeur, du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle, les contrats de pôle de 2014-2017 sont complets au regard des exigences du code de la santé publique. Ces contrats, qui comportent notamment les engagements réciproques de la direction et des pôles, détaille également le fonctionnement de la délégation de gestion qui intéresse deux thématiques : les équipements et consommations d'une part ; la gestion des ressources humaines d'autre part. Les contrats déterminent les objectifs, ainsi que les modalités d'intéressement collectif du pôle en fonction de l'atteinte des objectifs. Ils contiennent, enfin une annexe très complète, intitulée « contrat interne d'objectifs et de moyens », qui explicite chaque objectif thématique, les échéances et les indicateurs de suivi.

Comprenant moins d'une dizaine de pages, les contrats de pôle couvrant la période de 2021-2024 sont, en revanche, plus concis et moins complets que ceux de la génération

⁹ Les activités médicales sont ainsi regroupées au sein : d'un pôle médical 1 dédié à la médecine aigüe (comprenant notamment les services d'urgences, réanimation-soins critiques, cardiologie, neurologie et pneumologie) ; d'un pôle médical 2 regroupant les pathologies chroniques et la cancérologie ; d'un pôle chirurgical ; d'un pôle de réadaptation et de gériatrie ; d'un pôle femme-enfant ; d'un pôle psychiatrie et d'un pôle médico-technique. Enfin, au 1er janvier 2022, un pôle supplémentaire regroupant les activités de prévention, d'éducation à la santé et de santé publique (PPESP) a été constitué.

¹⁰ Pôle management et ressources humaines, pôle information médicale, entrées, finances, informatique, pôle travaux, achats et logistiques.

précédente. S'ils exposent les objectifs globaux fixés au pôle, et les modalités d'intéressement collectif, les volets médico-économique et de recherche clinique sont absents. Ils ne contiennent pas, en outre, d'annexes détaillant les objectifs annuels, les échéances et les indicateurs de suivi. De fait, ces contrats sont essentiellement centrés sur la délégation de gestion, dont le fonctionnement est simplifié et resserré sur la relation entre direction et pôles (absence d'intervention de la commission des équipements médicaux et non médicaux, notamment, pour l'arbitrage des priorités d'investissements). A noter cependant que la délégation de gestion, renforcée sur le volet des ressources humaines avec un dispositif de pilotage d'un volume d'ETP à l'année (cf. infra), s'est enrichie en 2022 d'outils de pilotage et de tableaux de bord très complets, faisant l'objet d'un suivi hebdomadaire entre directions fonctionnelles et pôles.

La dernière génération de contrats de pôle, couvrant la période 2021-2024, a été élaborée dans le contexte très particulier de la crise sanitaire. Nécessitant sans doute d'être plus développés quant aux prochains exercices de mise en œuvre, en termes notamment de suivi des objectifs et de déclinaison des volets médico-économique et de recherche clinique, les contrats en cours satisfont cependant aux principales exigences du code de la santé publique. Ils font, par ailleurs, l'objet d'un suivi régulier dans le cadre des dialogues de gestion.

3 L'ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER

3.1 L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

3.1.1 L'évolution de l'activité

3.1.1.1 Des capacités d'hospitalisation en baisse dans toutes les disciplines

Au-delà des ressources humaines médicales et paramédicales disponibles, l'évolution de l'activité est conditionnée par les capacités d'hospitalisation, lesquelles s'apprécient en nombre de lits (pour l'hospitalisation complète) et en nombre de places pour l'ambulatoire (prise en charge sans nuitée). Si un sous-dimensionnement des capacités a des incidences négatives sur l'organisation des prises en charge, un surdimensionnement des lits et places installés peut engendrer des surcoûts en termes de charges fixes.

De 2016 à 2021, une trentaine de lits a été supprimée par l'ordonnateur, soit une réduction de 9 % des capacités d'hospitalisation dans l'objectif, notamment, d'améliorer l'efficacité de l'organisation des activités. Le point le plus bas a été atteint en 2020, pour ensuite remonter en 2021, sans retrouver cependant le nombre de lits antérieur à la crise sanitaire.

Toutes les disciplines ont été concernées avec 15 lits supprimés en chirurgie, 10 lits en médecine et 6 lits en obstétrique.

Graphique n° 5 : Évolution du nombre de lits en MCO

Source : CRC à partir des données fournies par l'établissement

3.1.1.2 L'évolution des séjours : une augmentation globale de 5 % mais un recul en chirurgie (- 12 %) et obstétrique (- 15 %)

Le nombre de séjours a augmenté de 5 % entre 2016 et 2021, malgré la forte baisse observée en 2020 dans le contexte de crise sanitaire (- 7 % par rapport à 2019). La chute d'activité, attestée par la baisse du nombre de résumés de sortie anonymisés (RSA), a été particulièrement marquée durant les mois de mars, avril et mai 2020¹¹.

En 2021, le niveau de l'activité a connu un ressaut marqué (+ 6,6 % par rapport à son niveau de 2020), avec un nombre de séjours générés en MCO proche de celui enregistré en 2019 (près de 42 500 séjours en 2021). Il est à cet égard significatif de constater que le nombre de RSA a même excédé le niveau de 2019 durant les mois de mars (+ 0,7 % par rapport à mars 2019) et d'août (+ 1,6 % par rapport à août 2019) et, de manière plus significative encore, de juin (+ 5,3 % par rapport à juin 2019) et de décembre (+ 8,9 % par rapport à décembre 2019), attestant d'un réel regain d'activité et d'un véritable besoin de prise en charge.

Ce dynamisme de l'activité a été essentiellement tiré par les séjours en médecine, qui concentrent chaque année près de 80 % des séjours MCO de l'établissement, les séjours en chirurgie et plus encore en obstétrique décrochant sur la période.

L'hôpital Jacques Lacarin enregistre le plus grand nombre de séjours en médecine, en hospitalisation complète et à temps partiel, sur sa zone d'attractivité¹²: la part de sa patientèle sur ce territoire s'établissait ainsi, avant la crise sanitaire, à 70,5 % en 2019 contre respectivement 9,1 % pour le CHU de Clermont-Ferrand et 7,9 % pour la polyclinique de la Pergola, les deux autres principaux établissements de santé rayonnant sur le territoire (source : Hospidiag).

Les séjours de médecine ont augmenté de 10,4 % entre 2016 et 2021, pour atteindre plus de 34 000 séjours en 2021.

¹¹ Avec, respectivement, une diminution du nombre de RSA transmis de l'ordre de 20 %, 40 % et 30 % par rapport au nombre de RSA déclarés à la même période en 2019.

¹² La zone d'attractivité d'un établissement correspond, ici, au territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité, les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement. La zone d'attractivité diffère suivant les secteurs étudiés (médecine, chirurgie en hospitalisation complète, chirurgie en ambulatoire, obstétrique).

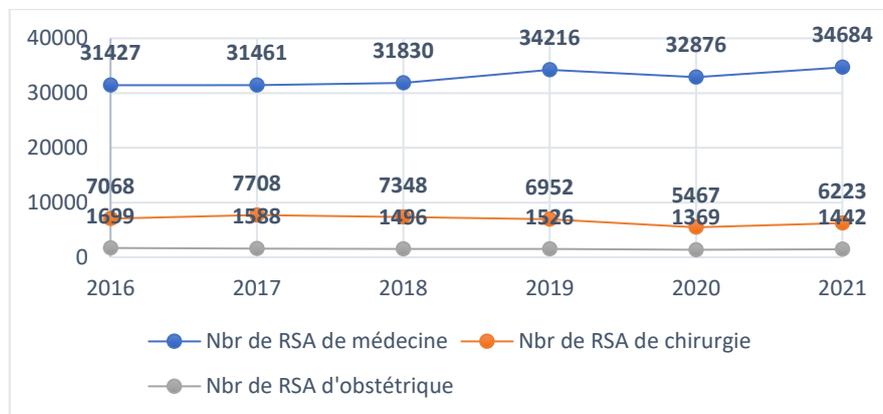
S'agissant de la chirurgie, l'établissement produit également, mais dans une moindre proportion, le plus grand nombre de séjours en hospitalisation complète sur sa zone d'attractivité. La part de la patientèle du CH de Vichy pour cette catégorie d'activité s'établissait à 45,8 % en 2019, contre 20,8 % pour la polyclinique de la Pergola et 12,9 % pour CHU de Clermont-Ferrand (source : Hospidiag).

L'activité de chirurgie a, en revanche, régressé de 12 % entre 2016 et 2021 (soit de l'ordre de 6 200 séjours en 2021). Le directeur a précisé que cette évolution se justifiait notamment par le départ de praticiens en urologie en 2018 et la reconstitution progressive de l'équipe à compter de 2022, d'une part, et le passage à 5 salles de bloc opératoires, au lieu de 6, dans le cadre de travaux engagés à compter du mois de mai 2021, d'autre part. Cette tendance a par ailleurs été accélérée par la crise sanitaire, avec une chute d'activité marquée de -21 % en 2020. Le Directeur a indiqué dans le cadre de la procédure contradictoire que l'activité chirurgicale enregistrait un rebond sur le premier quadrimestre de l'année 2023.

Dans le domaine de l'obstétrique enfin, l'hôpital de Vichy apparaît comme l'acteur de premier ordre (en hospitalisation complète et à temps partiel) sur sa zone d'attractivité. La part de sa patientèle dans cette discipline atteignait, avant crise sanitaire, quelque 84,2 % en 2019 quand celle du CHU de Clermont-Ferrand, en deuxième position sur ce territoire, ne dépassait pas 9,2% (source : Hospidiag).

Cependant, comme pour la chirurgie, le nombre de séjours en obstétrique a reculé de 15% sur la période de 2016 à 2021 (1 442 séjours en 2021).

Graphique n° 6 : Évolution du nombre de séjours en MCO



Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidiag

3.1.1.3 L'évolution en valeur

La valeur totale des séjours est demeurée relativement stable durant les 4 premières années de la période, oscillant entre 69 M€ et 71 M€, dans un contexte marqué par une hausse tendancielle du nombre de séjours valorisés.

Après avoir fortement chuté en 2020 (revenant à 64,7 M€, soit une baisse de 8,4 % par rapport au niveau de l'année précédente) sous l'effet, notamment, du recul du nombre de séjours valorisés, la valeur totale des séjours de MCO est repartie à la hausse pour atteindre près de 71,5 M€ en 2021.

Tableau n° 1 : Évolution de la valorisation de l'activité

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Montant de la valorisation (en €) *</i>	69 940 845	70 996 378	69 220 969	70 676 616	64 723 716	71 462 256
<i>Nbr de séjours valorisés</i>	39 620	40 177	40 177	42 289	39 302	41 992
<i>Valeur moyenne d'un séjour (en €)</i>	1 765	1 767	1 723	1 671	1 647	1 702

*La valorisation correspond ici à la base de remboursement servant au calcul du montant dû par l'Assurance maladie. Source : CRC à partir des données disponibles sur la plateforme e-pmsi de l'ATIH

3.1.2 L'efficacité de l'activité

Comme pour toute organisation mobilisant des financements publics, l'efficacité de l'activité hospitalière est un enjeu, d'autant plus important dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale et paramédicale.

L'hôpital doit ainsi répondre aux besoins en santé de son territoire, tout en optimisant les moyens à sa disposition. Cette optimisation se traduit par la maîtrise des durées moyennes de séjour, l'utilisation optimale du plateau technique et en particulier du bloc opératoire, ou encore par le développement d'autres formes de prise en charge (ambulatoire notamment).

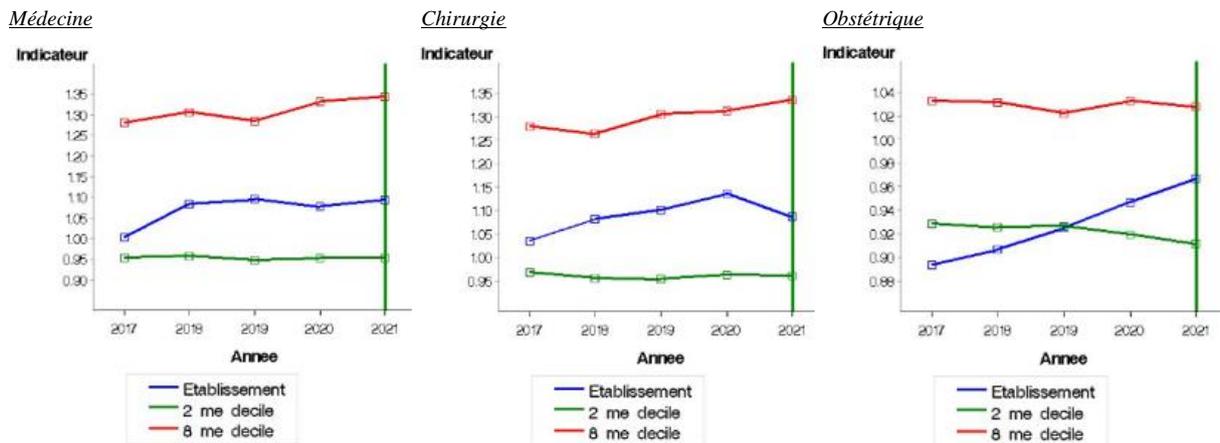
3.1.2.1 L'hospitalisation complète : des durées moyennes de séjours en augmentation

L'indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour, l'IP-DMS¹³, permet de comparer sur la base du « casemix »¹⁴ les durées moyennes de séjours de l'établissement, comparativement à des durées moyennes de séjour de référence. L'IP-DMS doit idéalement tendre vers 1, voire se situer en deçà de cette valeur.

Présentant en 2016 une performance à la moyenne (en médecine : 1,033) sinon meilleure (0,996 en chirurgie et 0,852 en obstétrique), les durées moyennes de séjours de l'hôpital Jacques Lacarin se sont nettement dégradées pour les trois disciplines entre 2016 et 2021.

¹³ L'IP-DMS est calculé de la manière suivante : nombre de journées réalisées en hospitalisation complète / nombre de journées théoriques en hospitalisation complète.

¹⁴ Le casemix correspond à l'éventail des cas traités.

Graphique n° 7 : Évolution comparée de l'IP-DMS du CHV et des établissements de même catégorie

Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20% d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20% d'établissements de même catégorie les moins performants. Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidiag.

L'IP-DMS en médecine a été supérieur à 1 sur la totalité de la période. Néanmoins, il se situait dans une moyenne convenable au regard des établissements de même catégorie¹⁵.

Très proches en début de période des valeurs observées pour les 20% des établissements les plus performants de sa catégorie, les durées moyennes de séjour en chirurgie du CH de Vichy ont connu une dégradation continue de 2016 à 2020. L'IP-DMS a ainsi excédé la valeur de 1 dès 2017, pour atteindre un point culminant en 2020 à 1,137. La tendance s'est toutefois nettement inversée en 2021 (IP-DMS de 1,087), même si l'indice demeure supérieur à 1¹⁶.

Présentant des valeurs très satisfaisantes (inférieure à 1 tout au long de la période) permettant à l'hôpital Jacques Lacarin d'être du nombre des 20% des établissements les plus performants de sa catégorie jusqu'en 2019, les durées moyennes de séjours en obstétrique n'ont toutefois pas cessé de s'allonger sur la période d'analyse, avec cependant une valeur continument en deçà de 1.

3.1.2.2 L'occupation des lits : des marges de progression relativement limitées

Les trois disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique, ont connu une réduction de leur capacité d'accueil sur la période sous revue (une trentaine de lits supprimés).

Dans ce contexte, les taux d'occupation des lits atteignent en fin de période des niveaux globalement satisfaisants. Ainsi, en 2021, ces derniers avoisinaient 90 % en médecine, 80 % en chirurgie et 75 % en obstétrique.

¹⁵ Avec une valeur de 1,095 en 2021 contre une valeur égale ou inférieure à 0,954 pour les 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants et un IPDMS de 1,344 pour les 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants (d'après Hospidiag).

¹⁶ La même année, les 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants disposaient d'un IP-DMS égal ou inférieur à 0,962 alors que les 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants affichaient un IP-DMS égal ou supérieur à 1,336 (source : Hospidiag).

Tableau n° 2 : Les taux d'occupation des lits par discipline

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine	Nbr de lits	239	237	239	234	224	229
	Taux d'occupation des lits (en %)	93,6	91,7	93,5	95,6	86,9	89,5
Chirurgie	Nbr de lits	81	68	79	79	58	66
	Taux d'occupation des lits (en %)	77,1	79,8	81,5	74,9	74	78,2
Obstétrique	Nbr de lits	24	24	18	18	18	18
	Taux d'occupation des lits (en %)	56,8	60,4	73,1	77,6	61,1	74,3

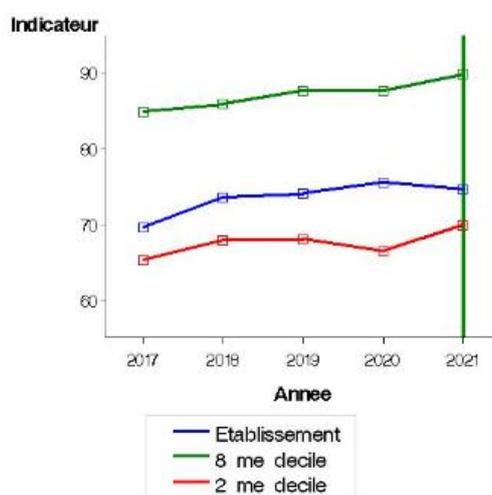
Source : CRC à partir des données fournies par l'établissement

3.1.2.3 Un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

Les séjours ambulatoires ont représenté entre 38 % et 41,5 % des séjours de chirurgie, durant les années 2016 à 2021 (source : Hospidiag).

La proportion de séjours en ambulatoire parmi les séjours susceptibles d'une telle prise en charge¹⁷ a progressé de façon modérée, passant de 69,61 % en 2016 à 74,69 % en 2021. Ce taux est très largement inférieur à celui enregistré par les 20 % d'établissements de la même catégorie les plus performants. Ce constat témoigne d'un potentiel de développement interne, en chirurgie, de l'activité ambulatoire.

Graphique n° 8 : Évolution comparée du taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire du CHV et des établissements de même catégorie



Lecture : le 8^{ème} décile correspond aux 20% d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 2^{ème} décile correspond aux 20% d'établissements de même catégorie les moins performants. Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidiag

¹⁷ L'indicateur P13 d'Hospidiag se fonde sur 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire et atteste du potentiel de développement de cette activité sur la base d'un taux calculé de la façon suivante : nombre de séjours ambulatoires réalisés et comportant au moins un acte se rapportant aux gestes marqueurs / nombre total de séjours réalisés comportant au moins un acte se rapportant aux gestes marqueurs.

Au surplus, la part de la patientèle de l'établissement traitée en chirurgie ambulatoire n'a cessé de se contracter depuis 2017, au bénéfice de la polyclinique de la Pergola qui a vu les siennes se renforcer sur la même aire géographique d'influence. En 2021, l'hôpital Jacques Lacarin enregistrait de l'ordre de 26 % de part de la patientèle en chirurgie ambulatoire, sur sa zone d'attractivité. Ce résultat plaçait alors l'établissement en deuxième position, loin derrière la polyclinique de la Pergola captant 47,6 % de part de patientèle (source : Hospidiag), écart marquant révélant le potentiel de développement externe de l'activité ambulatoire en chirurgie.

En ces termes, et ce d'autant plus que le projet d'établissement de 2019-2023 envisage de « *développer l'activité ambulatoire pour que celle-ci représente plus de 50 % de l'activité chirurgicale [...]* », le centre hospitalier doit tendre à renforcer la proportion de prise en charge réalisées en chirurgie ambulatoire.

3.1.2.4 Une organisation médico-technique optimisée

Le nombre de points d'indice de coût relatif (ICR)¹⁸, déterminé par salle d'intervention chirurgicale, permet de mesurer le niveau de mobilisation du plateau technique opératoire d'un établissement.

Les données relevées pour le centre hospitalier de Vichy le placent depuis 2017 – avec ses 6 salles d'intervention chirurgicale - dans les 20% d'établissements de même catégorie les plus performants en ce domaine. L'établissement comptabilisait ainsi 353 561 ICR par salle d'intervention en 2021, pour un niveau moyen d'ICR supérieur ou égal à 305 753 constaté pour les 20% d'établissements de même catégorie les plus performants.

La bonne tenue de cet indicateur atteste d'une pleine utilisation des salles de bloc opératoire au sein de l'établissement vichyssois.

Par ailleurs, le nombre d'examens de biologie par technicien se rapprochait en 2021, avec 41 597 examens, de celui des 20 % d'établissements de même catégorie qui enregistraient les meilleurs ratios durant cette même année (soit un ratio supérieur ou à égal 47 628 examens en 2021). Ce constat met en évidence un niveau tout à fait satisfaisant de productivité du personnel de laboratoire du centre hospitalier.

3.2 Les autres activités

3.2.1 Les urgences : des passages en baisse de 6 % du fait de la crise sanitaire

Le nombre de passages aux urgences a reculé de 6 % entre 2019 et 2021 sous l'effet net de la crise sanitaire¹⁹.

¹⁸ L'ICR correspond à l'unité d'œuvre comptable relative aux actes médicotéchniques. Il indique la mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à la réalisation de chaque acte de la Classification commune des actes médicaux. L'ICR est qualifié de « relatif » dans la mesure où la réalisation d'un acte ayant un ICR de 200 consomme en moyenne deux fois plus de ressources que celle d'un acte dont l'ICR est de 100 (source : glossaire du portail Scansanté de l'ATIH).

¹⁹ -13,3% de passage en 2020 ; regain de + 8,5 % en 2021.

Représentant près de 30 % de l'activité des urgences, les passages suivis d'une hospitalisation ont enregistré la baisse la plus marquée sur la période (- 8,7 %), avec deux exercices négatifs successifs (- 6,9 % en 2020 et - 5,7 % en 2021).

S'agissant des passages non suivis d'une hospitalisation, la chute de 16 % observée en 2020 a été en grande partie compensée par la reprise enregistrée en 2021 (+ 15,4 %).

Tableau n° 3 : Le nombre de passages aux urgences

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2016/2021
Nbr de passages suivis d'une hospitalisation	9 571	9 858	9 773	9 949	9 266	8 742	- 8,7 %
Evolution annuelle		3,0 %	- 0,9 %	1,8 %	- 6,9 %	- 5,7 %	
Nbr de passages non suivis d'une hospitalisation	23 240	23 473	22 683	22 981	19 287	22 252	- 4,3%
Evolution annuelle		1,0 %	- 3,4 %	1,3%	- 16,1 %	15,4 %	
Nbr total de passages aux urgences	32 811	33 331	32 456	32 930	28 553	30 994	- 5,5 %

Source : CRC à partir des données fournies par l'établissement

Si la tendance baissière du nombre de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation peut être considérée comme corrélée à de la surmortalité enregistrée en 2020, elle constitue aussi un point de vigilance dans la mesure où elle pourrait traduire des retards de prise en charge.

3.2.2 L'hospitalisation à domicile : une activité en progression depuis la crise sanitaire

Dans le contexte de la crise sanitaire, l'hospitalisation à domicile (HAD) a offert une alternative à l'hospitalisation dans les murs du centre hospitalier. Cette modalité de prise en charge s'est de fait fortement développée, après avoir connu une relative stabilité de 2016 à 2019.

Tableau n° 4 : Evolution de l'activité d'HAD

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2016/2021
Nbr de patients	329	325	314	338	395	421	28 %
Nb de journées de prise en charge	16 801	15 375	14 295	15 516	18 854	18 795	12 %

Source : CRC à partir des données de l'ATIH

Le nombre de patients pris en charge en HAD a ainsi progressé de près de 30 % entre 2016 et 2021 avec une accélération sur la fin de période, marquée par trois exercices successifs en nette augmentation (+ 7,6 % en 2019, + 17 % en 2020 et + 6,6 % en 2021). La même tendance est observable pour le nombre de journées de prise en charge, qui a augmenté de 12 %

sur la période de contrôle (avec une accélération en 2020 : 18 854 journées soit + 21,5 % par rapport à 2019).

3.2.3 L'hospitalisation en SSR et en USLD

Avec près de 23 000 séjours en 2021, l'activité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SRR) a diminué de 2,7 % sur la période de contrôle. Après avoir enregistré une hausse de 5 % en 2019, succédant à plusieurs exercices de stabilité, l'activité de SSR a en effet reculé en 2020 (- 4,3 %) puis de nouveau en 2021 (- 5,3 %).

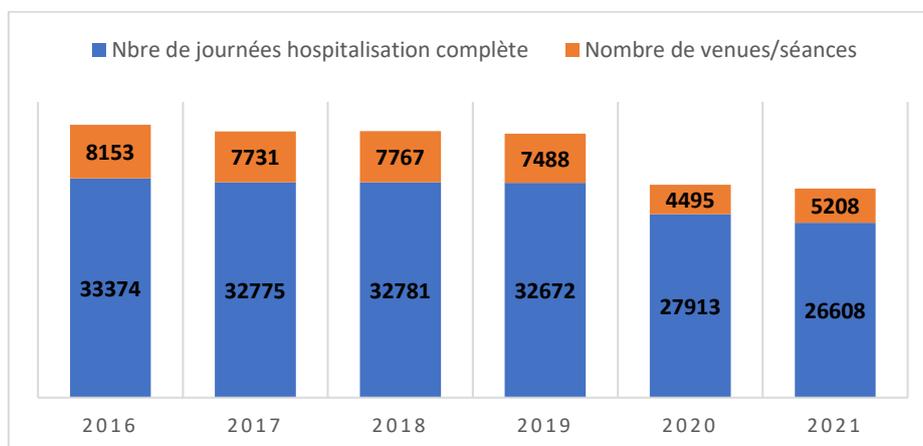
Le nombre de journées d'hospitalisation en unité de soins de longue durée (USLD) est resté relativement stable durant la période de 2016 à 2020, de l'ordre de 40 000/41 000 journées, mais a connu une érosion marquée en 2021 avec un peu moins de 37 000 journées, soit - 11 % par rapport à 2020. Ce retrait d'activité trouve son origine, notamment, dans la diminution de la capacité d'accueil consacrée à ce type de prise en charge, réduction capacitaire survenue en toute fin de période (de 115 lits à 105 lits en 2021).

3.2.4 La psychiatrie : une activité affectée par la crise sanitaire

Le nombre de journées d'hospitalisation complète a baissé de 19 % entre 2019 et 2021 avec une chute marquée de l'activité à compter de l'année 2020 (- 14,7 % par rapport à 2019), qui s'est poursuivie en 2021 (- 4,7 %). Le taux d'occupation des lits s'est en conséquence fortement dégradé, reculant de 82,4 % en 2017 (date de la dernière réduction de capacité en lits) à 67 % en 2021.

De même, le nombre de venues/séances a enregistré une baisse encore plus significative, de quelque 30 % entre 2019 et 2021, avec un décrochage très net observé en 2020 (- 40 % d'activité). Si une remontée s'esquisse en 2021 (+ 16 %), l'activité est toutefois loin d'atteindre son niveau d'avant crise.

Graphique n° 9 : Evolution de l'activité de psychiatrie



Source : CRC à partir des données des rapports d'activité produits par le CH de Vichy

Enfin, après être restée relativement stable, la file active totale – qui correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année – a nettement fléchi en 2020 (avec 3 073 patients vus, contre 3 332 patients vus l'année précédente). Mais elle a retrouvé son niveau initial dès l'année 2021 (cet indicateur étant déterminant de l'appréciation du niveau de prise en charge psychiatrique de la population).

La baisse, tant des hospitalisations complètes que des prises en charge ambulatoires, imparfaitement compensée par une file active retrouvant son niveau d'avant crise dès l'année 2021, doit constituer un point d'alerte pour l'établissement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Dans un contexte de baisse des capacités d'hospitalisation dans toutes les disciplines (- 30 lits, dont 15 pour la chirurgie et 10 pour la médecine), l'activité médecine-chirurgie-obstétrique de l'établissement a crû de 5% sur la période de contrôle, malgré un repli important de l'activité enregistré en 2020.

Toutefois cette évolution globale masque de nettes disparités. Ainsi, l'activité de médecine a progressé (+ 10,4% entre 2016 et 2021). Mais il n'en va pas de même pour les disciplines de chirurgie (- 12 % entre 2016 et 2021), et plus encore d'obstétrique (- 15 % entre 2016 et 2021) dont le mouvement de baisse, relevé dès 2018, s'est accéléré avec la crise sanitaire. En conséquence d'un retrait d'activité marqué en 2020 (- 21,5 % pour la chirurgie ; - 10 % en obstétrique), non rattrapé par le regain d'activité de l'année en 2021 (+ 14 % pour la chirurgie et + 5,3 % pour l'obstétrique). Le directeur a néanmoins indiqué que l'activité de chirurgie enregistrait un rebond sur les tous premiers mois de l'année 2023.

La pandémie a eu d'autres conséquences notables sur l'activité, favorisant en particulier le développement de l'hospitalisation à domicile (+ 25 % de patients entre 2019 et 2021), tendance confortée en 2021. Elle est également à l'origine d'une chute – qui doit interroger l'établissement - de l'activité de psychiatrie (- 19 % d'hospitalisation et - 30 % de séances entre 2019 et 2021) et dans une moindre mesure de celle des urgences (- 6 % entre 2019 et 2021 dont - 8,7 % de passages suivis d'une hospitalisation).

S'agissant de son efficience, l'hôpital Jacques Lacarin présentait au terme de la période sous revue plusieurs marges de progression. En premier lieu, tout en conservant des valeurs convenables, les durées moyennes de séjour enregistrent un décrochage dans l'ensemble des disciplines dès 2018, phénomène conforté par la crise sanitaire. L'activité chirurgicale est plus particulièrement concernée. La durée moyenne de séjour dans cette discipline, en hospitalisation complète, dépasse en effet nettement les durées moyennes des établissements de même catégorie de référence. Les indicateurs d'activité témoignent aussi d'un réel potentiel de développement de l'activité ambulatoire en chirurgie, aussi bien en interne – par la mutation de prises en charge aujourd'hui assurées dans le cadre d'une hospitalisation complète – qu'en externe – par l'accueil, notamment, d'une part de la patientèle captée par la clinique la plus proche, la Pergola.

4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Chaque année l'ordonnateur présente aux instances représentatives du personnel, le bilan social concernant le personnel médical et celui intéressant le personnel non médical (CME, CTE), conformément au décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012²⁰. Les données sociales et leur évolution y sont analysées et mises en regard avec le projet social intégré au projet d'établissement.

4.1 Les axes stratégiques de la politique de ressources humaines

Le projet social en cours de développement au sein du CH de Vichy couvre la période de 2019 à 2023 ; il a été élaboré à l'occasion du renouvellement du projet d'établissement.

Centré sur les enjeux de qualité de vie au travail, le projet social est articulé autour de deux axes « favoriser le bien-être au travail » (I) et « agir pour limiter la pénibilité au travail » (II). Le premier axe comporte plusieurs actions comme l'augmentation des solutions de remplacements pour limiter les rappels sur repos, la systématisation des réunions de service, l'organisation d'événements fédérateurs ou encore la mise en place de consultations par la psychologue du travail pour prévenir les risques de surmenage.

Le deuxième axe, relatif aux enjeux de pénibilité des métiers, développe des réponses matérielles et ergonomiques à travers un recensement des équipements nécessaires à la mobilisation des patients, l'installation de rails au plafond pour les services de gériatrie ou encore la diffusion des bonnes pratiques sur les postures (formations ambulantes dans les services). Le déploiement d'une politique de mobilité interne, l'adaptation de la charge de travail pour les femmes enceintes, ainsi que les mesures d'accompagnement des cadres de proximité font également partie du panel d'actions envisagées.

Les lignes directrices de gestion²¹, adoptées pour la période 2021-2023 au CH de Vichy, sont venues compléter les axes du projet social. Elaborées entre septembre 2020 et mars 2021, ces lignes directrices mettent l'accent sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences par l'adaptation des compétences à l'évolution des métiers (identification des besoins de formation, recensement des compétences des agents...), la facilitation des parcours professionnels (bourse aux postes en interne...) et les actions de maintien dans l'emploi. Les enjeux d'optimisation des processus de recrutement, d'attractivité ou encore d'égalité femme-homme (dispositif de signalement de violences sexistes et sexuelles, formation sur les stéréotypes de genre...) sont également présents.

²⁰ Décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 portant modification du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics.

²¹ Prévues par la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

4.2 L'organisation de la fonction de gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines du centre hospitalier de Vichy est partagée, classiquement, entre la direction des ressources humaines et des relations sociales (DRHRS) chargée de la gestion du personnel non médical et la direction des affaires médicales (DAM) pour la gestion du personnel médical.

La première direction assure la gestion de 1 730 personnels non médicaux (PNM). Elle est organisée en trois secteurs (gestion des carrières, paie et formation), outre une cellule transversale en charge de la gestion et du suivi du temps de travail. Elle assure également la gestion de la paie et des formations pour les personnels médicaux (PM).

La DRHRS partage la fonction de gestion des ressources humaines avec les pôles et services fonctionnels dans le cadre d'une délégation de gestion²², dont les deux dimensions sont précisées dans les contrats de pôle (2021-2024). La délégation, récemment renforcée en 2022, concerne d'une part la gestion d'une enveloppe de formation, dans la limite de laquelle le pôle élabore un plan de formation continue annuel, et d'autre part la gestion de l'absentéisme du personnel non médical dans le respect d'un volume d'ETP à l'année, à travers plusieurs leviers mobilisables (heures supplémentaires, équipes internalisées de remplaçants, enveloppes de remplacement pour des recrues ponctuelles extérieures).

Pour animer la délégation de gestion, des points hebdomadaires se tiennent entre la DRHRS et les pôles cliniques et médico-techniques sur la base d'outils de pilotage partagé.

La direction des affaires médicales assure quant à elle l'intégralité de la gestion administrative des effectifs médicaux, à l'exception de la paie et des formations.

4.3 Le personnel non médical

4.3.1 Les accords du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 et le plan de soutien à l'attractivité

4.3.1.1 Le dialogue social, condition des soutiens financiers

Ayant pour objectif de renforcer l'attractivité des métiers et de reconnaître l'engagement des professionnels de santé, l'accord du 13 juillet 2020²³ dit « accord de Ségur » a été adopté en 2020 dans le prolongement de la première vague de la crise sanitaire.

²² La délégation de gestion concerne plus spécifiquement le pôle médical 1 ; le pôle médical 2 ; le pôle chirurgical ; la psychiatrie ; le pôle réadaptation et gériatrie ; le pôle médico-technique ; la crèche halte-garderie ; le PTAL ; le bureau des entrées.

²³ Cet accord a été signé entre le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, la majorité des organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière et la fédération hospitalière de France (FHF).

Il prévoyait une augmentation des rémunérations (complément de traitement indiciaire²⁴ et revalorisation des grilles²⁵), et comportait également des mesures visant à sécuriser les organisations de travail pour une meilleure conciliation de la vie professionnelle et personnelle des soignants (possibilité d'abaisser la durée du repos quotidien à 11h, annualisation du temps de travail, rénovation du forfait-jours, appui aux politiques de suppléance...).

En complément de cet accord, 15 000 emplois supplémentaires sur 3 ans ciblés sur les métiers en tension (infirmiers et aides-soignants notamment) sont prévus, dont la moitié pourvue par la voie de la réalisation d'heures supplémentaires. Enfin, un soutien financier de 160 M€ sur 3 ans a été consenti au titre du déploiement d'un plan de titularisation des personnels contractuels.

Le financement de certaines mesures, plus spécifiquement celles en lien avec les organisations de travail²⁶, a été conditionné à la conclusion d'un accord local majoritaire. Pour les autres actions, si aucun formalisme n'a été exigé, la signature d'un accord avec au moins une organisation syndicale était recommandée.

4.3.1.2 Près de 2 M€ obtenus malgré l'absence d'accord local

Par courrier du 4 novembre 2021, L'agence régionale de santé a notifié à l'hôpital de Vichy une première enveloppe de 492 000 € pour 2021 sous réserve de l'attestation, a minima, d'une invitation à l'ouverture de négociations syndicales. L'ARS a également précisé, dans ce même courrier, que le bénéfice des financements 2022 serait conditionné à la production d'accords locaux signés durant cette même année.

Dans cette perspective, le directeur général du CH Jacques Lacarin a sollicité les organisations syndicales par un courrier daté du 8 novembre 2021 en vue de l'ouverture de négociations dans le cadre du plan de soutien à l'attractivité, ouverture de négociations que les syndicats ont refusée par courrier du 26 novembre 2021.

Malgré un dialogue social tendu, se traduisant par le refus des organisations syndicales de siéger dans les instances depuis le mois de mai 2022 et l'absence de signature d'un accord local enregistré durant cette même année, l'établissement de Vichy s'est engagé dans différents chantiers s'inscrivant dans les objectifs des accords du Ségur de la santé : renforcement des équipes de remplacement existantes et création d'une équipe sur métiers spécifiques ; création de postes d'infirmier en pratique avancée ; politique de titularisation amplifiée....

Ces projets, portés à la connaissance de l'ARS par courrier du 13 octobre 2022, ont permis à l'hôpital Jacques Lacarin d'obtenir un abondement de crédits de près de 1,541 M€ pour l'année 2022. L'hôpital de Vichy a ainsi pu bénéficier de près de 2 M€, sur deux ans, pour soutenir l'attractivité des métiers du personnel soignant, malgré l'absence de signature localement de quelque accord avec les organisations syndicales.

²⁴ Ce complément de traitement indiciaire s'élève à 183 € nets par mois et a été versé dès le mois de décembre 2020 à l'ensemble des personnels des établissements de santé.

²⁵ Cette revalorisation appliquée à compter du 1^{er} octobre 2021 concernait les grilles indiciaires des corps des filières soignante, médico-technique et de rééducation de la fonction publique hospitalière.

²⁶ Sont ici concernées les mesures d'annualisation du temps de travail, d'abaissement à 11h du repos quotidien ou encore l'élaboration de chartes de fonctionnement des pools de remplacement.

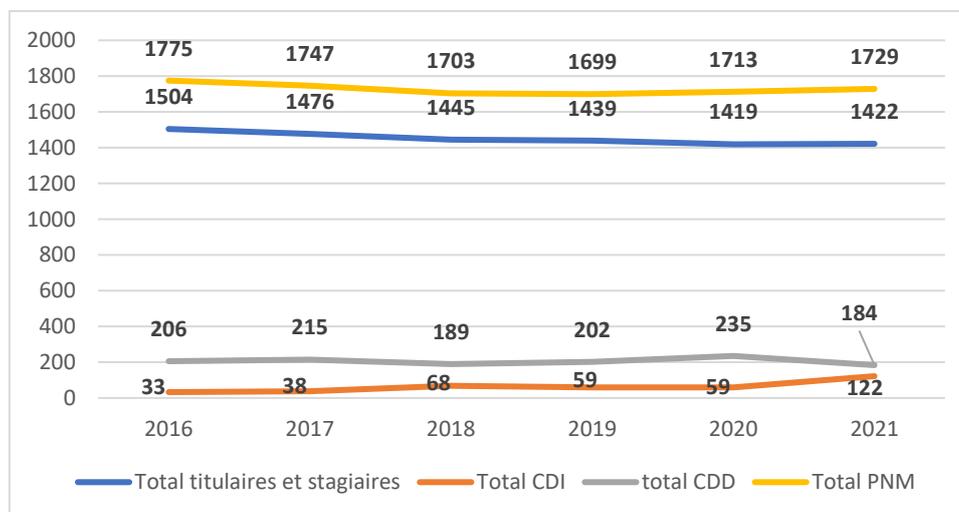
4.3.2 Les effectifs du personnel non médical

4.3.2.1 Des effectifs en baisse de 2,6 % sur la période, malgré une remontée à partir de 2020 dans le contexte de crise sanitaire

Les effectifs du personnel non médical du centre hospitalier de Vichy (incluant l'ensemble des budgets hors celui de l'EHPAD)²⁷ se montent à près de 1729 emplois équivalents temps plein moyen (ETPM) sur l'année en 2021. Ils sont composés à près de 73 % de personnels soignants, mais également de personnels administratifs (11 % des effectifs), médico-techniques (4,3 % des effectifs), et techniques et ouvriers (11,7 % des effectifs).

La proportion d'agents titulaires ou stagiaires de la fonction publique, majoritaire au sein de l'effectif (82% en 2021), a connu une nette diminution sur la période de contrôle (- 5,5 % entre 2016 et 2021), avec une proportion d'agents contractuels progressant de 13,4% à 17,7 % dans le même temps. A noter cependant une augmentation sensible des embauches en CDI, qui ont quadruplé sur la fin de période (de 1,8 % à 7 %) à la faveur d'un mouvement de déprécarisation engagé sur l'ensemble des filières, dans le cadre du plan de soutien à l'attractivité des accords du Ségur. L'accélération des mises en stage observées sur l'année 2022 (+52%), qui s'inscrivent également dans le cadre du même plan, devrait se traduire à terme par une remontée de la proportion des personnels titulaires et stagiaires sur les exercices à venir.

Graphique n° 10 : Évolution des effectifs du personnel non médical en ETPR moyens sur l'année



Source : bilans sociaux de l'établissement

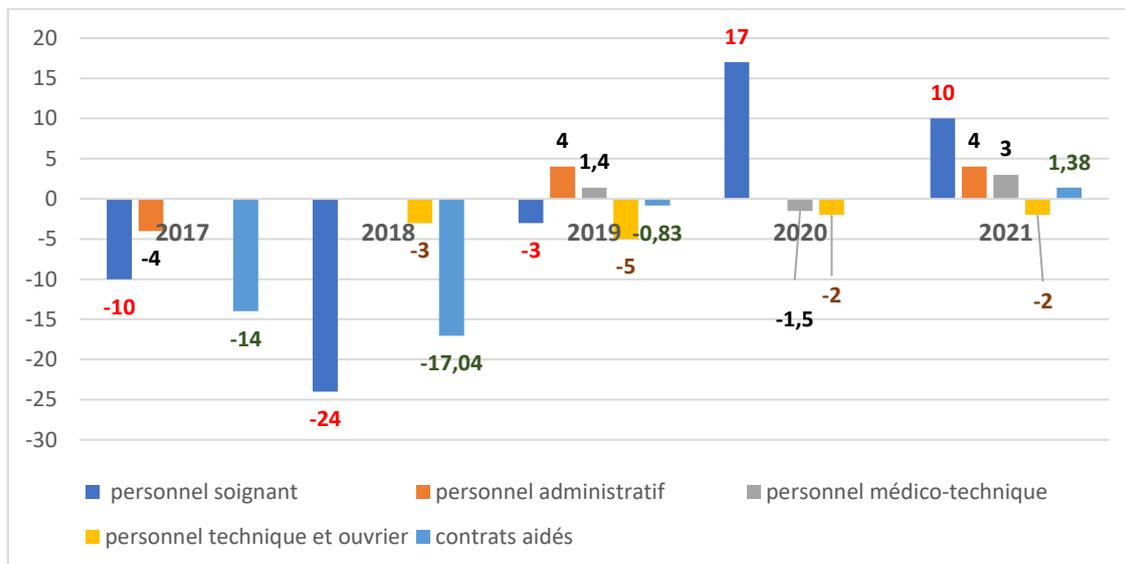
Durant la période sous revue, les effectifs des personnels non médicaux ont diminué de 46,6 ETP, soit - 2,6 % de 2016 à 2021. Très forte en début de période (-4,3 %), à la faveur des

²⁷ L'EPADH du CHV a été transféré au 1^{er} juillet 2019 au groupe SAGESS. Sur les 33 agents de l'EPADH, 5 ont rejoint le groupe SAGESS, un agent a pris une disponibilité pour convenances personnelles, un agent a été détaché auprès du groupe SAGESS et 26 agents ont été redéployés sur le CHV.

réorganisations des cycles de travail en 12h00, la baisse des effectifs a été continue jusqu'en 2019 (près de - 76 ETP entre 2016 et 2019 dont 38 ETP de personnels soignants).

Les effectifs ont ensuite augmenté sur la fin de période (+ 30 ETP entre 2019 et 2021), principalement chez les soignants (+ 26 ETP), pour faire face aux besoins de renforts dans les équipes accentués par la crise sanitaire. Selon les données disponibles, la progression des effectifs doit se poursuivre en 2022, à la faveur des recrutements engagés pour la mise en place de nouvelles équipes de remplacements spécialisées à l'échelle de l'établissement (cf. infra).

Graphique n° 11 : Variation annuelle des emplois en équivalent temps plein moyens rémunérés entre 2016 et 2021 par filière, tous statuts confondus



Source : d'après les données des bilans sociaux et de la DRHRS

Cette évolution discontinue des effectifs, observée entre 2016 et 2021, est en relation avec la diminution marquée des emplois en début de période, mouvement de baisse qui n'a pas résisté à la crise sanitaire et à la croissance d'activité en médecine. La réduction des effectifs a dû ainsi être compensée par la création d'emplois et des embauches dès l'année 2020.

4.3.2.2 Des outils de suivi des effectifs et de la masse salariale précis et complets

Des effectifs-cibles sont arrêtés par l'établissement sur la base de maquettes organisationnelles définies par l'encadrement de proximité et de niveau supérieur des services. Ces maquettes, validées dans le cadre du comité technique de l'établissement (CTE), permettent de définir le tableau des emplois permanents sur la base duquel sont suivis les effectifs-cibles par pôle ou service.

Le centre hospitalier de Vichy a mis en place en 2022 des tableaux de bord complets et précis à destination de la direction générale et des pôles, délégataires de gestion, pour assurer un suivi infra-annuel renforcé des effectifs et de la masse salariale. La délégation de gestion, qui résidait jusqu'alors en une simple animation des enveloppes de remplacements a, en effet, été élargie au pilotage d'un volume d'ETP à l'année.

Ces tableaux de bord permettent désormais de suivre mensuellement plusieurs niveaux d'indicateurs : consommation des effectifs permanents et de l'enveloppe de remplacements ; dépenses d'intérim ; heures supplémentaires ou encore taux mensuel d'absentéisme.

Le suivi de la délégation de gestion s'effectue, en outre, dans le cadre de réunions hebdomadaires entre d'une part, la direction des ressources humaines et des relations sociales et d'autre part, les pôles d'activité clinique et médico-technique. Les données de suivi des pôles sont enfin agrégées dans un tableau de bord mensuel à destination de la direction, qui peut également suivre le niveau de consommation mensuel de la masse salariale au regard des sommes inscrites à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

Ces outils complets, régulièrement renseignés et mis à jour, permettent un suivi fin des effectifs et de la masse salariale des personnels non médicaux au niveau de l'établissement.

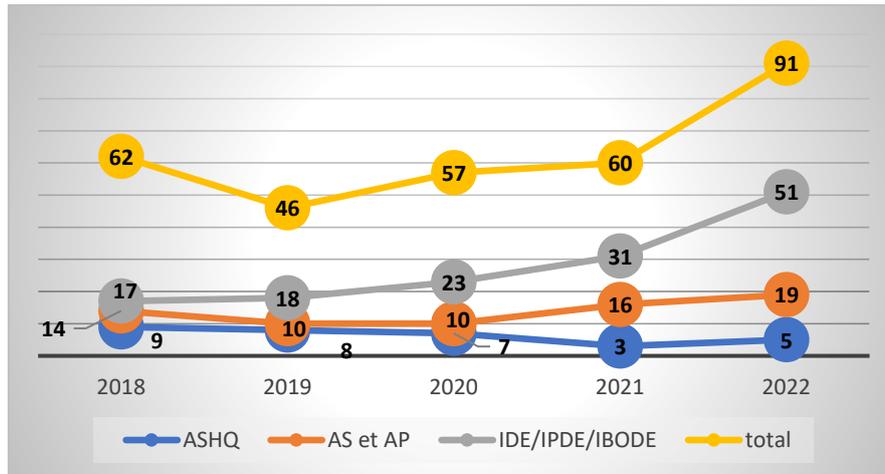
4.3.3 La politique de recrutement et d'attractivité

Comme la plupart des établissements de santé, le centre hospitalier de Vichy rencontre des difficultés de recrutement pour les emplois d'aides-soignants et d'infirmiers, connaissant aussi une tension particulière pour les manipulateurs radios. Selon le directeur de l'établissement, les difficultés ont été amplifiées en 2018 en conséquence de la création de la plateforme d'orientation Parcours Sup, conduisant à l'inscription de nombreux étudiants non-originaires de l'Allier à l'IFSI de Vichy et n'ayant pas l'intention de s'installer sur le territoire.

Les actions engagées par l'établissement pour favoriser l'attractivité des emplois ont été déployées essentiellement en toute fin de période, dans le cadre du plan de soutien à l'attractivité résultant des accords du Ségur de la santé.

Elles visent à fidéliser les nouvelles recrues, par embauches directes sur contrat en durée indéterminée et par l'accélération des mises en stages des personnels contractuels (effectives au bout de 6 mois suite à l'embauche en CDI). Après avoir enregistré un recul marqué de 2018 à 2019 (-26 %), les mises en stages ont en effet connu une forte accélération entre 2021 et 2022 (+ 52 %), plus particulièrement pour les infirmiers et aides-soignants. Le ratio d'agents mis en stage au regard du nombre d'agents stagiaires a ainsi progressé de 52 % à 65 % de 2018 à 2022.

Ces mesures ont fait l'objet d'un accompagnement financier dans le cadre du plan de soutien à l'attractivité.

Graphique n° 12 : Evolution des mises en stage 2018/2022 en fonction des filières²⁸

Source : d'après les données du CH de Vichy

4.3.4 Le temps de travail

4.3.4.1 Un guide du temps de travail lacunaire et obsolète

Lors de la mise en place des 35 heures en 2002, aucun accord n'avait été adopté au plan local au sein du centre hospitalier de Vichy. Un guide du temps de travail a été cependant élaboré en 2013, pour le seul personnel non médical. Toujours en vigueur au sein de l'établissement, où il tient lieu d'accord local, ce document interne appelle plusieurs remarques et observations.

Tout d'abord, il n'a jamais été actualisé et comporte peu de références textuelles. De nombreux items et définitions essentiels font également défaut : il en va ainsi de la définition du temps de travail effectif (s'agissant notamment des questions d'habillage/déshabillage, des temps de pause, des temps de restauration), de la distinction entre agents en repos fixe ou variable, des modalités de réalisation des heures supplémentaires, ou encore des différents cycles de travail existants au sein de l'établissement.

Par ailleurs, ce guide du temps de travail comporte diverses dispositions illégales. C'est notamment le cas du bénéfice accordé aux agents partant en retraite de l'intégralité des congés de l'année, même s'ils n'ont pas entièrement accompli les périodes de travail y ouvrant droit²⁹. De la même façon quand elles sont précisées, les durées annuelles de travail ne sont pas parfaitement réglementaires : le personnel de nuit est ainsi soumis à un temps de travail annuel de 1456 h 30 contre 1476 heures prévues par les textes³⁰. Quant aux modalités de prise en compte de la journée de solidarité, à savoir le décompte d'une minute par agent tous les jours

²⁸ Agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ), les auxiliaires de soins (AS et AP), infirmiers diplômés d'État (IDE), infirmiers puériculteurs diplômés d'État (IPDE), infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État (IBODE).

²⁹ Cette disposition figure page 5 du règlement du temps de travail : « les agents partant en retraite en cours d'année bénéficient de la totalité des jours de congé ».

³⁰ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007.

de l'année, elles sont plus théoriques qu'effectives en l'absence de système automatisé de contrôle du temps de travail.

En marge de ce qui est prévu au guide de 2013, différentes pratiques locales irrégulières ont été identifiées en matière de temps de travail. Il en va ainsi, en particulier, de la procédure dite de « régularisation des jours de grèves ». Ainsi, lorsqu'un agent de l'établissement est en grève, il est tenu de renseigner un formulaire transmis par la DRHRS qui lui offre cinq possibilités quant à la comptabilisation de son absence.

Il peut ainsi soit demander :

- la retenue intégrale sur salaire ;
- la retenue intégrale sur récupération ;
- la retenue sur congé annuel ;
- la retenue sur les jours de réduction du temps de travail (RTT) ;
- une retenue de 50% sur le salaire ou de 50% sur les RTT ;
- à s'engager à effectuer les heures dues, s'il ne dispose pas de récupération, de jours de congés ou de RTT.

Cette procédure prévoit également que les heures d'information syndicale (soit une heure générée chaque mois) sont à déduire du temps d'absence pour grève.

Tableau n° 5 : Heures de grèves annuelles au CH de Vichy

	2019	2020	2021
<i>personnels non médicaux</i>	10224 heures soit 6,3 ETP	2016 heures soit 1,3 ETP	1752 heures soit 1,1 ETP
<i>personnels médicaux</i>		137 heures	290 heures

Source : bilans sociaux de l'établissement

Conscient des insuffisances du guide actuel, le directeur de l'hôpital a entrepris la formalisation d'un nouveau guide du temps de travail des personnels non médicaux, démarche à laquelle la chambre ne peut que souscrire et encourager, en vue notamment d'intégrer les dispositions législatives et réglementaires en vigueur (y compris en leurs évolutions récentes).

Dans sa réponse, l'ordonnateur a souhaité porter à la connaissance de la chambre la tension sociale très forte alimentée par le projet de guide du temps de travail en cours de préparation.

Recommandation n° 1 : Elaborer un guide complet du temps de travail pour les personnels non médicaux, incluant les références textuelles les plus récentes et mettant fin aux pratiques irrégulières.

4.3.4.2 Les cycles de travail et l'importance des dérogations en 12 heures

Des réorganisations, engagées pour les premières au début de l'année 2018, ont conduit à développer des cycles de travail en 12 heures au sein des services de soins. Au 31 décembre

2021, plusieurs services du pôle médical³¹, du pôle chirurgie³² et du pôle femme-enfant étaient concernés.

La mise en place de ces cycles dérogoires, précédée de la consultation du personnel, a été conditionnée à l'acceptation par vote d'une majorité des agents. Largement approuvés³³ par les agents des services de soins, les cycles horaires en 12 heures ont significativement augmenté sur la période de contrôle, évoluant de 9 % des effectifs non médicaux en 2016 (soit 13 % des effectifs soignants) à 28 % en 2021 (soit 40 % des effectifs soignants). Ces ratios situent l'hôpital Jacques Lacarin, bien au-dessus de la médiane, qui s'établissait en 2020 à 17,2 % des personnels non médicaux, intéressant les établissements de sa catégorie d'après les données de l'ATIH³⁴. Ce ratio devrait encore croître dès lors que le CH de Vichy a engagé, au printemps 2022, l'assujettissement aux cycles de 12 heures du pôle métabolique pour les infirmiers et aides-soignants.

Ces réorganisations conduisent à une présence sur site des agents par période plus longue et plus intense, mais plus limitée sur la semaine à raison de 2 à 4 journées hebdomadaires de travail, selon les roulements organisés dans les services. Les agents bénéficient ainsi, pour deux journées travaillées en 12 heures, de deux jours de repos compensateurs, en sus des deux jours de repos hebdomadaires.

Tableau n° 6 : Illustration d'un roulement théorique sur deux semaines en cycle horaire de 12h00

	<i>lundi</i>	Mardi	mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	<i>dimanche</i>
<i>Semaine 1</i>	12h00	12h00	Repos Hebdo	Repos Hebdo	Repos compensateur	12h00	Repos compensateur
<i>Semaine 2</i>	Repos compensateur	Repos compensateur	12h00	12h00	12h00	Repos hebdo	Repos hebdo

Source : d'après les données du CH de Vichy

La refonte des cycles de travail a également, permis de dégager des marges de d'importance en termes de masse salariale, par la suppression corrélative de plusieurs dizaines d'emplois ETP en 2018 (près de 40 ETP entre 2016 et 2019 sur le personnel soignant). A noter toutefois que, les dernières réorganisations engagées en 2022 sur le pôle métabolique ne se sont pas accompagnées, au contraire des précédentes, par des suppressions d'effectifs, et ce dans le souci de faciliter l'auto-remplacement en cas d'absentéisme ou de départs en formation.

Bien qu'ayant reçu l'assentiment des personnels concernés pour lesquels elle représente un réel facteur d'attractivité, dans un environnement de concurrence marquée, cette modalité d'organisation des cycles de travail n'en pas sans incidences sur les conditions de travail³⁵ : augmentation des erreurs ; hausse des accidents de travail ; augmentation des troubles

³¹ Cardiologie, PTIC, réanimation-soins continus, neurologie, pneumologie, urgences...

³² Chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie polyvalente, gastro-entérologie.

³³ La consultation engagée en 2022 pour la réorganisation des services hémodialyse/AURA/ maladies métaboliques a été approuvée par 84 % des effectifs des services.

³⁴ Analyse 2020 des bilans sociaux des établissements publics de santé par l'ATIH.

³⁵ Il a également été constaté que les agents exposés à ces horaires doivent réaliser un arbitrage entre leur santé et leur disponibilité familiale souvent au détriment de leur santé. Au regard de ces constats, l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) recommande de ne recourir à ces organisations qu'en cas d'absolue nécessité

musculosquelettiques... Elle facilite aussi les situations de cumul d'emplois. Sur le plan physiologique, il n'est pas exclu que des cycles de travail plus longs soient plus difficiles à supporter sur le long terme, et de moins en moins adaptés avec l'avancement en âge des professionnels. Par ailleurs, la suppression d'effectifs qui a accompagné les premiers déploiements a affecté l'organisation des remplacements, ces derniers reposant désormais sur un nombre plus restreint d'agents et engendrant mécaniquement une augmentation des rappels sur repos (cf. infra).

L'option de cycles de travail de 12 heures nécessite en conséquence, à l'estime de la chambre, une évaluation rigoureuse de ses conséquences, tant en termes de santé des personnels que de sécurité des soins et qualité des prises en charge, évaluation qui n'a pas encore été engagée après plusieurs années désormais de mise en œuvre, par-delà un premier bilan mené à six mois de pratique par chaque service.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que la mise en place d'organisation de cycles de travail en 12 heures, en début de période de contrôle, a permis à l'établissement de réduire les effectifs, tout en maintenant les ratios d'encadrement. Conscient toutefois que ces cycles de travail ne pouvaient être adaptés à l'ensemble des métiers, l'hôpital a souhaité maintenir des services en 7h30 et 7 heures parfois contre la demande des agents concernés. Le directeur de l'hôpital a précisé, enfin, qu'aucun service organisé en 12 heures n'avait exprimé le souhait de revenir sur ce mode de fonctionnement.

Recommandation n° 2 : Conduire une évaluation des effets des cycles en 12 heures sur la qualité de vie au travail, la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

4.3.4.3 Des heures supplémentaires : un suivi incomplet et peu lisible

Les agents peuvent être appelés à effectuer, à la demande de l'encadrement, des heures supplémentaires. La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures par semaine et 44 heures en moyenne sur une période de 12 semaines consécutives. Dans le contexte de crise sanitaire, le quota maximum d'heures supplémentaires a été porté de 15 à 20 heures par mois pour l'ensemble des personnels, par le décret n° 2020-297 du 24 mars 2020.

Ces heures font l'objet soit d'une compensation horaire, donnant lieu à récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation sur l'exercice. A défaut, elles sont transférées sur le compte-épargne-temps (CET).

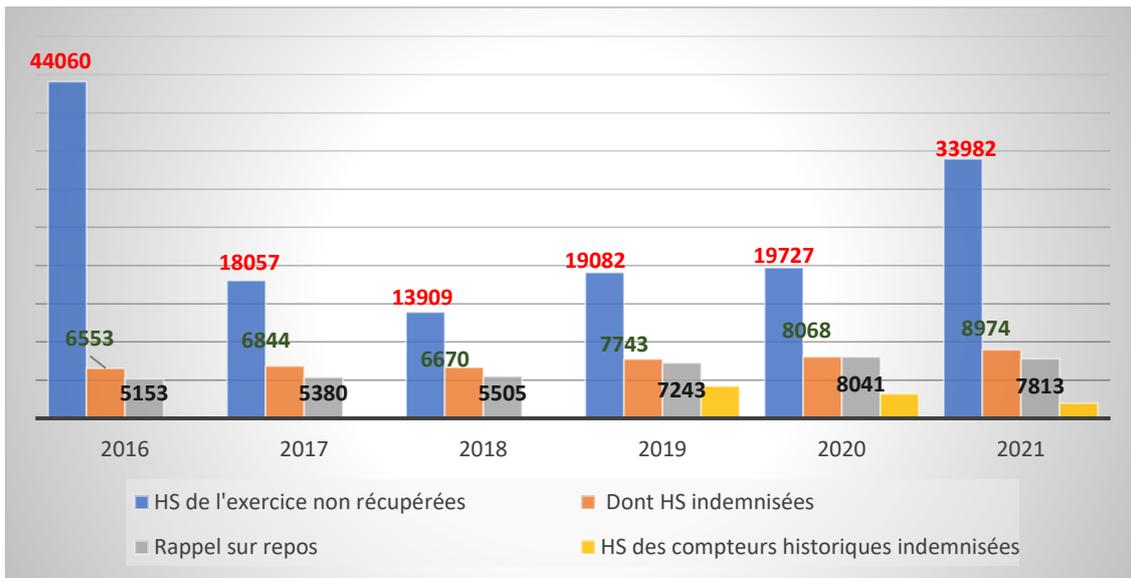
Il convient, en mention préalable, de souligner la difficulté d'analyse des heures supplémentaires à partir des seules données des bilans sociaux. En effet, au-delà du caractère évolutif des indicateurs qui limite l'exercice de comparaison d'un exercice à l'autre, plusieurs

et en tenant compte des préconisations qui en limitent les effets négatifs. Etude INRS « L'organisation du travail en 2*12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs », mars 2014. Le récent rapport du Sénat du 29 mars 2022 sur « la situation de l'hôpital et le système de santé en France » relève également p. 149 que « [...] le travail en 12h00 fait l'objet d'appréciations contrastées, compte-tenu de la longueur de la journée de travail et son impact sur la fatigue des personnels. Cette une faculté qui mérite d'être maintenue et envisagée, mais ne peut être généralisée ».

données essentielles n'y figurent pas, telles notamment le nombre d'heures totales générées sur l'exercice, et le détail de leur traitement (récupération, rémunération ou transfert sur le CET).

Le nombre d'heures supplémentaires non récupérées sur l'exercice a fortement diminué au début de la période, passant de 21 heures par an et par agent en 2016 à 4 heures en 2018 avant de remonter en 2021 (14,5 heures) sans toutefois retrouver le niveau de 2016. En parallèle, le nombre de rappel sur repos n'a cessé d'augmenter (+ 56 % entre 2016 et 2021).

Graphique n° 13 : Heures supplémentaires non récupérées et indemnisées



Source : d'après les données des bilans sociaux et de la DRHRS

Faute de données, il n'a pas pu être vérifié si la baisse de près de 57 % des heures supplémentaires non récupérées observée de 2016 et 2019 était corrélée à la baisse, en parallèle, du nombre d'heures supplémentaires générées sur l'exercice.

Plusieurs facteurs peuvent en effet contribuer aux évolutions observées. Une première explication, apportée par l'ordonnateur, réside dans la baisse du nombre d'heures supplémentaires générées en raison du passage d'un certain nombre de cadre au régime du décompte en jours, en lieu et place d'un décompte en heures de travail jusqu'au début de l'année 2017. Cette modification de décompte a mécaniquement entraîné une réduction importante du nombre d'heures supplémentaires générées, et donc non récupérées sur chaque exercice.

Une deuxième explication paraît également tenir au phénomène de sur-récupération des heures supplémentaires, phénomène qui résultait de la persistance jusqu'en 2021 de pratiques irrégulières, consistant à reporter sur les compteurs historiques ou les comptes épargnes temps (CET) les jours fériés et les repos compensateurs non pris dans l'année. L'arrêt, en 2021, de telles pratiques s'est de fait accompagné d'une augmentation importante des heures supplémentaires non récupérées sur le même exercice 2021 (+ 72 % entre 2020 et 2021), les agents ayant fait jouer, avant son extinction, le régime de récupération des jours fériés et des repos compensateurs de l'année.

Le niveau d'indemnisation des heures supplémentaires a atteint de 15 % à 40 %, selon les exercices, des heures non récupérées sur la période de contrôle ; il correspond peu ou prou

à l'indemnisation des rappels sur repos. Au-delà des heures générées sur l'exercice, celles stockées sur les compteurs dits historiques ont également donné lieu à paiements, exceptionnels, à hauteur de 4 200 heures en 2019, de 3 208 heures en 2020 et de 1 997 heures en 2021.

Malgré ces règlements exceptionnels, l'hôpital de Vichy indemnise relativement peu les heures supplémentaires, à raison d'une moyenne de 6,6 heures par agent payées en 2020 (dont 4,7 en provenance de l'exercice et 1,8 en provenance des compteurs historiques) pour une médiane atteignant 14 heures pour les établissements de la même catégorie, selon les données de l'ATIH³⁶. Ce faible niveau d'indemnisation conduit à des reports d'heures supplémentaires d'exercice en exercice, qui viennent alimenter les comptes épargne-temps (CET) et alourdissent la dette du temps de travail. Au surplus, une telle prévalence se révèle peu incitative quant à la réalisation d'heures supplémentaires.

Il faut encore relever l'insuffisante structuration, et le défaut d'harmonisation du cadre d'octroi des heures supplémentaires. En effet, la gestion des plannings et le respect de la réglementation du temps de travail incombent aux cadres des services. Il leur appartient donc de valider les heures supplémentaires des agents, par saisie dans le logiciel de gestion du temps de travail, sans autre consigne spécifique. Seul le niveau global des heures supplémentaires, accomplies au sein de chaque service, fait l'objet d'un dialogue régulier avec la DRHRS dans le cadre du suivi de la délégation, et les heures indemnisées sont validées chaque mois avant la mise en paiement. Mais un guide des bonnes pratiques, non en termes de gestion de masse et quantitative mais en termes de modalités d'exécution et de suivi au niveau des agents, apparaît nécessaire pour en uniformiser le traitement.

De telles règles pourraient utilement être consignées dans le guide du temps de travail en cours d'élaboration.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que la décision prise en 2017 de mettre fin au décompte horaire du temps de travail des cadres, très pourvoyeur d'heures supplémentaires, et d'y substituer un principe de forfait-jours, avait préfiguré les textes récents issus des accords Ségur. En conséquence, très peu d'agents de l'hôpital ont été concernés par l'article 3 du décret n°2021-1544 du 30 novembre 2021 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière et l'arrêté du 22 avril 2022.

Recommandation n° 3 : Mettre en place un dispositif de décompte complet et fiable des heures supplémentaires accomplies.

4.3.4.4 La dette du temps de travail : un niveau anormalement élevé et en hausse

La dette du temps de travail de l'hôpital Jacques Lacarin peut être mesurée au moyen de trois séries de données.

³⁶ Cette médiane se situait à 8,5 heures en 2019 contre 7 heures pour le CH de Vichy (dont 4,6 heures générées sur l'exercice et 2,4 heures en provenance des compteurs historiques).

Tableau n° 7 : Supports de la dette du temps de travail

<i>Support dette du temps de travail</i>	Compteurs d'heures dues dits « historiques »	Les CET historiques créés en 2002	Les CET pérennes depuis le 1^{er} janvier 2012
<i>Régime applicable</i>	Comptabilisent les heures supplémentaires accomplies avant 2002 et la réduction à 35 heures du temps de travail hebdomadaire.	Comptabilisent les reports de congés annuels, d'heures ou jours de réduction du temps de travail (RTT) et les heures supplémentaires enregistrées depuis 2002.	Comptabilisent les reports de congés annuels, d'heures ou jours de RTT et les heures supplémentaires enregistrées depuis le 1/01/2012.

S'agissant en premier lieu des compteurs « historiques », ces derniers ne sont pas soumis à une obligation de provisionnement, contrairement aux CET. Ces compteurs d'heures, en contradiction avec les dispositions législatives et réglementaires, ont continué à être alimentés au CH de Vichy jusqu'en 2019, selon le choix exprimé par l'agent annuellement³⁷ ; cette alimentation extra legem a eu pour effet de masquer une partie de la dette du temps de travail. Les compteurs historiques affichaient en 2017 plus de 49 000 heures, soit 1,79 % du volume horaire accompli par l'ensemble des effectifs des personnels non médicaux (contre 1,5% pour la moyenne régionale). Le volume d'heures, stockées sur les compteurs historiques, a cependant diminué de 85% sur la période de contrôle. Cette baisse résulte pour partie des indemnités d'heures en fin de période (entre 2000 et 4000 heures par an, de 2019 à 2021) mais, surtout, des transferts importants d'heures effectués chaque année au bénéfice des CET pérennes.

Ce mouvement de transfert tend à corriger les effets des pratiques antérieures, irrégulières ; il rend également plus visible l'intégralité de la dette du temps de travail, en la soumettant à une obligation de provisionnement.

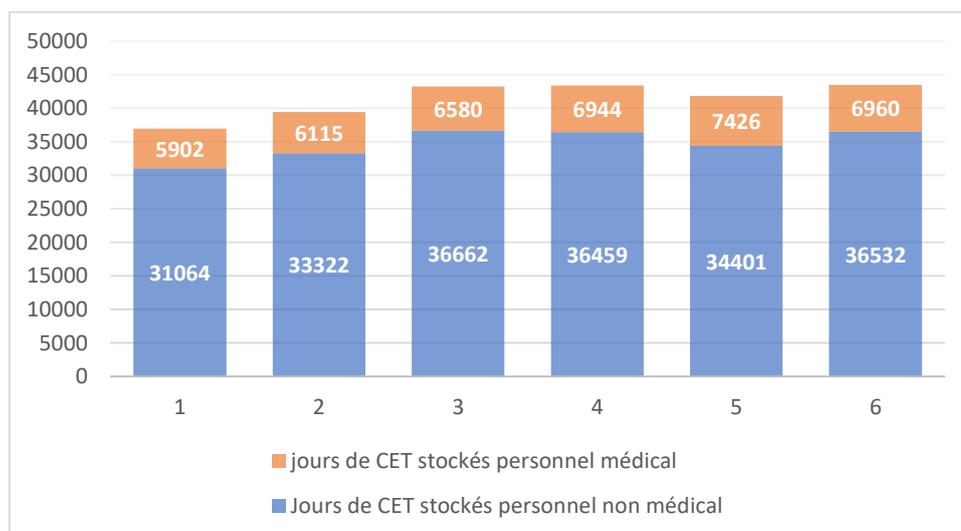
Tableau n° 8 : Évolution du stock d'heures supplémentaires sur les compteurs historiques du personnel non médical

<i>En nombre d'heure</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variation
<i>Stocks d'heures sur les compteurs historiques</i>	53 557	49 194	30 682	15 742	10 208	8 212	- 85 %
<i>Heures rémunérées des compteurs historiques</i>			0	4 200	3 208	1 997	

Source : d'après les bilans sociaux du CH de Vichy

³⁷ Dépôt sur le CET pérenne ou les compteurs d'heures des heures supplémentaires non indemnisées et non récupérées.

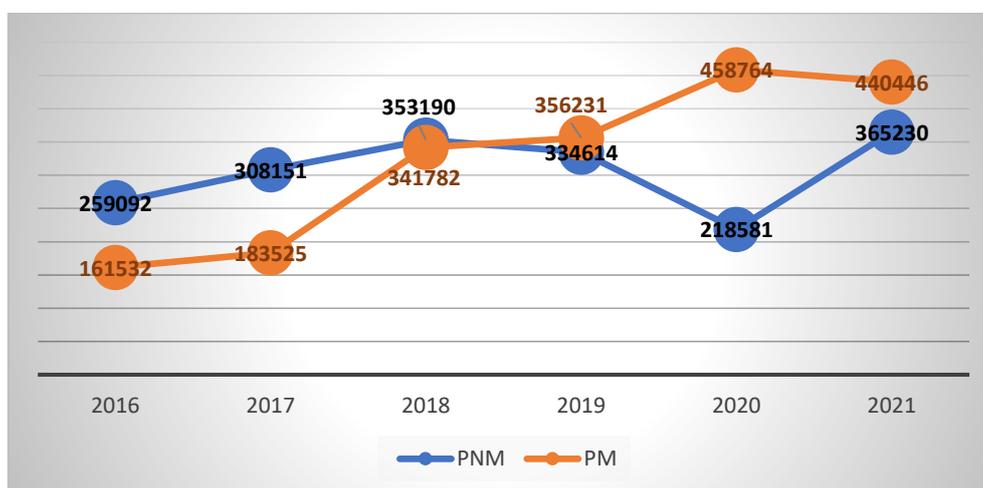
Graphique n° 14 : Stock de jours de CET du personnel médical et non médical



Source : d'après les données des bilans sociaux

Malgré une augmentation significative des montants indemnisés au titre des jours versés sur les CET (+ 41 % pour le personnel non médical et + 173 % pour le personnel médical entre 2016 et 2021), accélérée par l'assouplissement au 1^{er} janvier 2021 des règles en disposant³⁸, le stock de jours accumulés sur les CET des personnels de l'hôpital a tout de même augmenté de 18 % sur la période de contrôle.

Graphique n° 15 : Paiement chargé en € des jours de CET au titre du droit d'option



Source : d'après les données des bilans sociaux

³⁸ Depuis le 1^{er} janvier 2021, en application de l'arrêté du 29 juillet 2020, les agents de la fonction publique hospitalière peuvent demander la monétisation des jours épargnés sur le CET à partir de 15 jours épargnés contre 20 jours antérieurement.

La dette du temps de travail atteignait ainsi en 2021 un montant de l'ordre de 14,3 M€ (dont 10 M€ pour le seul personnel non médical), soit près de 5800 € par agent. Le volume de jours stockés sur les comptes-épargne-temps du personnel non médical (historiques et pérennes) représentait en 2016 un quota moyen de 17 jours par agent. Il se monte en 2021 à 21 jours par agent, soit un niveau de près de 7 fois supérieur à la médiane (2,9 jours) des établissements de même catégorie en termes d'écart³⁹. Comparativement moindre, la dette du temps de travail du personnel médical se situe également à un niveau élevé relativement aux établissements de même catégorie, à raison d'un quota moyen individuel de 40 jours à Vichy pour 31,7 jours de médiane pour l'année 2021.

Le stock de la dette du temps de travail, excessivement élevé, ainsi que sa dynamique d'évolution doivent faire l'objet d'une attention accrue de l'établissement. Une telle dette, allant croissant, ne peut qu'interroger l'adéquation de l'organisation actuelle des cycles de travail. Elle questionne tout autant le niveau d'indemnisation des heures supplémentaires, faible au regard des autres établissements, malgré les paiements exceptionnels d'heures en provenance des compteurs historiques intervenus depuis 2019.

Il convient, dans ces conditions, d'améliorer la lisibilité et le suivi de la dette du temps de travail, tout autant que les heures supplémentaires, en enrichissant les données des bilans sociaux⁴⁰. Cette amélioration de la qualité des bilans sociaux ne pourra que contribuer, également, à nourrir le dialogue social devant accompagner la réflexion sur les voies et moyens de réduire la dette du temps de travail accumulée par l'établissement vichyssois.

Recommandation n° 4 : Réduire la dette du temps de travail.

4.3.5 La gestion des remplacements

Les dépenses d'intérim sur le personnel non médical de l'hôpital de Vichy sont relativement contenues ; elles concernent essentiellement les postes en cuisine ou de manipulateurs radios. Elles ont diminué de près de 60 % entre 2016 et 2021.

Tableau n° 9 : Évolution 2016/2021 des dépenses d'intérim paramédical

En Euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Compte 62114	74 136	89 393	66 322	23 296	12 727	30 492	- 58,9 %

Source : d'après les comptes financiers du CH de Vichy

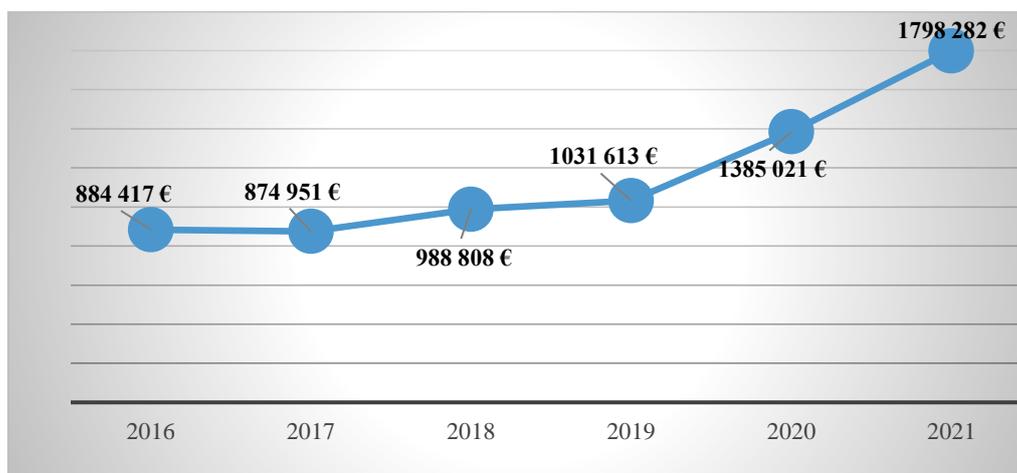
³⁹ Données ATIH issues de l'analyse des bilans sociaux 2020 des établissements de santé.

⁴⁰ Quant à l'évolution des différents supports (CET et compteurs d'heures dues) et les commentaires quant aux liens avec les heures supplémentaires générées sur l'exercice (avec un détail des heures récupérées, rémunérées et transférées sur les CET sur l'exercice).

Plusieurs dispositifs internes à l'établissement ont, en effet, été renforcés voire institués pour parer aux besoins de remplacement de courte durée, souvent inopinés, et ainsi limiter les rappels sur repos.

En premier lieu, chaque pôle dispose d'une enveloppe pour assurer des remplacements, qu'il peut mobiliser dans le cadre de la délégation de gestion. Ces enveloppes, de près de 1,8 M€ en 2021, ont été revalorisées chaque année depuis l'exercice 2018, de sorte que leur montant total a doublé durant la période sous revue. Elles ont enregistré une hausse particulièrement marquée en 2020 (+ 24 %), puis encore en 2021 (+ 30 %) dans le contexte de crise sanitaire.

Graphique n° 16 : Augmentation des enveloppes de remplacements des pôles (hors renforts COVID)



Source : d'après les données des bilans sociaux et de la DRHRS du CH de Vichy

L'applicatif WHOOG (devenu HUBLO) a par ailleurs été déployé en 2018, pour fluidifier la gestion des remplacements inopinés et disposer d'une visibilité sur les candidats potentiels. Cette applicatif permet aux agents de l'établissement, comme aux personnels extérieurs, de s'inscrire sur la plateforme pour faire connaître leur disponibilité pour effectuer des remplacements. En 2022, près de 2 706 heures supplémentaires ont ainsi été réalisées par des personnels extérieurs à l'établissement par recours à la plateforme.

L'hôpital de Vichy s'est aussi doté de plusieurs équipes de remplacements (au niveau des pôles et de l'établissement), polyvalentes ou sur des métiers spécifiques, pour lesquelles il a obtenu des financements particuliers déployés au titre du plan de soutien à l'attractivité. Plus d'une trentaine d'emplois ETP ont ainsi été créés depuis 2021, afin de renforcer les équipes de remplacement.

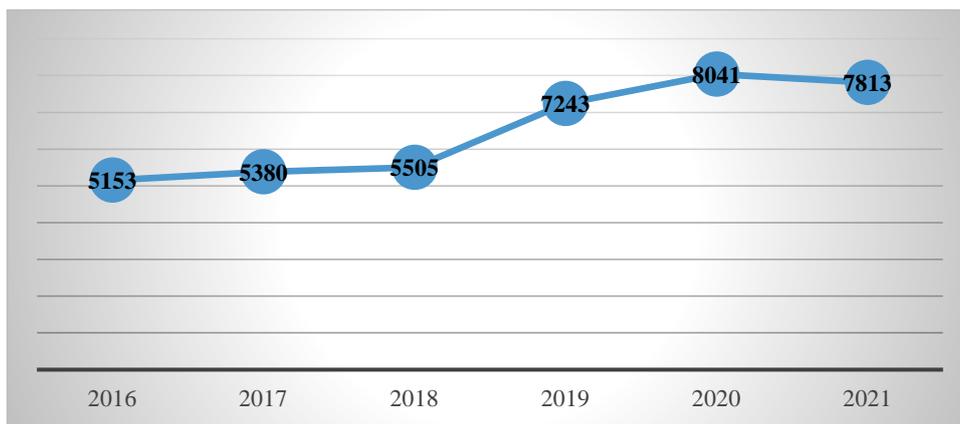
Quelques 17 agents ont été embauchés (12 infirmiers, 3 aides-soignants et 2 ASH) au sein des équipes des pôles médicaux et gériatriques. Deux nouvelles équipes comportant 15 emplois ETP et rayonnant à l'échelle de l'établissement, l'une polyvalente⁴¹ (11 ETP) et

⁴¹ La première équipe composée de 11 ETP (dont 6 infirmiers, 3 aides-soignants et 2 ASH), a vocation à assurer des remplacements de courtes durées polyvalents à l'échelle de l'établissement.

l'autre spécialisée⁴² (4 ETP), ont été constituées en 2022. Les recrutements, en cours au terme du contrôle, ne permettent pas d'apprécier encore tous les effets de la mise en place récente de ces deux équipes supplémentaires.

L'ensemble de ces différentes mesures, accentuées et confortées sur la fin de période, n'a toutefois pas encore permis de contenir une dynamique fortement haussière des rappels sur repos (+ 52 % entre 2016 et 2021), le timide infléchissement constaté depuis 2021 (- 2,8 %) après deux années de fortes hausses (+ 32 % en 2019 et + 11 % en 2020) demandant à être confirmé et conforté.

Graphique n° 17 : Évolution des rappels sur repos (en heures) entre 2016 et 2021



Source : d'après les données des bilans sociaux et de la DRHRS du CH de Vichy

Mais il est permis d'escompter que les créations de postes visant à satisfaire les besoins des équipes de remplacement, dont les recrutements sont en cours, viendront infléchir le mouvement de hausse continu des rappels sur repos observé jusqu'en 2021.

4.3.6 Le turn over, l'absentéisme et autres indicateurs du climat social

4.3.6.1 Un taux d'absentéisme satisfaisant mais qui tend à se dégrader

L'hôpital Jacques Lacarin a présenté, durant toute la période sous revue, un taux d'absentéisme du personnel non médical plutôt satisfaisant.

Le taux d'absentéisme pour motif médical s'établissait ainsi à 7,5 % en 2021, se rapprochant des 20 % des établissements les plus performants en la matière (7,1 % en 2021).

⁴² La seconde équipe, composée de 4 ETP, est en revanche positionnée sur des métiers spécifiques sur lesquels l'absentéisme est important (technicien de laboratoire, sage-femme, manipulateur radio...). Sa création a été arrêtée par la direction en mai 2022 et soumise à l'avis des syndicats en octobre de cette même année.

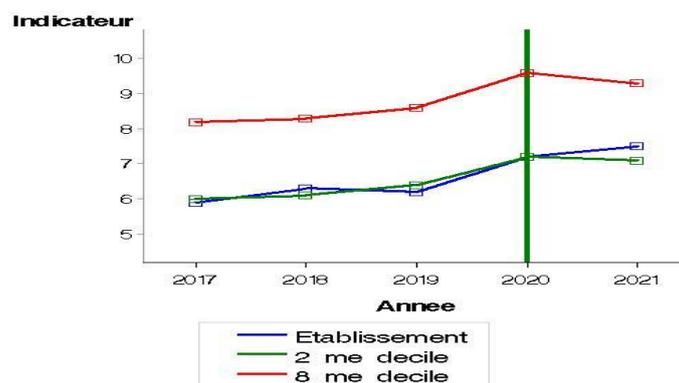
Tableau n° 10 : Taux d'absentéisme du personnel non médical

2017		2018		2019		2020			2021		
Taux médical médical	Taux non médical	Taux médical	Taux non médical	Taux médical	taux non médical	Taux médical	Dont COVID	Taux non médical	Taux médical	Dont COVID	Taux non médical
6,1	1,49	6,28	1,38	6.21	1,24	7,2	0,39	1,23	7,52	0,33	0,89

Source : bilans sociaux annuels de l'établissement

Mais il faut noter qu'en termes de progression, l'absentéisme s'est accentué de l'ordre d'un point entre 2016 et 2021 (hors motif COVID) pour atteindre 7,2 % en 2021, avec une accélération de la dégradation relevée pour l'exercice 2020. Un même phénomène a été également observé pour l'ensemble des établissements, postérieurement à la crise sanitaire ainsi qu'il ressort de l'évolution de l'indicateur hospidiag RH8.

Graphique n° 18 : Évolution de l'indicateur hospidiag RH8 (taux d'absentéisme pour motif médical du personnel non médical)



Le projet social de l'établissement (2019-2023)⁴³ et les lignes directrices de gestion (2021-2023) intègrent les enjeux de lutte contre l'absentéisme. Cette prise en considération se traduit par diverses actions, telles que le renforcement des moyens de remplacements, la mise en place de consultations pour limiter les risques de surmenage, ou encore l'installation de rails aux plafonds pour limiter les ports de charge. Le CH de Vichy a, par ailleurs déployé en 2022 des outils de suivi mensuels précis de l'absentéisme, comportant des comparaisons avec la moyenne et l'année antérieure.

4.3.6.2 Un turn over très satisfaisant malgré une forte hausse en 2020

S'agissant du taux de turn over (de rotation des effectifs), il est tout à fait correct à l'hôpital de Vichy, où il atteint 7,2 % en 2021 contre 6,3 % de moyenne pour les 20 % des

⁴³ Ce dernier est articulé autour de deux axes : « favoriser le bien-être au travail » et « agir pour limiter la pénibilité au travail ».

établissements les plus performants (indicateur RH 9 hospidiag). Après avoir connu un maximal en 2020 (11,6 %) dans le contexte de crise sanitaire qui, selon le directeur de l'établissement, a entraîné une vague de démissions et de réorientations professionnelles, le taux de turn over s'est replié à 7,25 % en 2021 à son niveau le plus bas de la période sous revue.

Tableau n° 11 : Turn over du personnel non médical et médical

2016	2017	2018	2019	2020	2021
9,48	7,95	8,35	8,98	11,59	7,25

Source : d'après les bilans sociaux de l'établissement

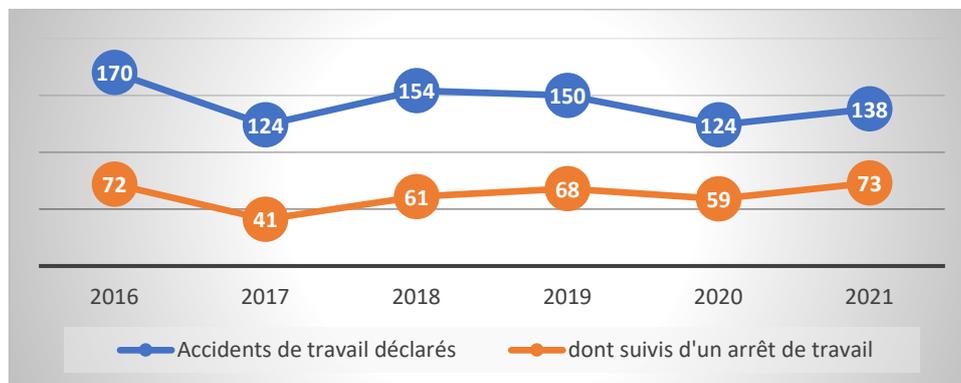
Dans le contexte présent de développement des équipes de remplacement, il pourrait être judicieux de compléter l'indicateur global déterminé au niveau de l'établissement d'un indicateur de suivi, plus fin, entre services.

4.3.6.3 Des accidents du travail plus souvent suivis d'un arrêt de travail

Avec un niveau de 40 accidents de travail suivis d'un arrêt pour 1 000 emplois ETP, le CH de Vichy se situait en 2019 dans la médiane des établissements comparables⁴⁴.

De 2016 à 2021, les accidents du travail ont enregistré une diminution d'ensemble (- 19 %), qui masque des mouvements erratiques d'année en année.

Graphique n° 19 : Évolution des déclarations d'accidents du travail⁴⁵



Source : d'après les données des bilans sociaux du CH de Vichy

⁴⁴ D'après les données de l'ATIH dans le cadre de l'analyse des bilans sociaux des établissements de santé 2019.

⁴⁵ À noter que le décompte des accidents du travail a pu être influencé à la hausse en 2018 par l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 qui introduit un renversement de la charge de la preuve à la charge de l'employeur.

Il est cependant possible de discerner un mouvement à la hausse, du pourcentage d'accidents du travail suivis d'un arrêt depuis l'année 2018, tendance qui s'est accentuée en 2020 puis confirmée en 2021.

Tableau n° 12 : Évolution 2016/2021 des accidents du travail suivis d'un arrêt

2016	2017	2018	2019	2020	2021
42 %	33 %	40 %	45 %	48 %	53 %

Source : d'après les données des bilans sociaux du CH de Vichy

Dans ces conditions, l'évolution des accidents du travail mérite un suivi attentif et une analyse approfondie, pour permettre à la direction de l'établissement vichyssois d'en identifier plus précisément les déterminants (évolution des cycles de travail, adaptation du matériel...), et pouvoir mieux y remédier.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

SUR LA GESTION DU PERSONNEL NON MÉDICAL

Représentant près de 1730 emplois équivalents temps plein (ETP) en 2021, le personnel non médical de l'hôpital de Vichy a connu une baisse de près de 47 emplois ETP entre 2016 et 2021. Ayant enregistré une forte réduction en début de période à la faveur notamment des réorganisations des cycles de travail en 12 heures, les effectifs ont réaugmenté à partir de 2020 dans le contexte de crise sanitaire et par l'effet des dispositifs de renforcement des effectifs de remplacement (plan d'attractivité du Ségur de la santé).

L'établissement de Vichy s'est doté d'outils complets pour assurer le suivi de sa masse salariale, exercé en lien étroit avec les pôles. Il connaît également des taux d'absentéisme et de turn-over plutôt satisfaisants, comparativement aux établissements de sa catégorie.

Des améliorations notables demeurent cependant nécessaires, quant à la maîtrise du temps de travail du personnel non médical.

En tout premier lieu, la structuration d'un guide du temps de travail complet, à jour des dernières évolutions législatives et réglementaires, apparaît indispensable pour éviter le maintien de pratiques irrégulières et la persistance d'ambiguïtés sur le cadre de travail, préjudiciables à un dialogue social objectif et apaisé. La dette du temps de travail, anormalement élevée⁴⁶, doit également faire l'objet d'une attention majeure de l'établissement. Cette dette, qui a progressé de près de 20 % sur la période, est retracée de façon peu lisible dans les bilans sociaux, du fait notamment de pratiques irrégulières⁴⁷ ayant perduré jusqu'en fin de période sous revue.

⁴⁶ 7 fois plus importante pour le personnel non médical comparativement aux autres établissements publics de santé.

⁴⁷ Alimentation des compteurs d'heures historiques, alimentation des CET par des jours fériés et repos compensateurs...

L'hôpital Jacques Lacarin présente aussi plusieurs signes de fragilisation de son collectif de travail, justifiant de réfléchir à l'adaptation des organisations présentes.

Ces signes, accentués par la crise sanitaire, tiennent en particulier à l'augmentation de la dette du temps de travail couplée à celle des rappels sur repos (+ 52%), révélation d'une tension croissante sur les équipes. A cet égard, les conséquences du déploiement accéléré sur la période des rythmes de travail en 12 heures qui s'est de surcroît accompagné d'importantes réductions d'effectifs, demandent à être évaluées. La tendance à la dégradation observée sur la fin de période pour le taux d'absentéisme, conjuguée à l'augmentation des accidents du travail suivis d'un arrêt, constitue également un signal d'importance à surveiller. A noter encore un dialogue social tendu depuis plusieurs mois au sein de l'établissement, qui se matérialise par le refus depuis près d'un an de l'ensemble des formations syndicales de venir siéger dans les instances. Les Principaux motifs de tension touchent à la mise à jour du règlement du temps de travail, aux suppressions d'effectifs, tout autant qu'aux différents programmes d'investissement retardés ou avortés, pourtant identifiés comme axes majeurs au projet d'établissement.

Pour répondre aux points de fragilité, identifiés, l'hôpital Jacques Lacarin a engagé plusieurs lignes d'actions, qui s'inscrivent pour la plupart dans le plan de soutien à l'attractivité récemment mis en œuvre et ne pouvant donc produire pleinement leurs effets. L'établissement a ainsi orienté son projet social de 2019-2023, ainsi que ses lignes directrices de gestion vers la qualité de vie au travail et la réduction de la pénibilité des métiers. La création et le renforcement des équipes de remplacements depuis 2021 (près d'une trentaine d'emplois ETP créés), de même que l'augmentation des stagiairisations d'agents doivent permettre, à terme, d'infléchir les tendances constatées. Un premier chantier d'importance, engagé mais non abouti, a trait à l'élaboration d'un guide du temps de travail.

4.4 La gestion du personnel médical au cœur des enjeux d'attractivité

4.4.1 Des effectifs médicaux en augmentation de 16 % sur la période

Les effectifs des personnels médicaux ont régulièrement augmenté sur la période de contrôle (+ 29 emplois ETP dont 9,5 emplois d'internes).

Cette augmentation a été d'abord et surtout tirée par les effectifs d'attachés renouvelables de droit (médecins étrangers : +245 %), ainsi que par l'augmentation des praticiens contractuels et des internes. En revanche, à l'exception de l'année 2018, les praticiens hospitaliers ont perdu des effectifs chaque année de 2019 à 2021, attestant d'une moindre attractivité de ce statut.

Tableau n° 13 : Évolution des effectifs médicaux du CH de Vichy 2016/2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution en nbre	Évolution en%
<i>PH temps plein et temps partiel</i>	105,93	101,96	111,61	106,12	102,33	99,51	- 6,42	- 6,1 %
<i>Assistants</i>	9,73	9,13	11,93	9,89	9,84	11,93	2,2	22,6 %
<i>attachés renouvelable de droit</i>	5,68	6,43	1,59	8,79	14,2	19,63	13,95	245,6 %
Total PM permanent	121,34	117,52	125,13	124,8	125,87	131,07	9,73	8,0 %
<i>Praticiens contractuels</i>	10,89	22,17	17,52	17,92	17,71	20,7	9,81	90,1 %
<i>internes et étudiants</i>	49,59	46,85	48,65	50,45	49,27	59,09	9,5	19,2 %
Total PM non permanent	60,48	69,02	66,71	68,37	66,98	79,79	60,48	31,9 %
Total PM	181,82	186,54	191,3	193,17	192,85	210,86	29,04	16,0 %
<i>Hors internes</i>	132,23	139,69	142,65	143,9	143,58	151,77	19,54	14,8 %

Source : d'après les données communiquées par le CH de Vichy

Pour le personnel médical, des effectifs cibles sont définis par service et sont suivis dans le cadre d'un tableau de suivi des effectifs rémunérés et présent.

4.4.2 Le temps de travail médical

4.4.2.1 Les modalités et décompte du temps de travail

La durée du temps de travail médical est comptabilisée en 10 demi-journées hebdomadaires pour un temps plein (article R. 6152-27 du CSP) assortie d'une durée maximale de 48 heures consécutives, y compris les heures supplémentaires, sur une période de référence de 7 jours.

L'organisation des activités et du temps de présence médical (article R. 6152-26 du CSP) est de la compétence partagée du directeur de l'établissement et de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS)⁴⁸. Le temps de travail médical doit par ailleurs être retranscrit dans un tableau de service mensuel nominatif prévisionnel⁴⁹, signé du directeur sur proposition des chefs de pôles. Ce tableau doit être réajusté, le cas échéant, à la fin du mois au vu du service fait (il s'agit du tableau de service réalisé pour le calcul de l'indemnisation des praticiens).

Au centre hospitalier de Vichy, deux modalités de décompte du temps de travail cohabitent pour le personnel médical : un décompte en demi-journée et un décompte en 39 heures hebdomadaire d'exercice clinique pour un temps plein pour les services d'urgences (à compter du 1^{er} janvier 2018), de réanimation et d'anesthésie (depuis le 1^{er} janvier 2020 pour ces deux services), ce temps d'exercice clinique étant complété par un temps de forfait non clinique de 9h hebdomadaire. Le temps de travail médical est retranscrit dans des plannings prévisionnels et réalisés, saisis informatiquement par les services puis transmis pour contrôle à

⁴⁸ Les missions de la COPS sont définies par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La COPS définit l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. Elle donne également son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins.

⁴⁹ Article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 précité.

la direction des affaires médicales. Ces plannings précis font apparaître les différents temps de présence (matin, après-midi, nuit ; l'activité libérale ; les gardes et les astreintes) ainsi que les divers motifs d'absence (repos hebdomadaire ou de sécurité ; congé ; maladie ou encore RTT). Visés en amont par le chef de service et le directeur, puis faisant l'objet d'une actualisation à la fin du mois par rapport au service accompli, ces plannings complets permettent d'assurer un suivi fiable en interne du temps de travail médical.

En revanche, il n'existe pas de guide du temps de travail médical formalisé au sein du centre hospitalier de Vichy, permettant de définir le cadre de travail et les conditions de comptabilisation des différents temps (activité libérale, temps de travail additionnel, activités d'intérêt général, valences). Ce guide est rendu d'autant plus nécessaire avec le développement des exercices partagés entre établissements, par l'effet des primes d'exercice territorial ou de solidarité territoriale (cf. infra), qui complique indéniablement la lecture des plannings des médecins.

4.4.2.2 Le temps de travail additionnel

Afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients, certains praticiens peuvent être amenés, sur la base du volontariat, à effectuer des périodes de temps de travail supplémentaire dit « additionnel » (TTA), définies au-delà de leurs obligations de service.

Dans un souci de limiter le recours très coûteux à l'intérim médical, le centre hospitalier de Vichy encourage la réalisation de temps de travail additionnel, mais il reconnaît avoir du mal à mobiliser les professionnels déjà très sollicités dans certains services. Les services des urgences, de la réanimation et d'anesthésie fonctionnant sur un cycle de 39 heures, en proie au surplus au manque chronique d'effectifs, sont les plus concernés par le recours au temps de travail additionnel.

Depuis le 1^{er} juillet 2017, un seul et unique tarif national de temps de travail additionnel a été institué⁵⁰, sans distinction entre le jour et la nuit pour les établissements inscrits dans un schéma de permanence des soins au sein d'un GHT. A ce jour, un tel schéma n'ayant pas été formalisé au niveau du groupement hospitalier de territoires d'Auvergne, l'hôpital Jacques Lacarin applique deux tarifs (un de jour et l'autre de nuit) qui ont donné lieu à revalorisation au 1^{er} juillet 2022⁵¹.

L'établissement a également mis en œuvre le dispositif de majoration de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes (+ 50 % des demi-périodes de TTA) institué durant la crise sanitaire⁵², après avoir été classé par l'agence régionale de santé en zone de circulation active du virus (arrêté du 28 avril 2021). S'agissant du TTA majoré, seuls les services des urgences, d'anesthésie et de réanimation ont été concernés par des versements. En effet, selon l'ordonnateur, il n'y a pas d'autres services au sein de l'hôpital qui effectuent du TTA au titre de

⁵⁰ Ce tarif a été fixé au 1^{er} juillet 2022 à 330,64 € pour une période de TTA et à 165,31 € pour une demi-période.

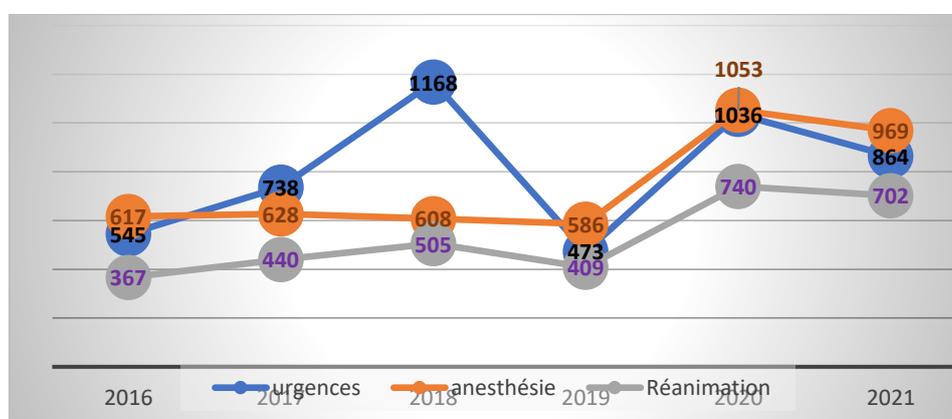
⁵¹ Ces tarifs sont de 166,3 € pour une demi-période de TTA de jour et de 248,215 € brut pour une demi-période de TTA de nuit.

⁵² Ce dispositif a été institué par arrêté du 12 avril 2021 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes pour les personnels médicaux exerçant en établissements publics de santé et à la majoration exceptionnelle de l'indemnité de garde hospitalière des praticiens des armées.

l'article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003⁵³ c'est-à-dire du TTA donnant lieu à une contractualisation préalable ouvrant droit à l'indemnisation majorée.

Le compte 6426, qui retrace les dépenses afférentes au temps de travail additionnel (TTA), a enregistré une augmentation importante de 84,3 % sur la période de contrôle, avec un pic observé en 2020 lors de la crise sanitaire. Cette évolution est d'abord liée à un effet prix, par suite en particulier de l'application en 2021 d'un taux de rémunération de TTA majoré, mais aussi à un effet de volume attesté par l'augmentation importante des plages pour les trois services précités comme les plus pourvoyeurs de TTA. Cette croissance en quantité résulte notamment du passage aux 39 heures des services d'urgence au 1^{er} janvier 2018 puis des services d'anesthésie au 1^{er} janvier 2020.

Graphique n° 20 : Évolution des plages de TTA pour le service des urgences, de l'anesthésie et de la réanimation



Source : d'après les données de l'établissement

Alors que le recours au temps de travail additionnel se développe, son encadrement apparaît insuffisant au centre hospitalier de Vichy. Ainsi, la commission d'organisation et de permanence des soins ne s'est jamais prononcée sur les conditions de recours au temps de travail additionnel (services et missions concernées, proportion...) ni même sur les tableaux mensuels nominatifs, contrairement au rôle qui lui est dévolu par les textes.

En outre, le recours au travail additionnel⁵⁴ suppose un engagement préalable, par contrat du praticien avec le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement, contrat aux termes duquel est déterminé le nombre prévisionnel de plages à réaliser. Le relevé individuel quadrimestriel doit également permettre d'attester du temps de travail réalisé sur 4 mois au-delà des 48 heures hebdomadaires. Les fiches de paie consultées font bien apparaître un paiement sur la base du quadrimestre des indemnités de TTA. Mais de

⁵³ « Relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. »

⁵⁴ Arrêté du 30 novembre 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes tel que modifié par l'arrêté du 5 février 2022.

fait, peu de contrats individuels ont bien été souscrits avec les praticiens. Ainsi, pour la seule année 2021, 45 professionnels ont été rémunérés selon cette modalité alors que seulement 4 contrats ont été souscrits la même année uniquement pour le service réanimation. Si le contexte de crise sanitaire et l'indemnisation en TTA des périodes d'astreintes et des gardes non récupérées peuvent expliquer en partie cet état de fait, il reste nécessaire qu'une contractualisation préalable plus systématique et régulière (chaque année) soit instituée.

Enfin, aucun registre du temps travaillé⁵⁵ n'est tenu et mis à la disposition du directeur, en sorte de lui permettre de diligenter des contrôles sur le recours au TTA dans les services, et le cas échéant restreindre ou interdire les dépassements lorsque la sécurité et la santé des praticiens sont affectées.

En ce qu'il participe à une gestion des remplacements par mobilisation interne des ressources, le recours au temps de travail additionnel contribue à contenir l'appel, coûteux, à l'intérim médical et permet de solliciter les praticiens des services hospitaliers qui en connaissent le fonctionnement. Il convient cependant qu'il soit bien suivi et mieux encadré à l'échelle de l'établissement, plutôt que de relever de la seule libre appréciation des pôles. Une estimation préalable des besoins en TTA, la contractualisation systématique avec les personnels impliqués, ainsi que la revue régulière en commission d'organisation et de permanence des soins, ne relèvent pas simplement du respect du cadre légal ou de bonne gestion budgétaire ; ils offrent autant d'occasions d'échanges sur un sujet d'importance pour le bon fonctionnement des services, la sécurité des soins et la qualité de vie au travail des personnels médicaux.

Dans le cadre de sa réponse, l'ordonnateur s'est engagé à mettre en œuvre la recommandation n°5 en renforçant le rôle de la commission d'organisation de la permanence des soins sur le contrôle du temps de travail additionnel.

Recommandation n° 5 : Assurer un cadrage et un suivi du recours au temps de travail additionnel au sein de la commission d'organisation de la permanence des soins.

4.4.3 Le développement de l'exercice mixte comme levier d'attractivité

4.4.3.1 Le temps de travail partagé : le levier de la prime d'exercice territorial

Aux termes des articles R. 6152-4 et R. 6152-337 du code de la santé publique, l'activité des praticiens hospitaliers et des praticiens contractuels peut être répartie entre plusieurs établissements publics de santé ou entre un établissement public et un établissement privé de santé habilité à assurer le service public hospitalier. Dans ces hypothèses d'exercice partagé, le praticien est amené à accomplir pour une part ses missions en dehors de l'établissement, au titre cependant de ses obligations de service. Plus récemment, le décret n° 2022-134 du 5 février 2022 a complété ces dispositions en ouvrant, aux seuls praticiens hospitaliers, la possibilité de pratiquer une activité ambulatoire en dehors de leur établissement d'affectation, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

En vue d'encourager l'exercice partagé d'activité, le décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 a institué la prime d'exercice territorial (PET), dont le montant varie de 250 € à 1 000 €

⁵⁵ Prévues à l'arrêté du 30 avril 2000 modifié relatif à la permanence des soins.

brut en fonction du nombre hebdomadaire de demi-journées accomplies en dehors du site principal d'exercice du praticien.

Le centre hospitalier de Vichy a signé quelque 22 conventions avec d'autres établissements de santé de 2020 à 2022, dont 13 avec le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand. Il mobilise le levier de la prime d'exercice territorial à trois titres principaux :

- pour fidéliser des praticiens souhaitant maintenir un contact avec le milieu universitaire. Sont ici principalement concernés les postes d'assistants spécialistes partagés avec le CHU⁵⁶ (post-internat) ; mais également des praticiens confirmés souhaitant se nourrir de la diversité d'activités présente au sein d'un CHU ;
- pour le partage de temps de praticiens avec des centres hospitaliers du territoire moins attractifs⁵⁷, sur des spécialités en tension (urgences, réanimation, anesthésie). Elle permet aux professionnels en bénéficiant d'améliorer leur rémunération, tout en exerçant dans d'autres établissements du territoire où le rythme et l'activité sont souvent moins intenses qu'au CH de Vichy ;
- enfin, pour assurer des consultations avancées dans les champs de la gynécologie, de la cardiologie et de la rhumatologie.

L'exercice territorial partagé est ainsi mobilisé comme moyen de fidéliser les professionnels, tout en leur offrant une souplesse d'organisation et de rythme d'accomplissement du temps de travail.

4.4.3.2 Une forte activité libérale des praticiens hospitaliers

Aux termes de l'article L. 6154-1 à 7 du code de la santé publique, « dès lors que l'exercice de missions de service public [...] n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale ». Depuis le 1^{er} janvier 2022⁵⁸, les praticiens exerçant en période probatoire et ceux exerçant à temps non complet (à hauteur de huit à neuf demi-journées hebdomadaires) peuvent désormais exercer également une activité libérale, dans la limite d'une demi-journée par semaine.

Cette activité, qui peut consister en consultations, en actes et en soins en hospitalisation, s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique.

Trois conditions doivent, cependant, être respectées pour l'exercice de cette activité :

- le praticien doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier ;

⁵⁶ Les disciplines de la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, de la rhumatologie ou encore de l'oto-rhino-laryngologie sont notamment concernées.

⁵⁷ Les centres hospitaliers de Moulins-Yzeure, de Montluçon, de Thiers ou encore du cœur du Bourbonnais sont ici concernés.

⁵⁸ Mesure prise en vertu de l'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

- la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- enfin, le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le praticien exerçant une activité libérale doit, en outre, conclure un contrat d'activité libérale d'une durée de 5 ans renouvelable, approuvé par le directeur général de l'ARS après avis du directeur d'établissement, du chef de pôle concerné et de la commission médicale d'établissement. Il peut encaisser directement ses honoraires⁵⁹ ou les percevoir par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Dans ce dernier cas, l'établissement lui reverse mensuellement ses honoraires, sur lesquels il prélève chaque trimestre une redevance.

Sur l'ensemble de la période de contrôle, le nombre de médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital a progressé de 32 %, avec deux pics observés sur les années 2019 (+ 10,7 %) et 2020 (+9,7 %). De fait, l'activité libérale représente un levier d'attractivité, particulièrement mobilisé par le centre hospitalier Jacques Lacarin, avec une proportion de praticiens hospitalier exerçant une activité libérale qui atteint plus de 21 % en 2022 pour 33 praticiens. A titre de comparaison, le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand compte un nombre équivalent de praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale, alors que ses effectifs médicaux sont de près de trois fois supérieurs⁶⁰.

Tableau n° 14 : Nombre de praticiens exerçant une activité libérale

<i>Année</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>nombre de praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital</i>	25	27	28	31	34	35	33

Source : données CH de Vichy

Sur 35 professionnels vichysois exerçant une activité libérale en 2021, quatre seulement ont fait le choix d'une perception directe de leur honoraires sans faire appel à l'administration de l'hôpital. Les contrats souscrits au CH de Vichy sont convenablement rédigés : ils comportent bien les mentions obligatoires (plafond de 20 %, nombre de consultations et d'actes ...) et sont accompagnés en annexe des textes réglementaires.

Plusieurs évolutions sont intervenues dans les modalités de contrôle de l'activité libérale, depuis le précédent examen de gestion réalisé par la chambre qui en avait observé les insuffisances. Une charte d'exercice de l'activité libérale a tout d'abord été instituée en 2017 par l'établissement, conformément aux prescriptions du décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

Par ailleurs, la commission d'activité libérale (CAL) ayant pour objet d'en contrôler les conditions d'exercice, et devant se réunir au moins une fois l'an, dispose désormais d'informations certes encore incomplètes mais satisfaisantes pour exercer son office. La commission a ainsi communication des relevés individuels d'activité (retracant le nombre de consultations et les actes exercés en activité libérale, ainsi que le montant des redevances versées par les praticiens), sur la base desquels elle contrôle le respect des plafonds

⁵⁹ Dans ce cas le praticien fournit des états récapitulatifs mensuels à l'hôpital qui pourra les comparer à ceux transmis par l'assurance maladie (système national inter-régimes : SNIR).

⁶⁰ En 2019, le CHU comptait près de 286 ETP de praticiens hospitaliers contre 106 au CH de Vichy.

réglementaires. Les situations individuelles non conformes sont discutées en commission et donnent lieu, au besoin, à rappels à la réglementation auprès des praticiens concernés.

Cependant, les rapports de la commission ne comportent toujours pas le détail des écarts ressortant entre les états du système national inter-régime produits par l'Assurance maladie (SNIR) et le montant des actes évalué par le département de l'information médicale (DIM) de l'établissement. Cet élément est pourtant essentiel au repérage d'éventuelles anomalies dans les saisies, voire de situations de fraudes des praticiens qui encaissent directement leurs honoraires.

Le précédent contrôle de la chambre avait, par ailleurs, permis d'identifier des erreurs d'imputations comptables des hospitalisations privées, facturées directement à l'Assurance maladie par l'établissement puis reversées aux praticiens afin de dispenser le patient de l'avance des frais. Les comptes idoine 4583 et 4584 n'étaient effectivement pas utilisés. Malgré l'engagement exprès de l'ordonnateur à corriger ces erreurs d'écritures, ces dernières subsistent. La chambre ne peut qu'enjoindre l'ordonnateur à se rapprocher du comptable public pour procéder aux corrections nécessaires des écritures comptables, conformément aux schémas réglementaires (cf. tableau en annexe).

Enfin, au-delà des courriers de rappel à la réglementation adressés aux praticiens contrevenants, il n'y a guère de sanction effective en l'absence de commission régionale de l'activité libérale (article L. 6154-5-1 du CSP), qui doit connaître obligatoirement de toutes mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées par les établissements. Cette commission n'a en effet jamais été installée par l'agence régionale de santé.

Cette mise en échec des dispositions légales affecte directement la portée et l'utilité même d'un contrôle de l'activité libérale susceptible d'être mis en œuvre au niveau des établissements publics de santé. La chambre ne peut donc qu'inviter à la constitution, par qui de droit, d'une commission régionale de l'activité libérale en Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans le cadre de la contradiction, l'ARS a informé la chambre de la constitution en mai 2023 de la commission régionale d'activité libérale. Cette dernière pourra connaître des mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées par les établissements et se réunira une première fois à l'été 2023.

• ***Des conditions d'utilisation des équipements d'IRM, objet de précédentes observations et recommandation de la chambre***

Par décision du 30 mai 2012, l'hôpital de Vichy a été autorisé par le directeur général de l'ARS à exploiter un second appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM). L'autorisation a toutefois été conditionnée à l'accès de l'appareil ouvert aux médecins libéraux, dont ceux de l'agglomération vichyssoise, dans la limite de 40 % du temps cumulé des deux appareils autorisés et à la participation de ces derniers à la permanence des soins. Le précédent contrôle de la chambre avait conduit au constat que les conventions de co-utilisation des équipements d'IRM entre médecins libéraux et centre hospitalier étaient déséquilibrées. Le rapport de la chambre relevait en particulier que le centre hospitalier supportait la majorité des charges d'exploitation des deux IRM, alors que l'utilisation des équipements était majoritairement consacrée à l'activité libérale cumulée des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers. Une recommandation avait en conséquence été émise invitant l'établissement, dans le cadre de la constitution du groupement de coopération sanitaire pour l'utilisation des IRM, à veiller à ce que la convention à venir préserve les intérêts de l'hôpital en termes financiers et d'utilisation des appareils.

C'est dans ce contexte qu'une convention spécifique de co-utilisation des deux appareils d'IRM du CH de Vichy, par la SELARL CIMVI et le docteur Hordonneau, a été signée le 15 juillet 2014 à l'occasion de la constitution du groupement de coopération sanitaire. Force est de constater que les observations formulées lors du précédent contrôle de la chambre perdurent.

Le déséquilibre entre l'activité publique et l'activité privée des IRM est patent. Si l'activité des médecins libéraux représentent 40 % des plages des deux IRM, il convient d'y ajouter le temps consacré par l'activité libérale des praticiens hospitaliers, qui n'est pas pris en considération dans cette répartition. Il en ressort que l'activité publique représente à peine 33 % des plages et que l'un des deux IRM est presque exclusivement consacré à l'activité des médecins libéraux (80 % des plages). Il en résulte pour ces derniers un indéniable confort d'utilisation, au contraire de l'activité publique qui se voit contrainte de jongler entre plusieurs utilisateurs, conditions d'usage déséquilibrées porteuses d'un réel risque d'iniquité dans l'accès aux soins et de perturbation de l'activité hospitalière.

Par ailleurs, alors que l'hôpital de Vichy assume l'intégralité des charges liées au fonctionnement des équipements, il réattribue au surplus une partie du forfait technique perçu aux cabinets de médecins libéraux, au titre de l'intervention de leurs secrétariats.

La chambre ne peut donc que constater que sa recommandation n'a été suivie d'aucun effet, au détriment des intérêts financiers et des missions de service public de l'établissement. Dans ces conditions, elle ne peut qu'être réitérée.

Dans le cadre de sa réponse, l'ordonnateur a porté à la connaissance de la chambre les échanges récemment intervenus avec les praticiens libéraux de la CIMVI lors de l'assemblée générale du GCS IRM du 11 mai 2023. Cette assemblée a permis d'évoquer les démarches engagées par la direction de l'établissement concernant la révision de la part du forfait technique et les démarches qui pourraient être engagées en cas d'échec des négociations (saisine de l'ARS puis du tribunal administratif). L'ordonnateur a en outre indiqué que les praticiens libéraux avaient affirmé leur opposition à toute évolution de la situation et leur objectif de disposer d'une IRM qui leur soit propre dans les meilleurs délais.

Recommandation n° 6 : Respecter les intérêts de l'hôpital dans l'utilisation des matériels d'IRM, tant en termes financiers que d'accès aux soins pour les patients hospitaliers.

4.4.4 Les solutions mises en place pour assurer la couverture des postes médicaux

Dans un contexte préoccupant de forte pénurie médicale, avec un taux moyen de vacance statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein de 31,6 % au 1^{er} janvier 2021 en France métropolitaine⁶¹, le centre hospitalier de Vichy parvient à maintenir une certaine attractivité de son établissement. Il présentait de fait, pour la même année 2021, un taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein de 18,8 %, bien inférieur au niveau national.

⁶¹ Chiffres du centre national de gestion (CNG) « éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires 2021 ».

L'attractivité relative du centre hospitalier de Vichy tient à plusieurs facteurs externes, sur lesquels il n'a pas de prise, tels que la proximité du CHU de Clermont-Ferrand et de la gare ferroviaire. Elle est liée aussi à une politique interne des ressources humaines, qui s'appuie sur des leviers multiples pour attirer et fidéliser les praticiens. L'activité libérale, le recours important à des médecins étrangers attesté par l'accroissement des effectifs attachés renouvelables de droit sur la période (+ 245 %), ou encore l'implantation d'une crèche hospitalière, sont autant de leviers mobilisés par l'établissement.

Cependant pour faire face à des difficultés de recrutement et d'importantes vacances de postes affectant certaines spécialités (également en tension au niveau national) en psychiatrie⁶², oncologie et en médecine d'urgence⁶³, l'établissement a recherché une palette de solutions sur mesure. Pour ce faire, l'établissement s'est appuyé sur différents dispositifs existants (intérim intermédiaire, contrats de cliniciens notamment) et ceux récemment adoptés dans le cadre des accords du Ségur de la santé (prime de solidarité territoriale, nouveau statut de praticien hospitalier).

4.4.4.1 L'intérim médical

- ***Un dispositif légal mouvant et incertain dans sa mise en œuvre***

Pour faire face à des besoins de remplacements temporaires, les hôpitaux publics peuvent recourir à des prestations d'intérim médical dans le respect du code des marchés publics.

Toutefois, face aux dérives de l'intérim médical, la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et le décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 ont introduit le principe d'un encadrement des tarifs⁶⁴. Un tarif plafond journalier a ainsi été fixé à 1170,04 € brut par journée de 24 heures de travail effectif, par un arrêté du 24 novembre 2017⁶⁵ (incluant l'indemnité de fins de missions et les frais professionnels éventuels). Dans le même temps, des garanties supplémentaires ont été exigées des entreprises de travail temporaire, quant à la situation des médecins concernés (attestation d'autorisation d'exercer ; cumul d'activités ; repos de sécurité suffisant...).

Plus récemment, l'objectif de lutte contre les dérives de l'intérim médical a été repris dans le pilier n°1 des conclusions des accords du Ségur de la santé⁶⁶. De nouvelles mesures de contrôle a priori, devant être diligentées par le comptable public aux fins d'assurer l'effectivité du plafonnement de rémunération, ont été inscrites dans la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021⁶⁷

⁶² Le taux de vacance sur le pôle psychiatrie a oscillé entre 25 % et 50 % entre 2019 et 2022. Il a atteint sa valeur la plus basse en 2022 (25 %) soit 4,2 ETP vacant sur 16,5 ETP.

⁶³ Le taux de vacance des urgences a oscillé entre 2019 et 2022 entre 25 % et 40 %. En 2022, il était de 25 % soit 6,5 ETP vacant pour 25,6 ETP budgétés.

⁶⁴ Articles L. 6146- 3 et R. 6146-26 du code de la santé publique.

⁶⁵ Ce tarif a été majoré de 20 % en 2018 (1404,05 € brut) et de 10 % en 2019 (1287,05€ brut).

⁶⁶ Pilier n°1 « transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent », mesure 3 « mettre fin au mercenariat de l'intérim médical ».

⁶⁷ L'article L. 6146-4 du code de la santé publique dispose ainsi que le directeur général de l'ARS, informé par le comptable public de la conclusion d'actes irréguliers, doit engager de manière systématique une action juridictionnelle auprès du tribunal administratif compétent. Il appartient ainsi au comptable public d'exercer un contrôle de légalité interne sur les prestations d'intérim médical et les contrats de travail de gré à gré conclus entre un établissement et un praticien. Il doit, le cas échéant, procéder au rejet du paiement des rémunérations dont le montant excède les plafonds réglementaires.

dite loi RIST. Elles concernent l'intérim médical stricto sensus, ainsi que les situations de recrutement de médecins par l'hôpital dans le cadre de contrats négociés de gré à gré. A noter que pour ces derniers contrats, ne faisant pas appel à la mise en relation préalable par un tiers, le plafond de rémunération légal procède d'un arrêté du 8 juillet 2022⁶⁸.

La mise en œuvre des mesures de contrôle a priori a été reportée, sans autre fondement juridique qu'une instruction ministérielle⁶⁹ de novembre 2022, « dès que possible en 2022 »⁷⁰, au motif qu'elles présentaient « trop de risques de déstabilisation de l'offre de soins dans certains territoires »⁷¹.

Selon la même instruction ministérielle, le délai supplémentaire de mise en œuvre doit être employé sous la conduite de l'ARS :

- à fiabiliser le diagnostic de la situation au niveau des territoires (volume de l'intérim, lignes de garde menacées etc.) ;
- à mener les concertations avec les acteurs de l'offre de soins et les élus ;
- à conduire un dialogue, avec les professionnels concernés sur l'évolution des tarifs et rémunérations pratiqués, pour préfigurer la mise en œuvre de la prime d'exercice territoriale.

• *La situation au centre hospitalier de Vichy*

Comme de nombreux établissements de santé, le centre hospitalier de Vichy a été conduit à développer le recours à des prestations médicales temporaires, pour faire face à des besoins de remplacements de courtes durées.

La couverture des besoins est assurée par le recours à des entreprises de travail temporaire (les dépenses afférentes étant alors imputées au compte 62113 « personnel intérimaire médical »), et par appel à des vacations médicales dans le cadre de contrats négociés de gré à gré. Le compte 62113, qui ne comptabilise que les dépenses faisant intervenir une entreprise de travail temporaire, ne reflète ainsi que partiellement les dépenses d'intérim médical engagées par l'établissement.

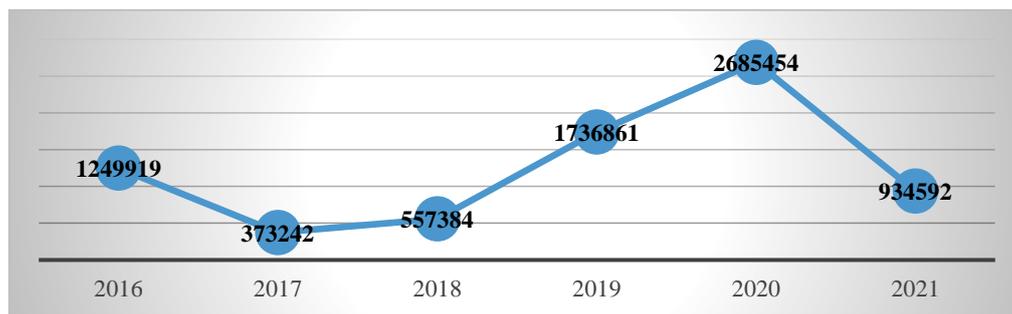
⁶⁸ Relatifs aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

⁶⁹ DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2021/226 du 4 novembre 2021 relative au report du contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé.

⁷⁰ Ce report a été confirmé par courrier du ministre des solidarités et de la santé et du ministre chargé des comptes publics à la direction générale de l'offre de soins et au directeur général des finances publiques le 26 octobre 2021.

⁷¹ Extrait de l'instruction interministérielle n° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2021/226 du 4 novembre 2021.

Graphique n° 21 : Évolution des dépenses d'intérim médical (compte 62113) en €



Source : d'après les comptes financiers

L'ensemble de la période de contrôle fait ressortir une baisse des dépenses d'intérim médical retracées au compte 62113 (- 25 %), mais avec des variations erratiques selon les années. Il a ainsi été constaté une augmentation nette des dépenses en 2019 (en raison notamment de la déstabilisation des urgences liée à de nombreux départs de praticiens du service), suivie d'un pic observé en 2020 (impact de la crise sanitaire), avant un recul marqué en 2021. Les prestations ont été surtout sollicitées pour répondre aux besoins des urgences, de la psychiatrie et de l'anesthésie.

Tableau n° 15 : Taux des dépenses d'intérim médical rapporté aux dépenses de personnel médical

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
taux dépenses intérim	7,3 %	2,1 %	3,0 %	9,7 %	13,8 %	4,3 %

Source : comptes financiers

Le taux des dépenses d'intérim médical de l'hôpital Jacques Lacarin⁷² est élevé, comparativement à la médiane des établissements de sa catégorie (budget supérieur à 70 M €) : cette dernière ne dépassait pas en effet 2,1 % des dépenses de personnel médical en 2020, pour 13,8 %⁷³ observés au CH de Vichy (données de l'ATIH). Malgré une baisse importante mais en trompe l'œil des dépenses d'intérim de 2021 (la baisse étant en fait liée au recours accru aux contrats conclus de gré à gré), le taux vichyssois est demeuré élevé (4,3 % des dépenses de personnel médical).

Au-delà des questions de poids financiers, plusieurs constats appellent la formulation d'observations. En premier lieu, l'examen d'un échantillon de factures de 2019 a mis en évidence la difficulté du contrôle du respect des plafonds réglementaires, du fait de l'indication de montants globalisés ne faisant pas apparaître le détail de la rémunération servie aux praticiens, et empêchant par là-même la mise en œuvre effective du contrôle a priori confié par la loi d'août 2021 au comptable public.

⁷² Ce taux est calculé de la façon suivante : au numérateur « compte personnel intérimaire 621,13 » ; au dénominateur : (« compte rémunération du personnel médical 642 » + « compte charges de sécurité sociale et de prévoyance des personnels médicaux 645,2 » + « compte autres charges sociales 647,2 »).

⁷³ Cette médiane était à 2,4 % en 2019 contre 9,7 % pour le CH de Vichy.

Mais quoi qu'il en soit, il apparaît cependant que les montants facturés ont dépassé nettement les plafonds légaux, dans plusieurs cas, ainsi qu'il ressort du tableau ci-après.

Tableau n° 16 : Illustrations dépenses d'intérim médical 2019 du centre hospitalier de Vichy

Nom du prestataire	service	nbre d'interventions	prix de journée (10h) facturé HT	prix total HT	plafond réglementaire HT (1170.04 € pour 24h)
réseau médical services	anesthésie	7 jours soit 70 heures	1495 €	10 465 €	3412 €
réseau médical services	psychiatrie	6 jours soit 60 heures	1380 €	8 280 €	2925 €
réseau médical services	urgences (garde 24h)	3 gardes de 24h soit 72 heures	3150 €	9 450 €	3510 €
Doct int	anesthésie	13 jours	1096 €	4 248 €	6337,5 €

Source : d'après les pièces comptables disponibles sur l'application de gestion des comptes des finances publiques

En second lieu, jusqu'en 2022, l'ordonnateur avait recours à ces prestations sans procédure de mise en concurrence préalable malgré l'importance des montants en jeu. Ce n'est que récemment qu'une consultation a été organisée au niveau du groupement hospitalier de territoire, le 1^{er} septembre 2021, et notifiée le 3 novembre 2021, dans le souci de mieux encadrer le recours à des prestations d'intérim médical.

Au-delà des prestations assurées par le biais des entreprises de travail temporaire, le centre hospitalier de Vichy fait également appel à des contrats de gré à gré conclus avec des praticiens, en sorte de les fidéliser peu ou prou. Bien que non intégrés dans les dépenses enregistrées au compte 62113, ces contrats participent évidemment aux dépenses d'intérim, donnant lieu à rétribution sous la forme de vacations médicales.

Les tarifs pratiqués dans ce cadre sont, certes, inférieurs à l'intérim médical intermédiaire, mais restent très largement au-dessus des plafonds réglementaires de rémunération des praticiens contractuels. L'examen d'un échantillon de dossiers individuels a révélé que nombre de ces contrats avaient été conclus au service des urgences, sous la forme soit de contrat de praticien attaché et plus récemment (à compter du printemps 2022) de contrat de praticien contractuel. Les montants forfaitaires de rémunérations se sont échelonnés en moyenne, de 600 € à 900 € brut la journée, soit bien au-delà des plafonds autorisés de rémunération⁷⁴. En outre, en complément de sa rémunération principale, le médecin vacataire bénéficie aussi,

⁷⁴ L'ancienne grille de praticien attaché fixe une rémunération de 30 000 € à 54 000 € brut annuel ; l'ancienne grille de praticien contractuel, au titre d'un remplacement, fixe quant à elle une rémunération équivalente au 4^{ème} échelon de la grille de praticien hospitalier majorée de 10 %. Enfin, la nouvelle grille unifiée de praticien contractuel issue du Ségur de la santé fixe le seuil minimum des émoluments bruts annuels à 39 396 € et le seuil maximum 67 740,25 € brut.

quand il y a lieu, du remboursement de ses frais de déplacement domicile/travail et de ses frais d'hébergement.

Tableau n° 17 : Illustrations de vacances médicales, dans le cadre de contrats négociés de gré à gré

Matricule	service concerné	forme du contrat	nombre de vacances	rémunération
112310	Urgences	Praticien attaché	2 nuits et 2 jours en mai 2021	3865 € brut + prise en charge des frais de déplacement aller/retour du domicile et les frais de logement
		Praticien attaché	4 jours en avril 2021	3865 € brut + prise en charge des frais de déplacement aller/retour du domicile et les frais de logement
		Praticien attaché	2 nuits et 2 jours en mars 2021	3866 € brut + prise en charge des frais de déplacement aller/retour du domicile et les frais de logement
		Praticien attaché	3 jours et 2 nuits en février	3866 € brut + prise en charge des frais de déplacement aller/retour du domicile et les frais de logement

Source : logiciel de traitement de la paie XEMELIOS

Si ces différentes pratiques mettent clairement en échec le dispositif légal d'encadrement des rémunérations d'intérim médical, elles permettent au centre hospitalier d'assurer la continuité des services, en particulier au service des urgences dont le sous-effectif chronique menace directement la poursuite de l'activité⁷⁵.

Cependant, par-delà les coûts financiers et les questions d'illégalité de telles rétributions, les prestations d'intérim médical comportent certains effets délétères sur le collectif de travail, ainsi qu'au regard de la qualité et la sécurité des soins.

En effet, le recours à un intérim médical, bien rémunéré au demeurant, valorise peu l'investissement et la permanence dans les services : de fait, les intérimaires sont bien souvent prioritaires sur les praticiens hospitaliers pour définir les plannings ; les écarts conséquents de rémunération sont de nature à engendrer un sentiment d'iniquité puis de ressentiment, pouvant conduire au départ à terme des principaux praticiens, piliers des services. Elles sont également porteuses de risques quant à la qualité du service dispensé : le turn over ; le faible engagement dans le service de professionnels de passage, allié à une connaissance imparfaite du fonctionnement de l'établissement, constituant autant de facteurs potentiellement préjudiciables au suivi des patients.

Il convient encore d'observer que le report de mise en œuvre de l'encadrement légal de l'intérim médical n'a pas été mis à profit par l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes pour établir, comme l'y enjoignait l'instruction ministérielle du 4 novembre 2021, un

⁷⁵ Lorsqu'elle a été saisie de telles affaires, la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) accorde à cet égard bien souvent au directeur des circonstances atténuantes ou même absolutoires : CDBF, 15 déc.2006 « CH d'Ambert » ; CDBF 16 avril 2009, « CH de Fougères » et apprécie les conséquences financières mais également les contraintes sur l'activité.

diagnostic territorial précis et s'employer à organiser le dialogue et la coordination entre les différentes parties prenantes. Cette absence de l'ARS, sur des sujets pourtant majeurs pour la continuité de l'activité et la santé financière des établissements, est indéniablement pénalisante.

Selon la réponse apportée par l'ordonnateur aux observations provisoires, la mise en œuvre de la loi RIST, au 3 avril 2023, aurait conduit à la mise en conformité réglementaire de l'intégralité des contrats de remplacements médicaux.

Pour sa part, l'ARS a indiqué avoir fait parvenir à l'ensemble des établissements un courrier en date du 26 mars 2018 leur rappelant les règles applicables en matière d'intérim médical et de recours aux contrats de remplacement de gré à gré. L'agence a précisé avoir également procédé à un diagnostic, par territoire, de l'intérim médical au début de l'année 2023.

Recommandation n° 7 : Exiger des entreprises de travail temporaire un relevé détaillé de la rémunération versée aux médecins pour permettre l'effectivité des contrôles du comptable public.

Recommandation n° 8 : Mettre fin aux contrats de gré à gré pour assurer les remplacements ponctuels en s'appuyant notamment sur le levier de la prime de solidarité territoriale.

4.4.4.2 Le recours à des contrats spécifiques très rémunérateurs pour les spécialités en tension (ex contrats de cliniciens)

• *Un dispositif exceptionnel, nécessitant un cadrage préalable de l'ARS*

L'article L 6152-3 du code de la santé publique, dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2022 (date de son abrogation), prévoyait que les établissements publics de santé pouvaient recruter des médecins par contrat sur des emplois présentant des difficultés particulières à être pourvus. Les médecins bénéficiant de ce type de contrat étaient alors dénommés cliniciens - hospitaliers.

Conçus pour être temporaires, ces contrats pouvaient être conclus pour une durée de 3 ans au plus, la durée totale ne pouvant excéder 6 ans renouvellement compris. Un cadrage par l'ARS était prévu, en amont de la conclusion des contrats, dans le cadre des contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui devaient fixer le nombre, la nature et les spécialités des emplois pouvant être pourvus par des contrats de cliniciens (article L. 6114-1 du CSP).

La rémunération comprenait une part fixe et une part variable, en fonction des engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs conformes à la déontologie de la profession, sans que la rémunération totale ne puisse excéder le dernier échelon de praticien hospitalier, majoré de quelque 65 % (article R. 6152-709 du CSP).

Abrogé au 1^{er} janvier 2022⁷⁶, ce dispositif subsiste selon des modalités voisines insérées dans le nouveau statut de praticien contractuel. Ledit statut prévoit en effet quatre motifs de recrutement sous contrat, énoncés à l'article R. 6152-338 du CSP dont, au 2^{ème} alinéa « [...] des difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre

⁷⁶ Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 « visant à favoriser l'attractivité médicale des carrières hospitalières ».

de soin sur le territoire [...] ». Ce type de contrat peut être conclu dans les mêmes conditions de durée que les précédents contrats de clinicien. Le rôle d'encadrement de l'ARS est maintenu, avec une autorisation requise pour ce motif de recrutement sous contrat, à définir dans les CPOM (article R. 6152-340 du CSP). Quant à la rémunération des praticiens contractuels, comportant une part fixe et une part variable, les textes réglementaires déterminent désormais un seul plafond annuel global, de 119 130 €, qui correspond au dernier échelon de la nouvelle grille de praticien hospitalier incluant la prime d'engagement de service public exclusif (IESPE).

Si la rémunération maximale est quelque peu minorée⁷⁷ dans le cadre du nouveau contrat, plusieurs points d'amélioration apportés ne le rendent pas moins attractif. En particulier, le praticien sous contrat (conclu au titre de l'article R. 6152-338 du CSP alinéa 2) peut désormais bénéficier de la rémunération de la permanence des soins, du bénéfice de la réduction du temps de travail et du droit à une protection sociale (articles R. 6152-343, R. 6152-355 et D 6152-356 du CSP).

• *La situation au centre hospitalier de Vichy*

Afin de pourvoir à la vacance longue de postes médicaux induite par les difficultés de recrutement particulières affectant certains services, le centre hospitalier de Vichy avait souscrit très ponctuellement quelques contrats de cliniciens depuis 2018 (notamment sur l'urologie et la gériatrie), avant un recours accru à compter de 2020 à la faveur de la crise sanitaire (notamment pour les secteurs de la psychiatrie et des urgences). Il est à noter que l'établissement a fait appel à ce type de contrat, sans cadrage ni autorisation préalable de l'ARS.

Ce n'est qu'en 2021, dans le but d'assurer une plus grande transparence et d'équité de traitement dans le recours à ce type de contrat, qu'une doctrine de l'établissement a été définie lors d'une réunion de la commission médicale d'établissement du 21 février 2021. L'établissement a ainsi déterminé plusieurs critères, validés en instance, prévalant à la conclusion de contrats de cliniciens :

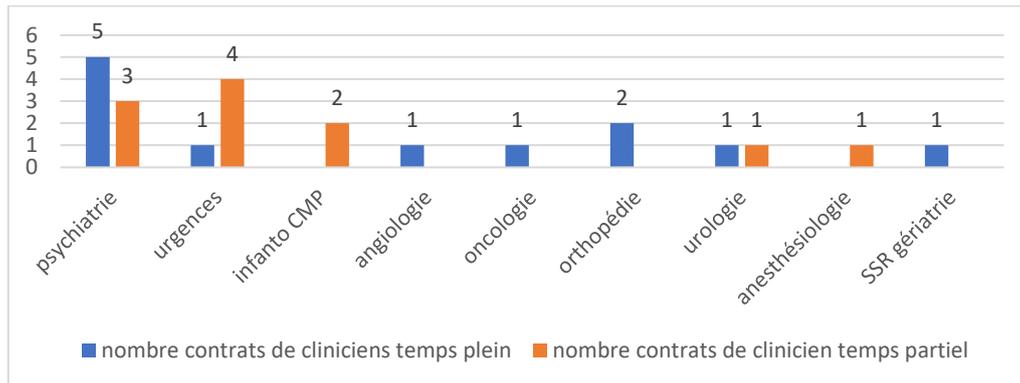
- le positionnement sur des spécialités en forte tension au niveau national, et présentant un effectif en dessous d'un seuil minimal défini pour chaque service avec évolutivité dans le temps ;
- des dépenses d'intérim médical importantes et/ou menaçant directement l'offre de soins ;
- des contrats réservés aux nouveaux entrants ;
- une contractualisation d'objectifs pour le clinicien, intégrant ceux du service et du pôle avec un suivi annuel ;
- un niveau de rémunération des cliniciens, discuté selon l'ancienneté, compris entre le 8^{ème} échelon majoré de 50% et le 10^{ème} échelon majoré de 65% de la nouvelle grille de praticien hospitalier.

En ces termes, les spécialités des urgences, de la psychiatrie, d'oncologie et d'urologie ont été plus particulièrement ciblées par la commission médicale, en vue de limiter le recours

⁷⁷ Le montant maximum de rémunération pouvant être perçu est de 9 927 € brut par mois indépendamment de la permanence des soins, des RTT et de la protection sociale ; auparavant le montant maximum brut par mois pouvant être perçu était de 12 375 € brut, soit le 13^{ème} échelon + 65 %.

coûteux à l'intérim tout en assurant une plus grande stabilité de l'effectif médical en place dans les services. Pour autant, l'analyse des contrats conclus durant la période fait ressortir une diversité des spécialités touchées, certes avec une prépondérance marquée pour les secteurs de la psychiatrie et des urgences (infanto-CMP, anesthésiologie, angiologie...). Les contrats consultés, qui comprennent mention des obligations de services et des objectifs à réaliser en lien avec la part variable de la rémunération, ont été établis sur la base d'un temps de travail hebdomadaire de 48 heures, et non sur la base des 39 heures pratiquées aux urgences.

Graphique n° 22 : Nombre de contrats de cliniciens conclus sur la période par spécialité



Source : d'après les données de l'établissement

De fait, le recours à de tels contrats a contribué à compter de l'année 2021 à faire reculer la vacance de postes sur les deux principaux services concernés, les urgences et la psychiatrie.

Tableau n° 18 : Évolution du taux de vacance de postes au regard des ETP budgétés sur les deux principaux services concernés par le recours aux contrats de praticiens

Service concerné	2019	2020	2021	2022
Urgences	33 %	40 %	27 %	25 %
Psychiatrie	50 %	40 %	31 %	25 %

Source : d'après les données du CH de Vichy

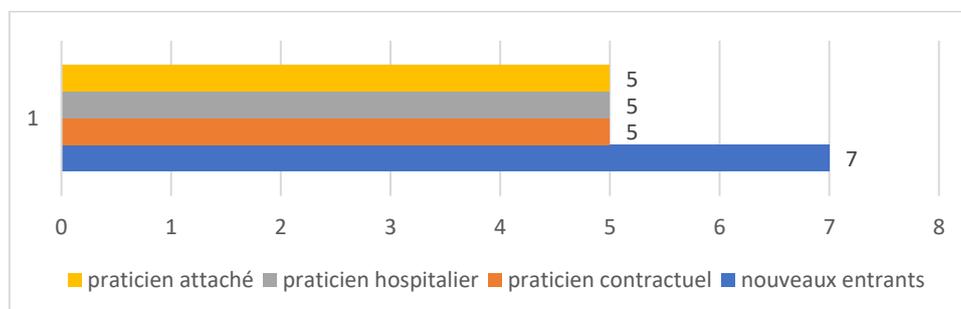
Sur la base de l'échantillon de contrats contrôlés, plusieurs observations peuvent-être formulées.

Tout d'abord, la part des contrats à temps partiel est significative, notamment sur le service des urgences. Le développement des temps partiels, du reste pas nécessairement corrélés avec les besoins du service, traduit la recherche d'un temps de travail choisi par les praticiens, ainsi que la faculté pour eux de pouvoir exercer auprès d'autres établissements, et de bénéficier ainsi de la prime d'exercice territorial.

Par ailleurs, et contrairement au cadre défini par l'établissement, il apparaît que plusieurs praticiens hospitaliers ont été détachés sur des contrats de cliniciens, et ce même

postérieurement à la tenue de la commission médicale du 21 février 2021, fragilisant de facto le statut de praticien hospitalier.

Graphique n° 23 : Origine statutaire des praticiens sous contrat de clinicien sur la période de contrôle



Source : données de la paie issues de XEMELIOS

De surcroît, les contrats de clinicien, très rémunérateurs, créent des écarts importants de niveaux de rétribution avec les praticiens hospitaliers, et ce même lorsque ces derniers accomplissent de nombreuses plages de temps de travail additionnel⁷⁸.

Tableau n° 19 : Illustrations des écarts de rémunérations entre praticiens hospitaliers et cliniciens au sein d'un même service

Statut	Rémunération moyenne net par mois
Clinicien	9300 € (année 2021)
Clinicien	8400 € (année 2021)
PH 13 ^{ème} échelon (ancienne grille)	5930 € (année 2020) avec indemnité d'activité sectorielle, participation à la PDS mais pas de TTA.
PH 8 ^{ème} échelon nouvelle grille	6902 € (année 2021) avec indemnité d'activité sectorielle, participation à la PDS et TTA

Source : logiciel de paie XEMELIOS

Enfin, et contrairement à ce que prévoit expressément le code de la santé publique, aucun cadrage préalable n'a été arrêté par l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes pour définir les conditions du recours à de tels contrats dans le cadre des CPOM. Si un courrier en date du 20 février 2018 a été adressé aux hôpitaux de la région délivrant quelques éléments

⁷⁸ Ainsi en 2020 un PH temps plein au 13^{ème} exerçant en psychiatrie bénéficiait de 5930 € net par mois en moyenne sur l'année contre 9300 € pour un contrat de clinicien en psychiatrie conclu en 2021.

de cadrage sur le recours aux contrats de cliniciens (intérêt du recours à ce type de contrats pour éviter le recours à de l'intérim médical, nécessité d'un cadrage du recours à ces contrats dans le cadre des CME, nécessité d'une adéquation financière avec la situation de l'établissement), la chambre souligne qu'aucune véritable action de régulation n'a été engagée par l'ARS sur ce sujet. Il s'ensuit que les établissements publics de santé se livrent une forte concurrence, pouvant donner lieu à un phénomène de surenchères localement, préjudiciable à l'ensemble des parties prenantes.

Dans le cadre de la contradiction, l'ordonnateur a précisé que le recours à des contrats de cliniciens, en dehors des situations arrêtées en CME, a concerné quelques situations particulières de cumul d'emploi-retraite (pour les spécialités de pédopsychiatrie, orthopédie, anesthésie) ou de longue ancienneté d'exercice en libéral (médecine vasculaire) ne pouvant être intégrées dans l'ancien plafond réglementaire (échelon 4 + 10 %) pour les praticiens contractuels, dans l'attente de leur nomination en tant que praticien hospitalier. Le nouveau statut de praticien contractuel permet dorénavant de prendre en compte ces situations particulières sans avoir recours à des contrats spécifiques.

4.4.4.3 La mobilisation des nouvelles mesures du Ségur de la santé

- ***La prime de solidarité territoriale***

Conçue comme une alternative à l'intérim médical, le dispositif de la prime de solidarité territoriale permet d'organiser une réponse interne aux besoins ponctuels de remplacements, entre établissements publics voisins. Il s'agit d'encourager les médecins à effectuer des remplacements auprès d'autres établissements publics de santé, au-delà de leurs obligations de service.

Tous les praticiens, quel que soit leur statut, sont éligibles à ce dispositif sous réserve d'exercer à temps plein (à l'exception des praticiens hospitaliers), à moins qu'une dérogation individuelle ne soit accordée par le directeur général de l'ARS (article R. 6154-4-1 du code de la santé publique).

Ce dispositif donne lieu à indemnisation, dans le cadre de la prime de solidarité territoriale instituée par le décret n° 2021-1655 du 15 décembre 2021. Le praticien peut choisir entre récupérer le temps accompli ou être indemnisé. Le montant de la rétribution varie de 293,25 € brut⁷⁹ à 427,25 € brut⁸⁰ la demi-journée (selon la période d'accomplissement) ; ils peuvent au surplus être majorés de 20 % sur décision du directeur général de l'ARS.

Le centre hospitalier de Vichy a récemment fait appel à ce dispositif, pour certains gynécologues et pédiatres appelés ainsi à effectuer des remplacements ponctuels auprès d'autres établissements, pour des consultations ou pour des hospitalisations.

La prime de solidarité territoriale a permis à l'établissement d'éviter le recours à des contrats de cliniciens coûteux. Les montants alloués pour quelques demi-journées de remplacement s'avèrent en effet très attractifs, se rapprochant des montants de rémunération de l'intérim médical.

⁷⁹ Montant pour une demi-journée de jour du lundi au vendredi ou le samedi matin.

⁸⁰ Montant pour une demi-journée de nuit ou une demi-journée de jour le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés.

Tableau n° 20 : La prime de solidarité territoriale en gynécologie

<i>discipline</i>	<i>nbre de demi-journées effectuées</i>	<i>montant de la prime versée</i>
<i>Gynécologie/consultations externes</i>	4,8 demi-journées dont 3,6 au tarif de nuit	1890 € brut
	4,8 demi-journées dont 2,4 au tarif de nuit	1728 € brut
<i>Gynécologie/ hospitalisation</i>	4,8 demi-journées dont 3,6 au tarif de nuit	1890 € brut
	4,8 demi-journées dont 2,4 au tarif de nuit	1728 € brut

Source : logiciel de paie XEMELIOS

Cette prime présente l'avantage majeur, pour un établissement comme l'hôpital de Vichy, de participer à la fidélisation des praticiens en leur offrant une meilleure rémunération et un cadre de travail, pour l'accomplissement des remplacements, souvent plus confortable que dans l'établissement de rattachement en termes de volume d'activité.

Elle peut toutefois s'avérer préjudiciable pour l'établissement, dans une certaine mesure. L'hôpital Jacques Lacarin est en effet conduit à partager ses propres effectifs de professionnels avec d'autres établissements du territoire, alors même qu'il peine à attirer des professionnels extérieurs.

De plus, il y a un réel risque que les praticiens privilégient l'accomplissement d'heures supplémentaires auprès d'autres établissements, dans le cadre de la prime de solidarité, plutôt qu'en interne dans le cadre du temps de travail additionnel moins bien rémunéré. Ce risque est d'autant plus fort si la revalorisation du TTA, actée durant la crise sanitaire, n'est pas maintenue de façon pérenne. Le dispositif peut ainsi interroger l'égalité de traitement dans le collectif de travail, entre les médecins bénéficiant de primes très attractives pour effectuer des heures supplémentaires dans des établissements extérieurs et ceux accomplissant du temps de travail additionnel moins rémunérateur auprès de l'établissement.

Pour ce motif, il importe donc que l'établissement puisse engager sans tarder, et sous la coordination de l'ARS, une réflexion sur les limites et contreparties à poser à l'autorisation consentie aux praticiens pour effectuer des remplacements éligibles au bénéfice de la prime de solidarité territoriale.

Appelée à la contradiction, l'ARS a souligné la mise en œuvre rapide de la prime de solidarité territoriale dans la région, en raison de l'approbation dès le mois de février 2022 de la convention régionale relative à sa mise en place. Elle a également indiqué les critères sur lesquels reposaient l'application d'un taux majoré de 20 %, à savoir : le rôle des établissements dans l'offre de soins du territoire d'une part ; les activités normées en tension et répondant à d'importants besoins populationnels comme les urgences, les soins critiques et les maternités, d'autre part.

- ***Un nouveau statut de praticien hospitalier, plus attractif par l'effet de diverses primes***

Le décret n° 2022-134 du 5 février 2022 a fusionné les différents statuts de praticien hospitalier titulaire, en un statut unique de praticien hospitalier présentant des facteurs d'attractivité renforcés.

La gestion du temps de travail des praticiens hospitaliers s'en trouve tout d'abord assouplie, la quotité de temps de travail pouvant être modifiée sans nouvelle publication de poste (temps de travail pouvant être compris entre 5 à 10 demi-journées par semaine). Cette faculté de modulation va de pair avec l'assouplissement des règles relatives au cumul d'activités (activités non-cliniques hospitalières et d'activités d'intérêt général, désormais décomptées dans le temps de travail médical).

La rémunération servie aux praticiens a été également revalorisée, par l'effet d'une nouvelle grille indiciaire emportant suppression des premiers échelons et création de trois nouveaux échelons terminaux (dont le 13^{ème} échelon correspondant désormais à 107 009, 89 € brut annuel, contre 90 009,89 € brut annuel dans l'ancienne grille).

La revalorisation tient aussi à l'augmentation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif, dont le montant est désormais fixé à 1 010 € brut par mois pour tous les praticiens à temps plein (contre une base de 493 € brut par mois pour l'ancienne prime, qui pouvait être portée à 704 € brut ou 1 010 € brut par mois sous certaines conditions⁸¹). La rémunération principale d'un praticien hospitalier peut ainsi être abondée de divers éléments de primes et d'indemnités, tels que la prime d'engagement de service public exclusif, la prime d'exercice territorial, la prime de solidarité territoriale ou encore la permanence des soins, sans préjudice de la rétribution retirée de l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital.

Selon le directeur de l'hôpital Jacques Lacarin, ce nouveau statut, combiné à l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital et au bénéfice de la prime de solidarité territoriale, est de nature à permettre une réelle revalorisation du statut, et éviter le décrochage avec le secteur privé ou l'exercice en médecine de ville. Il ne suffit cependant pas pour les urgences, et dans une moindre mesure pour la psychiatrie, disciplines pour lesquelles l'activité libérale n'est pas un levier réellement mobilisable, laissant augurer de la reconduction des dispositifs d'exception déployés, tels que les contrats de cliniciens notamment.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE SUR LA GESTION DU PERSONNEL MÉDICAL

Atteignant 211 emplois ETP en 2021, les effectifs médicaux ont augmenté de 29 emplois ETP (soit + 16 %) sur la période de contrôle, en relation avec la progression du volume de l'activité hospitalière depuis 2019, mais également en raison du développement des contrats négociés de gré à gré en lieu et place du recours à des prestations d'intérim médical intermédiées.

Connaissant un faible taux de vacance statutaire comparativement à la moyenne nationale, l'hôpital de Vichy dispose d'atouts solides pour attirer les praticiens : sa proximité avec le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand avec lequel l'exercice partagé peut être développé ; sa desserte par la gare ferroviaire ; le cadre de vie offert par la ville de Vichy.

⁸¹ Cette dernière pouvant être portée à 1010 € brut par mois sous l'ancien régime, mais à condition d'être obtenue depuis plus de quinze ans de façon continue et de s'engager à ne pas exercer d'activité libérale.

Pour renforcer ces éléments d'attractivité, et pourvoir mieux et de façon pérenne les postes médicaux, l'établissement vichyssois s'est également doté d'une crèche hospitalière. Il a encouragé et favorisé aussi le développement de l'activité libérale.

Pour autant, l'hôpital Jacques Lacarin connaît de sérieuses difficultés de recrutement de praticiens, dans certaines spécialités et notamment la médecine d'urgence, la psychiatrie ou encore l'oncologie. Pour y faire face, le CH de Vichy a développé plusieurs stratégies, certes efficaces pour assurer la continuité de l'activité mais qui ne sont pas d'une parfaite régularité et touchent à l'équité de traitement, emportant un risque de démotivation des praticiens les plus investis dans l'hôpital (contrats de clinicien, intérim médical, vacations d'intérim de gré à gré...). En méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires, ces dispositifs se sont développés sans le cadrage préalable de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, retraits de l'autorité de tutelle qui n'a pas été compensés par l'implication du groupement hospitalier de territoire. En termes d'équilibre, le développement important et croissant de l'activité libérale peut faire place aux intérêts privés, au détriment de l'intérêt général du service public, ainsi que l'illustre déjà l'insuffisance des plages horaires d'utilisation des matériels d'IRM réservées à l'activité publique (de l'ordre de 33%), alors que les équipements sont intégralement financés sur fonds publics.

Les récentes réformes, engagées dans le cadre du Ségur de la santé, ouvrent des perspectives d'attractivité renforcée des carrières hospitalières, qu'il s'agisse des potentialités offertes par le nouveau statut de praticien hospitalier, de la revalorisation des rémunérations, de la nouvelle prime de solidarité territoriale ou encore du contrôle des dépenses d'intérim médical. Il n'est cependant pas assuré que ces différentes avancées s'avèrent suffisantes pour permettre de sortir des dispositifs d'exception, et notamment des contrats de cliniciens, pour les spécialités en tension pour lesquelles l'activité libérale n'est pas un levier (psychiatrie, urgences).

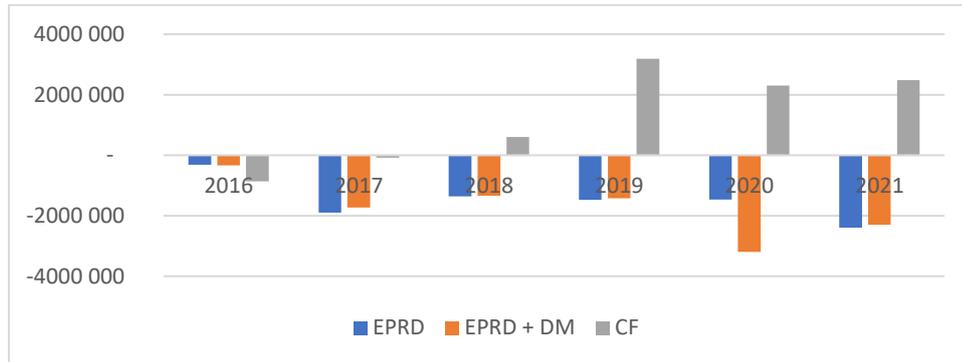
Le rôle du groupement hospitalier de territoires d'Auvergne, et bien plus encore celui de l'ARS, encore peu présents sur ces sujets d'importance, apparaissent essentiels pour réguler la concurrence entre les établissements en recherche de praticiens, et éviter les stratégies isolées contre-productives et en définitive fâcheuses pour le territoire.

5 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE

5.1 La gestion budgétaire

Durant la période sous revue, les estimations initiales des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), ont fait l'objet en moyenne de deux à cinq décisions modificatives (DM) l'an.

Le résultat d'exécution de l'établissement, dégagé à la clôture de l'exercice (toutes activités confondues) s'est révélé bien meilleur que tel qu'anticipé, sur les années 2017 à 2021.

Graphique n° 24 : Résultat prévu / réalisé (tous budgets confondus)

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

Le déficit comptable (toutes activités confondues) de 2017, contenu à 78 000 €, s'est ainsi inscrit bien en deçà du déficit attendu encore évalué à 1,7 M€ selon la dernière décision modificative de l'exercice. Par ailleurs, alors que l'exécution a fait apparaître des excédents comptables depuis l'exercice 2018, c'est un déficit prévisionnel qui a été systématiquement envisagé par les services ordonnateurs dans le cadre de la prévision budgétaire.

Les écarts, entre résultat prévisionnel et résultat d'exécution constaté (toutes activités confondues), n'ont pas excédé 2 M€ pour les trois premières années sous revue. Ils se sont accentués ensuite, à hauteur de 4,6 M€ en 2019 puis de 4,8 M€ en 2021, atteignant même 5,5 M€ en 2020 (soit quelque 3,2 % du montant total des produits de l'exercice).

Cette situation tient notamment aux produits du budget principal, essentiellement ceux en provenance de l'Assurance maladie dont le niveau s'est avéré nettement supérieur à celui estimé au stade de la prévision budgétaire pour les trois dernières années de la période sous revue : montant de produits perçus supérieur de 6 M€ à celui des prévisions en 2019 et en 2021 ; montant de produits constatés dépassant de 10 M€ le niveau des prévisions de 2020. Cet écart entre prévision et exécution résulte, pour partie, de l'abondement par l'ARS de certaines dotations (dotations MIGAC, dotation annuelle de financement), donnant lieu à notification après la clôture de l'exercice au 31 décembre⁸², et ne pouvant donc donner lieu à décision budgétaire modificative⁸³.

Il s'explique aussi par l'absence de prise en considération, par les services de l'hôpital, de montants de dotations notifiés par l'ARS avant le 31 décembre pour certains exercices sous revus, au-delà des montants prévisionnels inscrits à l'EPRD⁸⁴.

⁸² Par ex. : dotation MIGAC MCO pour l'année 2020 annoncée à 10,2 M€ dans un arrêté du directeur général de l'ARS du 13/11/2020, puis à 11 M€ dans un arrêté du 11/01/2021, avant d'être portée à 13,8 M€ dans un arrêté du 09/04/2021.

⁸³ En effet, en vertu des dispositions de l'article R6145-10 du CSP : « Les décisions modificatives qui tiennent compte d'une modification de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou de la dotation annuelle de financement sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard le 31 décembre de l'exercice auquel elles se rapportent ».

⁸⁴ Par ex. : l'ordonnateur a retenu au sein de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'exercice 2020, après l'avoir réévalué, au moyen de décisions modificatives, un montant de dotation MIGAC MCO de 8,9 M€, alors même qu'un arrêté du directeur général de l'ARS daté du 13 novembre 2020 avait notifié à l'établissement l'attribution d'une dotation de l'ordre de 10,2 M€ (dotation portée à 13,8 M€ par un arrêté du

Un suivi attentif et plus rigoureux de toutes les informations de portée budgétaire aurait contribué à réduire les écarts relevés entre le montant attendu des produits et celui effectivement constaté au budget principal. La chambre invite les services ordonnateurs à un pilotage budgétaire plus resserré.

5.2 La fiabilité des comptes

L'hôpital Jacques Lacarin de Vichy⁸⁵ est assujéti à la certification de ses comptes depuis l'exercice 2015⁸⁶, lesquels comptes ont été certifiés, sans réserve, au titre de chacun des exercices de 2016 à 2021.

L'établissement a élaboré un guide recensant les procédures budgétaires et comptables internes, détaillant et décrivant notamment les travaux de clôture d'exercice. Les règles comptables appliquées chaque année, en matière, d'amortissement, de valorisation des stocks, de dépréciation des créances ou bien encore de rattachement des charges et des produits à l'exercice (pour ne citer que les principales), sont exposées en annexes du compte financier.

5.2.1 Le suivi des immobilisations

Le directeur du CH de Vichy tient l'inventaire comptable des immobilisations. Mais aucune opération de recensement physique d'ensemble, pour tout élément d'immobilisation corporelle, n'a été diligentée en sorte de s'assurer de la réalité matérielle et de la consistance des biens inscrits à l'inventaire comptable, et ce à tout le moins depuis 2015. Seul l'inventaire physique des immobilisations de l'EHPAD a été récemment engagé en 2020.

Les services ordonnateurs ont fait mention d'une opération de revue et d'apurement du fichier des immobilisations, débuté à l'été 2022, à fin d'identifier et d'extraire de l'inventaire comptable les éléments anciens, n'ayant plus de réalité physique. L'ordonnateur a précisé que cette opération s'était traduite en 2022 par un apurement du fichier des immobilisations au titre des équipements hôteliers, pour un montant de 1,6 M€. Il a ajouté que cette démarche allait se poursuivre en 2023 au titre du matériel informatique, pour un montant prévisionnel d'apurement de près de 1,8 M€, et du matériel biomédical, pour un montant d'apurement non encore estimé.

9 avril 2021). Le montant de la dotation finalement comptabilisé s'étant établi à 13,6 M€. L'ordonnateur a retenu au sein de l'EPRD initial et maintenu pour l'exercice 2021 un montant prévisionnel de dotation annuelle de financement de 19,2 M€, alors même qu'un arrêté du directeur général de l'ARS daté du 18 novembre 2021 avait notifié à l'établissement l'octroi d'une dotation de 20,9 M€ (dotation portée à 21,1 M€ par un arrêté du 8 avril 2022). Le montant de la dotation finalement comptabilisé ayant atteint environ 21 M€.

⁸⁵ Selon les termes de l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique : « I. - Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs [...] ».

⁸⁶ Arrêté du 1^{er} août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015.

L'ordonnateur a par ailleurs indiqué qu'un recensement des biens immobiliers était également réalisé et que la procédure d'inventaire du matériel informatique allait être revue en 2023.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre cette démarche qui, outre la nécessaire mise à jour des données du fichier des immobilisations corporelles, participe aussi à la fiabilité des comptes.

5.2.2 Le suivi des créances d'exploitation

L'état des restes à recouvrer du budget principal, arrêté au 31 décembre 2021, fait apparaître de nombreuses créances très anciennes, particulièrement concernées par un risque d'irrecouvrabilité. Ainsi, 1 537 titres émis antérieurement à 2014 (plus de 8 ans d'ancienneté) demeuraient encore portés à l'état de restes à recouvrer, pour un montant total de 91 426 €⁸⁷. Et ce, alors même que l'établissement a comptabilisé des pertes sur créances irrécouvrables - au compte 654 - durant chacun des exercices de la période sous revue, pour des montants annuels compris entre près de 39 000€ et environ 160 000€ au seul budget principal.

L'ordonnateur a précisé que 346 titres émis durant les exercices 2013, 2014, 2015, 2017, 2019 et 2020 à l'encontre des caisses d'Assurance maladie, avaient donné lieu à annulations sur l'exercices 2022, pour un montant global de près de 117 000€. Il a ajouté que cette annulation avait été réalisée, à la demande du comptable public, par imputation en dépenses au compte 673 « annulations de titre sur exercice antérieurs ». Les titres des exercices 2016 et 2018 étant appelés à être annulés selon le même mode opératoire, en 2023.

La chambre invite le directeur du centre hospitalier à identifier, en lien avec le comptable public, les créances en souffrance présentant un risque élevé d'irrecouvrabilité, en vue de procéder en conséquence à leur comptabilisation en pertes sur créances irrécouvrables, au compte 6541, ainsi qu'il convient. Elle rappelle que la procédure d'annulation de titres sur exercices antérieurs, par mouvement du compte 673, doit être réservée aux seules situations d'erreurs, factuelles et techniques, commises dans l'émission des titres.

5.2.3 Le respect du principe d'indépendance des exercices

■ La journée complémentaire

Conformément au principe de l'annualité budgétaire, l'exercice comptable s'achève au 31 décembre. Cependant, l'ordonnateur dispose d'un délai d'un mois, en début d'année, pour achever les opérations d'ordre et pour procéder à l'émission des titres de recettes et des mandats de paiement correspondant aux droits acquis et aux services faits durant l'année écoulée⁸⁸. Ce délai d'un mois, qualifié de « journée complémentaire », doit être compris comme constituant un délai maximal.

⁸⁷ A hauteur de 22 328 € pour les titres émis à l'encontre des hospitalisés et des consultants, 4 908 € pour les titres émis à l'encontre des caisses de sécurité sociale et 64 190 € pour les titres émis à l'encontre des autres débiteurs de l'établissement.

⁸⁸ Instruction budgétaire et comptable M21, Tome II, Titre 2, chapitre 1.

Or à l'hôpital de Vichy, la journée complémentaire s'étend jusqu'à la fin du mois de mars voire, pour certains exercices, jusqu'au début du mois d'avril, en méconnaissance des dispositions réglementaires en vigueur. Certes, l'établissement n'émet pas de mandats de paiement au-delà du 31 décembre de l'exercice concerné. En revanche, de nombreux titres de recettes sont encore émis durant les mois de février, mars, voire avril de l'exercice suivant à celui auquel ils se rapportent. Ces titres d'émission tardive visent, notamment, à la reprise de provisions, à virer au compte de résultat une quote-part des subventions d'investissement, à enregistrer les variations de stocks, ou bien encore à comptabiliser les recettes d'activité se rapportant à la fin de l'exercice précédent.

La chambre invite l'ordonnateur à mettre un terme à l'utilisation extensive et abusive de la journée complémentaire, par la comptabilisation d'opérations d'ordre et de produits rattachés dans le délai imparti d'un mois ou par l'enregistrement de produits sur exercice antérieur, au titre de l'exercice suivant, en cas d'impossibilité de rattachement à l'exercice concerné.

■ Les reports de charges

Les reports de charges correspondent à des charges sur exercice antérieur qui n'ont pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent, en dehors des cas d'omission (entraînant une correction d'erreur d'un exercice antérieur, en situation nette). Leur comptabilisation doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles, ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné.

Les diligences de contrôle ont révélé de nombreuses charges ayant donné lieu à report, alors qu'elles n'avaient pas vocation à émarger sur des chapitres comportant des crédits à caractère limitatif⁸⁹. Au demeurant, certaines dépenses sur chapitres dotés de crédits limitatifs ont fait l'objet de reports, alors que le niveau de consommation des crédits en permettait le rattachement, sans dépassement des crédits ouverts⁹⁰.

L'ordonnateur a confirmé que les reports de charges avaient été comptabilisés indépendamment de toute question se rapportant à la disponibilité de crédits limitatifs. Ces comptes étant utilisés dans le but de comptabiliser des charges non rattachées du fait d'erreurs ou de difficultés à estimer le montant à rattacher.

La chambre engage l'ordonnateur à davantage de rigueur dans la gestion des comptes de reports de charges. Elle rappelle qu'en toute éventualité, en application des dispositions de l'article R. 6145-40 du code de la santé publique, il appartient au directeur d'un établissement

⁸⁹ A titre d'illustration, le centre hospitalier a reporté en 2019, en tant que charge à caractère médical sur exercice antérieur – au compte 67228 –, une dépense correspondant à une prestation de prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile durant l'année 2018 (pour un montant de 13 180 €). Le centre hospitalier a également comptabilisé en tant que charge à caractère hôtelier et général sur exercice antérieur – au compte 67238 – de l'exercice 2020 une dépense se rapportant à l'accès à une plateforme téléphonique et à une prestation de maintenance, au titre de l'année 2019 (pour un montant de 27 421 €).

⁹⁰ Ainsi, par exemple, le centre hospitalier a inscrit au compte des charges de personnel sur exercices antérieurs – au compte 67218 - de l'exercice 2020 plusieurs dépenses correspondant à l'intervention de médecins intérimaires au service des urgences, durant l'année 2019 (pour des montants, notamment, de 21 813 €, pour 14 jours de travail, de 14 225 €, pour 9 jours de travail, de 13 669 €, pour 4 gardes de 24 heures). Au regard de leur nature, ces charges étaient appelées à grever le chapitre 621 « Personnel extérieur à l'établissement », lequel comporte des crédits à caractère limitatif. Or, ce chapitre présentait au terme de l'exercice 2019 un non réalisé de l'ordre de 51 000 €, autorisant un rattachement de charges à due concurrence.

public hospitalier de veiller à abonder, par décision modificative, le montant des crédits ouverts aux chapitres de caractère limitatif venant à s'avérer insuffisamment dotés en cours d'exercice.

■ Les recettes à classer ou à régulariser

Les comptes des recettes à classer ou à régulariser, présentant un solde créditeur de clôture, n'ont pas donné lieu à apurement régulier. Le montant des recettes demeurant enregistrées sur des comptes d'imputation transitoires ou d'attente se montait ainsi à quelque 5,6 M€ en 2020 et 1,2 M€ en 2021.

Selon les éléments recueillis auprès du comptable public, il apparaît que les montants significatifs de recettes à classer ou à régulariser tenaient au retard de traitement – imputable au poste comptable – des rattachements de dotations en provenance de l'Assurance maladie⁹¹ avec les titres de recettes correspondants⁹².

Selon le propre guide des procédures budgétaires et comptables de l'hôpital vichyssois, un travail doit être mené tout au long de l'année, en lien avec la trésorerie, en sorte de régulariser les recettes non rattachées à des titres de recettes. Les constats de la chambre révèlent le caractère perfectible de ladite procédure de régularisation, la situation allant en se dégradant depuis 2018. Dans ces conditions, il convient que les services ordonnateurs se rapprochent de ceux du comptable public en vue de redéfinir une procédure efficace de suivi et de traitement des recettes à classer et à régulariser, à même de permettre d'apurer en fin d'exercice les comptes transitoires et d'attente.

Tableau n° 21 : Les recettes à classer ou à régulariser

<i>En €</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Recettes à classer ou à régulariser</i>	306 915	308 322	250 951	601 838	5 631 103	1 255 427

Source : CRC à partir des comptes financiers

5.2.4 La provision pour gros entretien ou grandes révisions

Au 1^{er} janvier 2016, le montant de la provision pour gros entretien ou grandes révisions s'établissait à 186 000 €. Elle a été ramenée à 100 000 € durant l'exercice 2016, et n'a plus évolué les années suivantes, étant destinée à couvrir les dépenses d'entretien courant de l'unité de soins de longue durée (USLD) dans l'attente de la réalisation des travaux de rénovation. En 2020, la provision a fait l'objet d'une reprise, en son intégralité, du fait de l'engagement des travaux de rénovation de l'USLD.

⁹¹ D'après l'état de développement des soldes, les encaissements de dotations de l'assurance maladie survenus durant le seul mois de décembre 2020 et demeurés inscrits au compte 47182 en clôture de cet exercice se sont élevés à près de 2 M€.

⁹² Les titres de recettes correspondant à ces dotations ayant été émis par l'établissement et pris en charge par le poste comptable durant l'exercice concerné, le montant de ces dotations a bien été comptabilisé au sein des produits des exercices 2020 et 2021.

Quant au bien-fondé de la constitution d'une telle provision, d'un montant au demeurant plus que modeste, les services ordonnateurs ont indiqué qu'aucun plan pluriannuel d'entretien n'avait été ni établi ni exécuté, en sorte de justifier de la provision.

Dans le prolongement des recommandations formulées à l'issue du précédent contrôle des comptes et de la gestion, la chambre invite l'établissement à formaliser un plan pluriannuel d'entretien, dans l'hypothèse où la constitution d'une nouvelle provision pour gros entretien ou grandes révisions viendrait à être envisagée.

6 L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE

6.1 La performance financière annuelle

Durant la période sous revue, le budget de l'établissement comportait un budget principal et quatre budgets annexes : un budget annexe dédié à l'activité des instituts de formation des professionnels paramédicaux ; un budget annexe au titre du fonctionnement du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ; un budget annexe pour l'unité de soins de longue durée (USLD) ; un budget annexe pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pour ce dernier, l'activité ayant cessé dans le courant de l'année 2019, le budget annexe a été clos à partir de l'exercice 2020.

La performance financière de l'établissement repose, dans une très large mesure, sur l'activité du budget principal qui a concentré de l'ordre de 94% du total des produits et des charges annuels durant la période sous revue.

6.1.1 La formation du résultat

6.1.1.1 Une marge brute d'exploitation qui se renforce de 25,5 % sur la période

La marge brute d'exploitation traduit la « marge » que le centre hospitalier dégage de son exploitation courante. Cet agrégat financier est calculé à partir de l'ensemble des charges et des produits directement ou indirectement liés à l'activité (charges et produits de gestion). Les charges et les produits présentant un caractère exceptionnel en sont, par principe, exclus.

La marge brute d'exploitation de l'établissement s'est renforcée de 25,5 % entre 2016 et 2021. Elle a connu un rebond marqué de 2016 à 2017 (de 8,3 M€ à 11,6 M€), fléchissant en fin de période pour revenir à 10,5 M€. Le centre hospitalier a bénéficié en 2020 d'un complément de dotation de la part de l'ARS – sous la forme de crédits supplémentaires d'aide à la contractualisation – dans le cadre de la mise en œuvre d'un mécanisme de maintien du niveau de la marge brute de l'exercice 2019, mis en place dans le contexte de la crise sanitaire.

Le taux de marge brute représente ainsi 6 % de l'ensemble des produits de gestion en 2021, au-dessus du niveau médian observé pour l'ensemble des établissements publics de santé (4,7 % en 2021). A ce titre, le CH de Vichy appartient à la strate des 20 % d'établissements les plus performants (selon les données du réseau du comptables publics).

Tableau n° 22 : Évolution de la marge brute d'exploitation toutes activités confondues

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Produits de gestion</i>	152 720 622	157 316 956	154 510 955	156 992 306	165 343 856	175 314 249
<i>- Charges de gestion</i>	144 378 860	145 751 208	143 572 842	145 114 132	153 459 386	164 847 556
= Marge brute d'exploitation	8 341 762	11 565 748	10 938 113	11 878 174	11 884 470	10 466 693
<i>Marge brute du budget principal</i>	8 309 187	10 951 164	10 372 734	10 891 143	11 525 394	10 461 183
<i>Taux de marge brute en % des produits de gestion</i>	5,5 %	7,4 %	7,1 %	7,6 %	7,2 %	6 %

Source : CRC à partir des comptes financiers

La progression de la marge brute est liée à une augmentation plus rapide des produits (+15 %) que des charges de gestion (+ 14,2 %) entre 2016 et 2021 (cf. infra).

6.1.1.2 Une capacité d'autofinancement brute qui se renforce de 43 % sur la période

La capacité d'autofinancement (CAF) brute correspond à la marge brute d'exploitation, minorée des charges réelles financières et des charges réelles présentant un caractère exceptionnel, et majorée des éventuels produits de même nature (à l'exception des produits des cessions d'immobilisations). Elle révèle le montant des produits demeurant disponible pour assurer le remboursement du capital de la dette et la couverture des dépenses d'investissement.

La capacité d'autofinancement brute consolidée s'est renforcée de manière significative entre 2016 et 2021 (+ 43 %). La progression de la CAF brute a été essentiellement tirée par l'évolution positive de la marge brute.

Tableau n° 23 : Tableau de passage de la marge brute à la CAF brute consolidées

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Marge brute d'exploitation - tous budgets confondus</i>	8 341 762	11 565 748	10 938 113	11 878 174	11 884 470	10 466 693
<i>+ Produits financiers (hors reprises)</i>	700 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
<i>- Charges financières (hors dotations et avec prise en compte des transferts de charges)</i>	2 517 431	1 739 379	1 551 453	1 399 669	1 303 635	1 167 056
<i>+ Produits exceptionnels (hors reprises et opérations en capital)</i>	1 167 040	631 667	880 773	399 706	299 656	573 041
<i>- Charges exceptionnelles (hors dotations et opérations en capital)</i>	1 236 446	878 678	843 812	955 957	636 920	743 465
= Capacité d'autofinancement (CAF) brute consolidée	6 454 926	9 649 359	9 493 622	9 992 255	10 313 571	9 199 212

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

S'agissant des charges et produits financiers, il convient de noter l'incidence en 2016 d'une opération de refinancement de l'un des emprunts à risque, ayant fait jouer différents comptes et contribué à gonfler les masses financières de l'exercice.

Cette seule opération a donné lieu à la comptabilisation de plusieurs indemnités compensatrices au compte 668 « autres charges financières », pour un montant total de 3 348 000€⁹³. Même après neutralisation pour partie desdites indemnités compensatrices, l'opération de refinancement a induit un ressaut marqué du montant des charges financières réelles – nettes des transferts de charges – sur le début de la période d'analyse, faussant ainsi les comparaisons de borne à borne, et interdisant de conclure à un phénomène de rupture et de chute brutale. De fait, par l'effet de l'opération exceptionnelle de refinancement, le montant des charges financières a dépassé 2,5 M€ en 2016, pour se rétracter à près de 1,7 M€ en 2017 et ne pas cesser ensuite de s'éroder jusqu'à 1,2 M€ en 2021, traduisant une tendance à la baisse observée depuis 2017, révélatrice d'un mouvement réel de désendettement de l'hôpital.

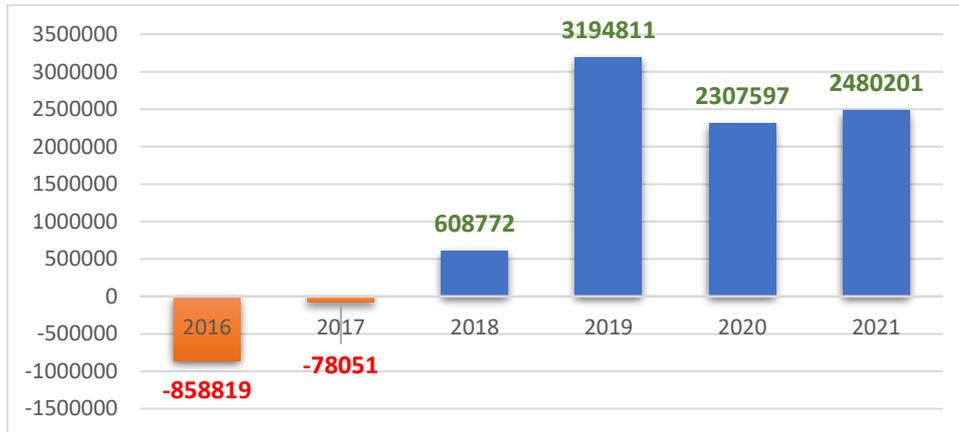
L'alourdissement conjoncturel des charges financières supporté en début de période a été au demeurant compensé pour partie par une aide financière spécifique, consentie par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en soutien de l'opération de refinancement. L'aide exceptionnelle, d'un montant total de 1,4 M€, a pris la forme d'un premier versement de 700 000 € en 2016, devant être intégralement pris en compte au titre de l'exercice 2016, puis d'un second versement de 700 000 € en 2017, à répartir sur plusieurs exercices à raison de 70 000 €/an.

6.1.1.3 Un résultat annuel en forte progression

Le résultat comptable correspond à la différence entre l'intégralité des produits et l'ensemble des charges se rapportant à l'exercice.

En l'état des écritures comptables passées, le résultat consolidé (toutes activités confondues) du centre hospitalier s'est nettement amélioré durant la première partie de la période de contrôle. Si celui-ci se révélait déficitaire en 2016 (à hauteur de 860 000 €), il s'est inscrit en excédent en 2018 à hauteur de 610 000 €. Il est ensuite demeuré excédentaire sur les exercices suivants, atteignant 2,48 M€ en 2021.

⁹³ Ces indemnités recouvrent : une indemnité « autofinancée » de 700 000 € ; une indemnité de 598 000 € destinée à être intégrée dans les charges d'intérêt du nouvel emprunt (indemnité prise en compte dans les conditions financières du contrat de prêt de refinancement) ; et une indemnité de 2 050 000€ vouée à être étalée sur 10 ans, à compter de l'exercice 2017 (indemnité intégrée dans le capital du contrat de prêt de refinancement). La comptabilisation des indemnités de 598 000 € et de 2 050 000 € a été intégralement neutralisée, d'un point de vue comptable, par l'enregistrement d'un transfert de charges au compte 796 « transferts de charges financières » (de l'ordre de 2,6 M€).

Graphique n° 25 : Evolution du résultat consolidé du CH de Vichy

Source : CRC d'après les comptes financiers

A noter que l'opération de refinancement de l'emprunt à risque, menée en 2016, a donné lieu à l'enregistrement au compte 6862 « dotations aux amortissements des charges financières à répartir » d'une fraction de l'indemnité intégrée dans le capital du contrat de prêt de refinancement (à hauteur de 205 000 € par an), à partir de l'exercice 2017. La même opération a fait l'objet d'une reprise de la provision pour risques, de 2,4 M€ antérieurement constituée au titre de l'emprunt toxique refinancé (recette enregistrée au compte 7865 « reprises sur provisions pour risques et charges financières »).

6.1.2 Les produits de l'activité hospitalière

La garantie de financement mise en place durant la crise sanitaire

L'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020⁹⁴ a mis en place un mécanisme exceptionnel de financement des établissements de santé, leur garantissant le versement d'un montant minimal de recettes au titre des activités de soins. L'objectif était de leur permettre de faire face aux éventuelles pertes de recettes d'activité liées à l'épidémie de covid-19.

Ce dispositif, qui ne devait pas initialement perdurer au-delà de 2021, a été prolongé à plusieurs reprises pour finir par s'éteindre au 31 décembre 2022⁹⁵. Il permettait aux établissements de santé, dont les recettes d'activité étaient inférieures à un certain montant, de bénéficier du versement d'un complément de recettes jusqu'à atteindre ledit niveau de ressources.

Le mécanisme visait à couvrir l'ensemble des activités financées sur la base des produits retirés de l'activité. Pour les établissements publics de santé, la garantie s'étendait donc aux frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ainsi qu'aux actes et consultations externes.

⁹⁴ Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

⁹⁵ Arrêté du 24 août 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 pour l'année 2022.

En revanche, les recettes procédant des (re)facturations de médicaments, des dispositifs médicaux implantables, des forfaits annuels (notamment pour l'activité des urgences) ou bien encore des dotations (par exemple au titre des MIGAC ou du FIR), en étaient exclues⁹⁶.

La garantie de financement a été mise en œuvre :

- durant les mois de mars à décembre 2020, sur la base des recettes perçues au titre de l'activité réalisée en 2019 ;

- durant les mois de janvier à décembre 2021, sur la base des recettes perçues au titre de l'année 2020 (pour l'activité MCO, ce montant correspondait à la valorisation de l'activité des mois de janvier et de février 2020, et à la valorisation de l'activité ou la garantie de financement pour les mois de mars à décembre 2020) ;

- durant les mois de janvier à décembre 2022, sur la base de la garantie de financement notifiée au titre de l'année 2021.

Celle-ci s'appréciait de manière distincte entre le champ de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et celui de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Les produits de l'activité hospitalière du budget principal du CH de Vichy ont fortement progressé durant les six années de la période du contrôle, selon un rythme annuel moyen de 3,5 %, passant de 124 M€ en 2016 à 147 M€ en 2021.

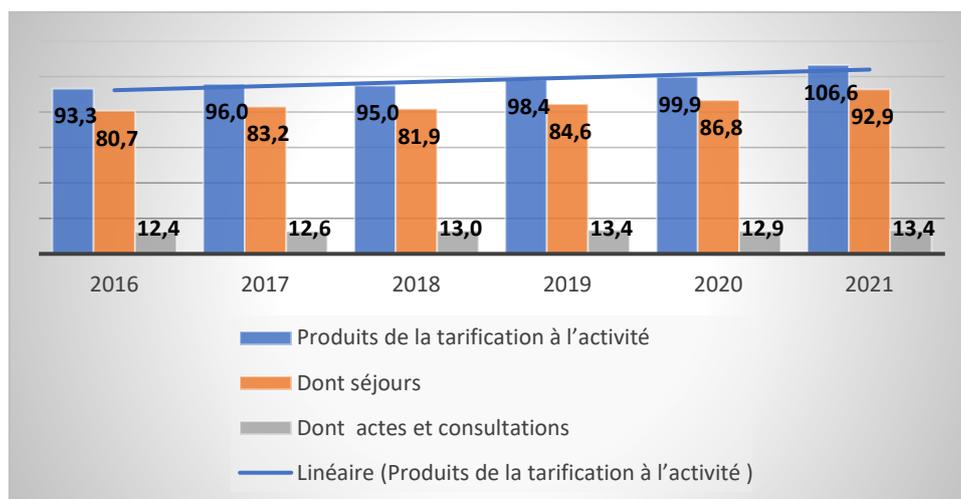
Leur poids relatif dans le total des produits de l'établissement – toutes activités confondues – est également allé croissant, de 77 % en début de période à 82 % en fin de période.

Cette forte progression tient à l'augmentation des produits issus de la tarification à l'activité (+ 14%), qui représentent près de 73 % des produits de l'activité, ainsi qu'à celle, plus marquée encore des produits de caractère forfaitaire (+ 32,5%).

6.1.2.1 Les produits de la tarification à l'activité : une croissance de 14 % sur la période

Les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours d'une part, et des actes et consultations d'autre part, ont progressé de 14 % sur l'ensemble de la période et de façon régulière, passant de 93,3 M€ en 2016 à 106,6 M€ en 2021.

⁹⁶ Certaines dotations ont toutefois été réévaluées à la hausse dans le but de compenser les surcoûts et les pertes de recettes liés à la crise sanitaire (voir infra pour les dotations annuelles de financement et les dotations MIGAC versées au Centre hospitalier de Vichy).

Graphique n° 26 : Evolution des produits issus de la tarification à l'activité

Source : CRC, à partir des comptes financiers

La progression enregistrée sur l'année 2020 tient à une bonne dynamique de l'activité sur les mois de janvier et février,⁹⁷ ainsi qu'au fort développement des hospitalisations à domicile en lien direct avec la crise sanitaire (les produits des groupes homogènes de tarifs ont, à eux seuls, augmenté d'un peu plus de 1 M€ entre 2019 et 2020). Mais elle résulte surtout des effets de la garantie de financement en MCO pour les mois de mars à décembre, garantie mise en œuvre par référence aux (très bonnes) recettes d'activité de 2019. L'établissement vichyssois a ainsi perçu quelque 58,3 M€ en 2020.

En 2021, le bénéfice prolongé de la garantie de financement a assuré à l'établissement un produit de 75,5 M€ (déterminé sur la base des recettes d'activité de 2020), à l'origine de la progression de 7 % des produits de la tarification hospitalière.

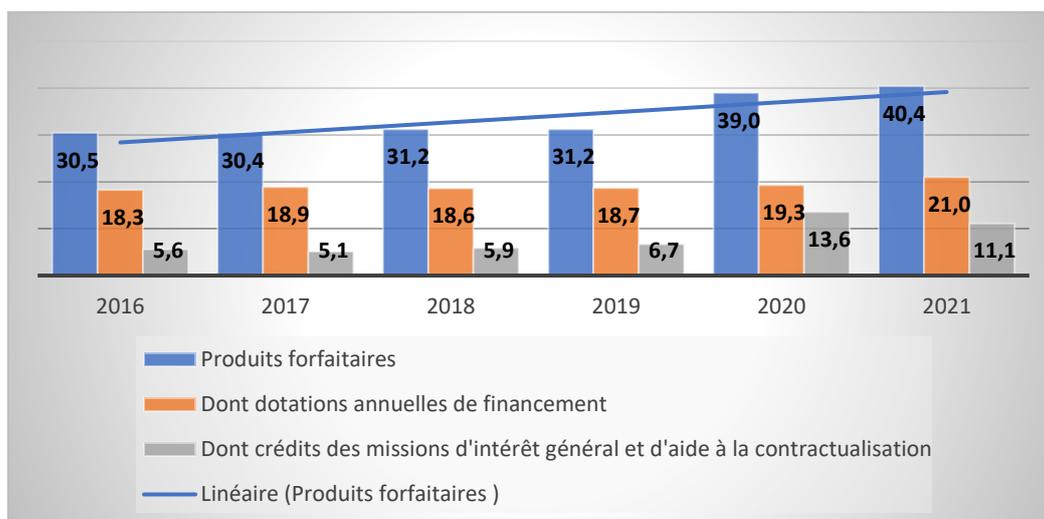
6.1.2.2 Les produits forfaitaires : une hausse de 32,5 % sur la période

Constitués des dotations annuelles de financement (DAF)⁹⁸ à hauteur de 52 % et des crédits de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC⁹⁹) pour 28 % en 2021, les produits forfaitaires ont connu une forte progression de 2016 à 2021 (+ 32,5 %), notamment sur la fin de période.

⁹⁷ A titre d'illustration, 3 346 RSA ont été déclarés en janvier 2020, contre 3 096 RSA déclarés en janvier 2019 (soit une hausse de 8,1% par rapport à janvier 2019) et 3 199 RSA ont été déclarés en février 2020, contre 2 939 RSA déclarés en février 2019 (soit une augmentation de 8,8% par rapport à février 2019).

⁹⁸ Les DAF sont des dotations forfaitaires qui rémunèrent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics.

⁹⁹ La dotation MIGAC permet de financer les activités MCO non tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général, limitativement énumérées, recouvrent notamment la recherche, le financement du SAMU et du SMUR. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

Graphique n° 27 : Évolution des produits forfaitaires du CH de Vichy en M€ 2016/2021

L'augmentation la plus marquée a été enregistrée par les dotations MIGAC (+ 97 %), qui ont quasiment doublé entre 2016 et 2021, avec une forte accélération sur la fin de période. Ces dotations ont, en effet, été révisées à la hausse, dans le but de compenser les surcoûts et les pertes de recettes¹⁰⁰ supportés au titre de la crise sanitaire (soit une rallonge de 4,6 M€ en 2020 et de 5,3 M€ en 2021), mais aussi à raison des mesures salariales découlant du Ségur de la santé (soit un abondement de 1,7 M€ en 2020 et de 1,2 M€ en 2021).

Les dotations annuelles de financement (DAF), intéressant les activités de soins de suites et de réadaptation ainsi que la psychiatrie, ont progressé de 14% sur la fin de période, en conséquence des mêmes compensations de surcoûts et pertes de recettes¹⁰¹ à raison de la crise sanitaire (à hauteur de 68 000 € en 2020 et de 76 000 € en 2021), et au titre des mesures salariales découlant du Ségur de la santé (à raison de 24 000 € en 2020 et de 1,6 M€ en 2021). Les dotations annuelles, qui ne dépassaient pas 19 M€ de 2016 à 2019, ont ainsi atteint 21 M€ en 2021.

A noter que le déploiement de nouvelles modalités de financement des activités d'urgence, à compter du 1^{er} janvier 2021, affecte les produits retirés de l'activité. Il s'est notamment traduit par la suppression du forfait annuel des urgences (FAU), qui dépendait du nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation et dont le montant s'établissait à 1,9 M€ en 2020, et par la mise en place en substitution d'une dotation populationnelle et d'une dotation « qualité », d'un montant respectif d'un peu plus de 4 M€ et de 130 000 € en 2021 pour l'hôpital de Vichy.

¹⁰⁰ Autres que celles versées par l'assurance maladie.

¹⁰¹ Autres que celles versées par l'assurance maladie.

6.1.3 Les dépenses de personnel

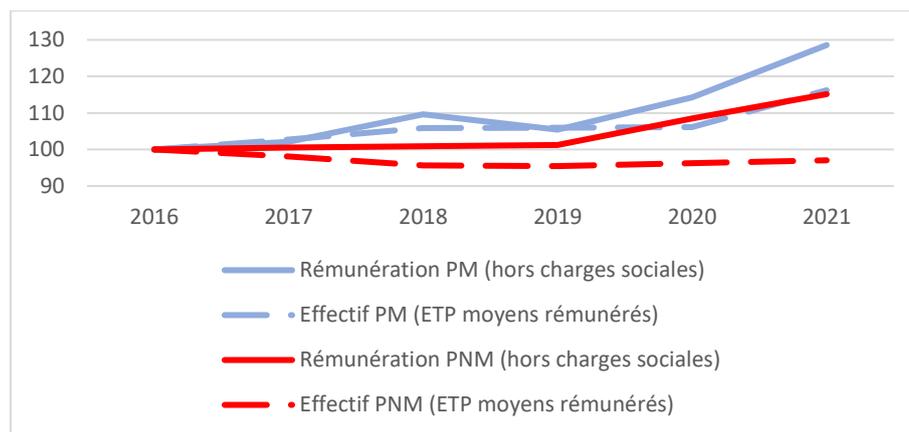
Les dépenses de personnel¹⁰² représentent le premier poste de dépenses du budget principal, soit de l'ordre de 61 % à 65 % de l'ensemble des charges annuelles.

Elles ont augmenté de près de 19 % entre 2016 et 2021, à un rythme contenu en début de période (+ 2,3% de 2016 à 2019) puis nettement accéléré à partir de 2019 (+ de 16 % entre 2019 et 2021).

Au sein de ces dépenses, les charges du personnel médical (représentant quelque 22 % de l'ensemble des dépenses de personnel) ont progressé plus rapidement (près de 30 %) que celles du personnel non médical (+ 15,6 %) entre 2016 et 2021.

Il convient de noter un effet prix majeur dans l'évolution de la masse salariale, hors charges sociales, plus marqué pour le personnel non médical à raison des mesures exceptionnelles adoptées par suite de la crise sanitaire et des effets de la mise en œuvre des accords du Ségur de la santé.

Graphique n° 28 : Évolution comparée de la rémunération et des effectifs des personnels médicaux et non médicaux (budget principal – base 100 en 2016)



Source : CRC d'après données des comptes financiers

Tableau n° 24 : Évolution comparée de la rémunération et des effectifs des personnels médicaux et non médicaux (budget principal)

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Personnel médical	Rémunération (hors charges sociales)	12 775 245	13 045 051	13 999 378	13 465 143	14 593 317	16 424 230
	Effectif (ETP moyens rémunérés)	179,6	184,4	190,2	190,3	190,6	208,7
Personnel non médical	Rémunération (hors charges sociales)	48 008 654	48 249 873	48 450 161	48 586 835	52 094 240	55 276 663
	Effectif (ETP moyens rémunérés)	1651,5	1 620	1 579,5	1 576,4	1 590,1	1 603,3

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

¹⁰² Nettes des atténuations de charges.

Les charges sociales ont, quant à elles, progressé à un rythme annuel moyen de 3 % pour le personnel non médical et de 5,3 % pour le personnel médical.

6.1.3.1 Le personnel non médical : des charges en augmentation de 15,6 % sur la période

Les charges de personnel non médical ont augmenté de 15,6 % sur l'ensemble de la période, sans marquer cependant une variation linéaire. Elles ont en effet peu varié entre 2016 et 2019 (- 0,1 %), malgré la mise en œuvre du protocole des « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR) à compter de 2016. Cette progression contenue tient à la réduction des effectifs, soit - 75 emplois (ETPMR) correspondant à 4,5 % de l'ensemble des effectifs de 2016 à 2019.

Les dépenses de personnel ont ensuite fortement augmenté, d'abord en 2020 (+ 7,3 %) puis de nouveau en 2021 (+ 7,7 %), sous les effets conjugués :

- d'une augmentation de 27 emplois (ETPMR) des effectifs non médicaux à partir de 2020 (pour renforcer les équipes de remplacement) ;
- des mesures salariales liées à la crise sanitaire, dont le versement en 2020 d'une prime exceptionnelle d'un montant global de 1,4 M€, ou l'indemnisation des heures supplémentaires (dont les heures majorées) à hauteur de 526 000€ en 2020... ;
- et enfin des revalorisations salariales issues des accords du Ségur de la santé, avec le versement d'un complément de traitement indiciaire (+ 1,5 M€ en 2020 et + 7,7 M€ en 2021), la revalorisation des grilles indiciaires des personnels de la filière soignante, médicotechnique et rééducation, ainsi que les primes d'encadrement dont le surcoût a été évalué à 329 000 € pour 2021.

Certaines des mesures nationales mises en œuvre durant cette période ont été intégralement compensées (prime exceptionnelle liée à la crise sanitaire, versée en 2020). D'autres ne l'ont été que partiellement (ainsi du complément de traitement indiciaire issu du Ségur de la santé, versé en 2020 et en 2021).

L'établissement évalue ainsi le montant non compensé des mesures de revalorisation des accords du Ségur de la santé à 94 000 € pour l'année 2020 au titre donc des seules mesures concernant le personnel non médical, et à 1,2 M€ sur l'exercice 2021, par l'effet des mesures bénéficiant à l'ensemble du personnel.

6.1.3.2 Le personnel médical : des charges en augmentation de près de 30 % sur la période

Les dépenses du personnel médical ont également progressé rapidement, de l'ordre de 30 % sur l'ensemble de la période, de + 5,5 % d'abord entre 2016 et 2019, puis de + 22 % de 2019 à 2021.

L'augmentation des charges du personnel médical tient à la croissance des effectifs, à hauteur de 30 emplois ETP sur la période, ainsi qu'aux mesures exceptionnelles déployées durant la crise sanitaire puis en application des accords du Ségur de la santé.

Après avoir évolué à la hausse en 2017 (+ 4,8) puis encore en 2018 (+ 5,8), les emplois équivalents temps plein moyens rémunérés médicaux se sont stabilisés jusqu'à l'exercice 2020. Ils ont connu un rebond en 2021, plutôt marquant avec une augmentation de 18 emplois

(ETPMR) par rapport à 2020, consécutivement à la politique de recrutement adoptée par l'établissement et mise en œuvre à partir de 2021, tendant à privilégier l'embauche de praticiens dans le cadre de contrats de gré à gré en lieu et place du recours aux services des sociétés d'intérim médical.

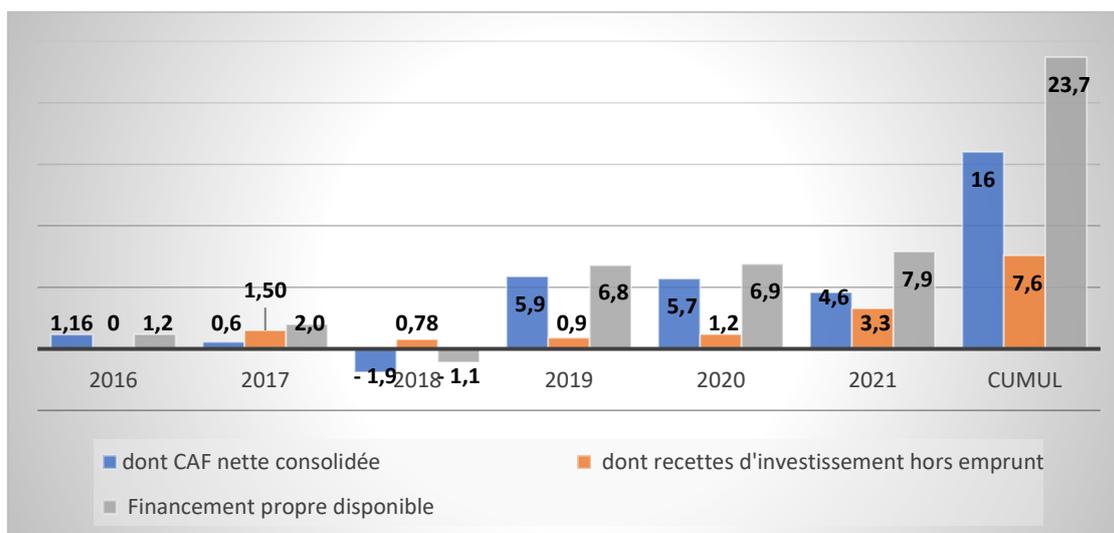
La progression des dépenses de personnel médical observée sur les deux derniers exercices sous revue tient également aux différentes mesures salariales adoptées par suite de la crise sanitaire, telles le versement en 2020 d'une prime exceptionnelle d'un montant global de 193 000 € (intégralement compensée) ou l'instauration toujours en 2020 de gardes et astreintes spécifiques d'un montant de 166 000 €, ainsi qu'aux incidences des accords du Ségur de la santé emportant revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif, en fin d'année 2020, ayant majoré les charges de personnel de 112 000 € sur ce seul exercice avant de produire tous ses effets en année pleine à compter de 2021.

6.1.3.3 Les charges de personnel externe

Les charges de personnel externe sont essentiellement constituées des dépenses d'intérim médical. Après avoir fortement et continument augmenté, explosant de 182 % de 2017 à 2020, les dépenses d'intérim ont nettement reculé en 2021 (- 54 %), s'établissant à 1,4 M€. Cette baisse de fin de période s'explique par la politique de recrutement de praticiens dans le cadre de contrats de gré à gré, préféré à l'appel à des sociétés d'intérim médical ; il n'en résulte donc pas une économie à due concurrence en termes de dépenses de personnels, les praticiens embauchés sur contrat étant naturellement rémunérés.

6.2 Le financement des investissements

Le montant cumulé des financements propres disponibles pour engager les programmes d'équipement a atteint 23,7 M€ pour l'ensemble de la période sous revue. Ce niveau de financement disponible a été, d'une part, alimenté par la capacité d'autofinancement nette dégagée depuis 2019 et d'autre part, par les recettes propres d'investissement (hors emprunt) à partir de 2020.

Graphique n° 29 : Évolution du financement propre disponible en M€ entre 2016 et 2021

Source : CRC, d'après les comptes financiers

La capacité d'autofinancement (CAF) nette, qui correspond à la CAF brute diminuée du remboursement du capital de la dette, fait ressortir le niveau des ressources internes de l'établissement disponibles pour financer ses investissements. Après s'être inscrite en négatif sur l'année 2018 (- 1,9 M€), la CAF nette s'est redressée sur les derniers exercices sous revue, permettant de dégager quelque 16 M€ de financement de 2016 à 2021.

L'établissement a par ailleurs bénéficié d'apports en capital, à hauteur de 1 M€ en 2017 consenti à fin de renforcer son fonds de roulement, puis encore de 1 M€ en 2021 au titre des dotations concourant à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci¹⁰³. Ce dernier apport en capital a donné lieu à la signature d'un contrat avec l'agence régionale de santé, le 15 décembre 2021, aux termes duquel la tutelle sanitaire s'est engagée à verser à l'établissement une dotation de 5 M€ sur la période de 2021 à 2029¹⁰⁴, soutien conditionné à l'atteinte par l'hôpital de plusieurs objectifs financiers¹⁰⁵ d'ici 2029.

L'établissement a également bénéficié de subventions d'équipement, au nombre desquelles :

- en 2019, une subvention de 500 000 € en soutien des investissements courants, dans le cadre du plan « investir pour l'hôpital » ;
- en 2020 encore, une subvention de 400 000 € de l'ARS au titre de la climatisation des urgences ;
- en 2020, une subvention de 300 000 € de l'ARS pour accompagner les travaux de rénovation et d'humanisation de l'USLD ;

¹⁰³ Prévues par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

¹⁰⁴ A raison de 1 M€ versé en 2021 et de 500 000€ versés chaque année durant les exercices 2022 à 2029.

¹⁰⁵ Ces objectifs contractuels tendent, au travers d'indicateurs, à l'amélioration ou la stabilisation des indicateurs d'endettement, à l'amélioration du cycle d'exploitation, à l'atteinte d'un niveau d'investissement minimum ou bien encore à la consolidation du fond de roulement et de la trésorerie.

- toujours en 2020, une subvention de 320 000 € de l'ARS à titre de compensation des surcoûts liés au COVID, en matière d'investissement ;
- en 2021, une subvention de 1,7 M€ dans le cadre du volet consacré à l'investissement hospitalier du Ségur de la santé.

L'ensemble de ces ressources (apports en capital et subventions d'équipement), complétées du produit des cessions d'immobilisations, ont permis à l'établissement de dégager quelque 7,6 M€ de recettes d'investissement – hors emprunt – sur la période sous revue.

6.3 Les investissements réalisés

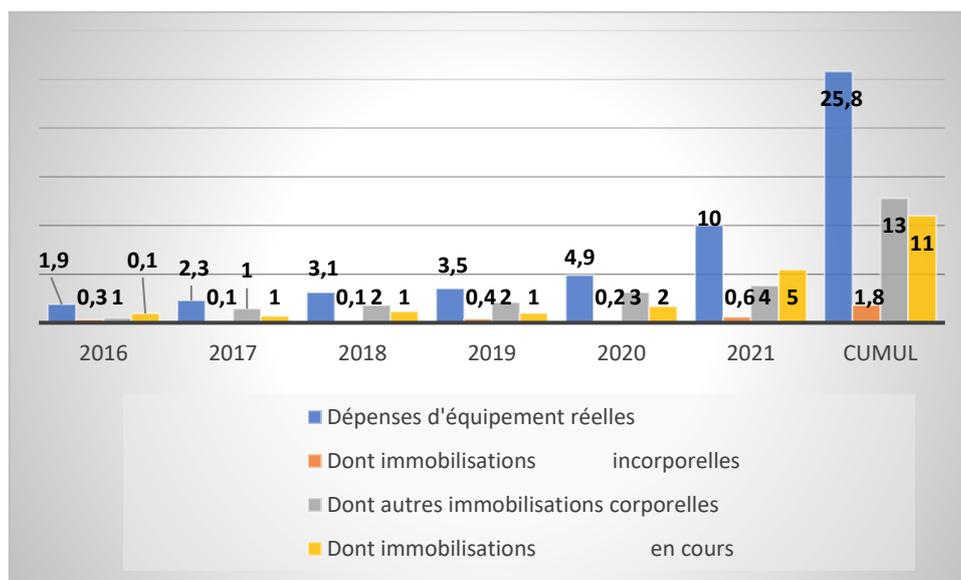
De l'aveu de l'établissement, le début de période a été marqué par une « *forte contrainte financière [...] imposant une restriction sévère sur l'investissement* » (source : rapport annuel accompagnant les comptes financiers 2016 et 2017). L'ordonnateur a précisé que l'établissement s'était alors résolument engagé dans une démarche de réduction de son endettement. Dans ce contexte, les dépenses d'équipement ont été contenues, n'excédant jamais plus de 2,5 M€ l'an (1,9 M€ en 2016 et 2,3 M€ en 2017).

Puis, à compter de l'exercice 2018, le centre hospitalier a relancé ses investissements. Ses dépenses annuelles d'équipement n'ont dès lors cessé de progresser, remontant de 3 M€ en 2018 à 10 M€ en 2021.

Durant cette dernière période, le centre hospitalier a engagé plusieurs programmes d'investissement, dont les plus importants ont permis l'acquisition et l'installation d'un scanner supplémentaire (pour près de 1 M€), la sécurisation de l'infrastructure informatique (pour environ 580 000 €), le lancement en 2020 des travaux de rénovation et d'humanisation de l'USLD (pour 186 000 € en 2020 et 2 M€ en 2021), la réalisation des travaux de mise en conformité du bloc opératoire en 2021 (739 000 €), ou bien encore des travaux de réfection du service de gastroentérologie en 2021 (701 000 €). L'ordonnateur a indiqué à cet égard que la crise sanitaire avait conduit à un allongement des délais de réalisation des travaux et, partant, à une sous exécution des investissements prévus en 2020.

Le montant total des dépenses d'équipement s'est établi, pour l'ensemble de la période de 2016 à 2021, à 25,8 M€. L'effort d'équipement a été couvert, pour l'essentiel, par la mobilisation des financements propres disponibles, dégagés durant la même période (23,7 M€). L'établissement n'a eu recours qu'à un seul emprunt, en 2020, pour un montant de 4,3 M€.

Graphique n° 30 : Dépenses d'équipement (en M €) réalisées entre 2016 et 2021

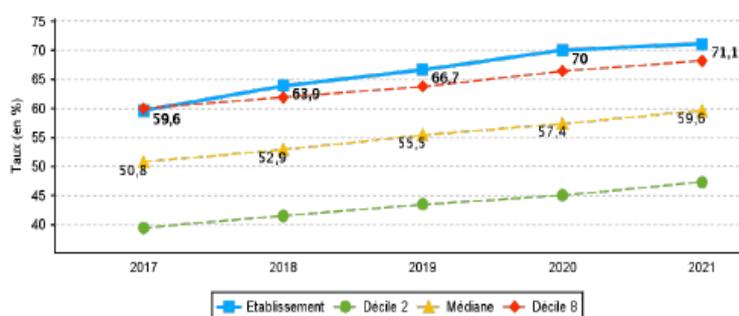


Source : CRC à partir des données de la balance des comptes

Malgré la reprise de l'effort d'équipement constatée sur les derniers exercices, les investissements entrepris s'avèrent encore très insuffisants pour permettre une amélioration des taux de vétusté des constructions et des équipements, qui n'ont cessé de se dégrader sur la période.

En l'état des écritures comptables passées, le taux de vétusté des constructions (bâtiments, installations générales...) s'est continuellement creusé durant la période sous revue, s'établissant à 71,1 % en 2021 (soit plus de 11,5 points d'écart par rapport à son niveau de 2017). Le centre hospitalier vichyssois appartient ainsi au groupe des 20 % d'établissements de sa catégorie affichant le plus haut niveau de vétusté pour le bâti. En comparaison, le taux de vétusté médian des établissements de même catégorie avoisinait 60 % (59,6 %) en 2021.

Graphique n° 31 : Évolution comparée du taux de vétusté des constructions

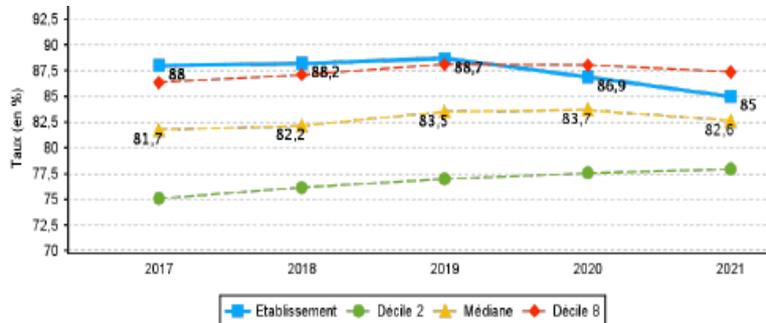


Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques

Le taux de vétusté des équipements (installations techniques, matériel de transport, matériel de bureau, matériel informatique) n'est pas meilleur, ni plus rassurant en ce qu'il conditionne assez directement les modalités d'exercice et de la prise en charge : il atteignait

85 % en 2021, dépassant également le taux de vétusté médian de 82,6 % observé pour les établissements de même catégorie.

Graphique n° 32 : Évolution comparée du taux de vétusté des équipements



Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques

L'hôpital Jacques Lacarin a engagé ou projette d'engager, dans les toutes prochaines années, un ambitieux programme d'investissement incluant plusieurs opérations d'importance¹⁰⁶ :

- la conduite à terme de l'opération de rénovation et d'humanisation de l'unité de soins de longue durée (opération achevée début mars 2023, pour un coût de 2,9 M€ en 2022 et de 1,4 M€ en 2023) ;
- la relocalisation des activités d'hémodialyse et des activités ambulatoires de santé publique (opération débutée fin 2022, d'un coût total de 4,9 M€ réparti sur les exercices 2022, 2023 et 2024) ;
- l'installation d'un robot chirurgical dans une 7ème salle de bloc opératoire (opération soumise à la validation de l'ARS, pour un coût de 5,2 M€ réparti sur 2023, 2024 et 2025) ;
- la construction d'un nouveau bâtiment de pédopsychiatrie (opération soumise à la validation de l'ARS, pour un coût de 4 M€ à répartir sur 2023 et 2024) ;
- ou encore la reconstruction d'un nouveau pavillon (opération soumise à la validation de l'ARS, pour un coût global de 3,7 M€ sur la période 2024 à 2025).

A plus long terme, il est envisagé de (re)construire un nouveau bâtiment principal, programme de grande envergure chiffré, pour l'heure, à quelque 150 M€¹⁰⁷. Le ministre de la santé a indiqué que l'Etat accompagnera financièrement cette réalisation, à l'occasion des questions au gouvernement à l'Assemblée nationale du 7 mars 2023.

Ces différents programmes d'équipement doivent contribuer à abaisser le taux de vétusté des constructions et des équipements, à un horizon qui demeure lointain. Plus

¹⁰⁶ Le chiffrage des opérations a été réactualisé par l'ordonnateur lors de la contradiction.

¹⁰⁷ Trois scénarios de reconfiguration des activités étaient initialement envisagés, pour des montants variant de 143 M€ à 180 M€. Le scénario n°2, qui repose sur une construction neuve pour accueillir les services d'hospitalisation complète et le plateau technique et sur des travaux de rénovation de l'existant, pour un coût de 146 M€, est à ce jour privilégié par l'établissement.

immédiatement, le niveau de renouvellement des immobilisations doit demeurer un point de vigilance pour l'établissement, en particulier s'agissant des équipements et matériels qui participent directement à la qualité des soins et au confort de travail des équipes. Il en va en effet de la garantie assurée aux patients comme aux personnels du bon état des infrastructures et du parfait fonctionnement des matériels mis à leur disposition.

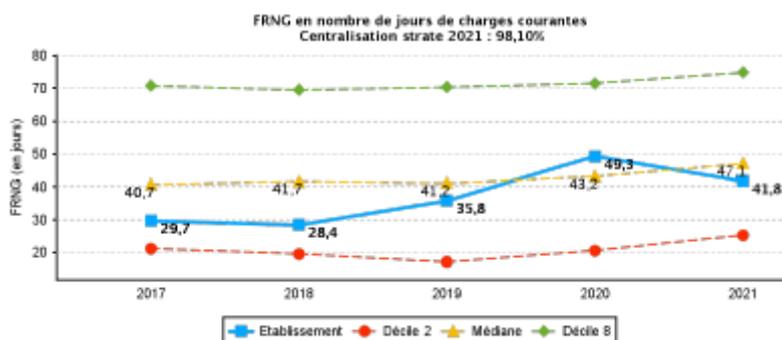
6.4 La situation bilancielle

6.4.1 Le fonds de roulement net global (FDR) et le besoin en fonds de roulement (BFR)

Le fonds de roulement correspond à l'excédent de ressources stables sur les emplois de même nature. Celui-ci s'est renforcé durant la période d'analyse sous l'effet, notamment, de résultats excédentaires enregistrés au terme de plusieurs exercices consécutifs.

Dans ces conditions, si le fonds de roulement représentait entre 28 et 30 jours de charges courantes en 2017/2018, il dépassait les 40 jours de charges courantes en fin de période (49,3 jours en 2020 et 41,8 jours en 2021). L'établissement avoisinait alors le niveau de fonds de roulement médian des établissements de même catégorie (43,2 jours de charges courantes en 2020 et 47,1 jours de charges courantes en 2021).

Graphique n° 33 : Niveau du fonds de roulement, exprimé en nombre de jours de charges courantes de 2017 à 2021



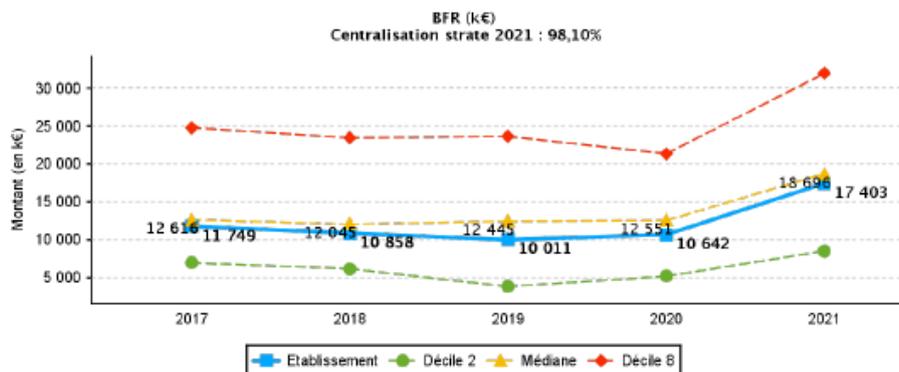
Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques

Le besoin en fonds de roulement correspond au besoin de financement de l'exploitation courante. Il a constamment été positif de 2017 à 2021, témoignant d'un montant de créances d'exploitation en attente de recouvrement (vis-à-vis de l'Assurance maladie, ou bien encore des patients) supérieur au montant des dettes d'exploitation à régler (auprès des fournisseurs notamment).

Il est demeuré stable sur les exercices de 2017 à 2020, oscillant de 10 M€ à 12 M€. Il s'est renforcé en 2021, pour atteindre 17,4 M€, par l'effet conjugué de plusieurs incidences de

caractère conjoncturel¹⁰⁸. Il est cependant resté en deçà du niveau du besoin de fonds de roulement médian des établissements de même catégorie.

Graphique n° 34 : Niveau du besoin en fonds de roulement, de 2017 à 2021



Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques

Les créances d'exploitation comme les dettes d'exploitation font l'objet d'un suivi spécifique, au moyen d'indicateurs (taux de recouvrement à 90 jours, délai global de paiement des fournisseurs...) dont il est fait état dans les rapports annuels accompagnant le compte financier. Le volume des créances détenues sur les patients et les mutuelles a connu un recul marqué, d'un montant équivalant à 162,9 jours d'exploitation en 2017 à quelque 124,5 jours en 2020¹⁰⁹. Dans le même temps, le volume des dettes auprès des fournisseurs a également diminué, d'un montant représentant 70,5 jours d'exploitation en 2017 à un niveau de 60,5 jours observé en 2019, avant de revenir en 2020 à quelque 68,3 jours d'exploitation¹¹⁰.

6.4.2 La trésorerie

La trésorerie, au sens d'agrégat financier et non de liquidités disponibles, correspond à la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. Son montant a évolué à la hausse durant la première partie de la période, se renforçant de 173 000 € au 31 décembre 2017 à 4,3 M€ au 31 décembre 2019. S'il atteignait un niveau minimal en 2017 et en 2018, ne permettant pas même de couvrir un seul jour de charges courantes, il s'est consolidé dès l'exercice 2019 pour revenir à 11 jours de charges courantes.

¹⁰⁸ Cette progression de fin de période se justifie, notamment, par l'enregistrement, en tant que créance de l'exercice restant à recouvrer, de la tranche annuelle de la dotation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (à hauteur de 1 M€, au compte 46721). Elle trouve également son origine dans un montant de recettes restant à recouvrer auprès de l'assurance maladie plus important que celui enregistré durant les exercices précédents (avec un montant de 23,6 M€ au compte 41121, dont 15,8 M€ dus au titre de la garantie de financement, contre un montant de 21,5 M€ en 2020).

¹⁰⁹ D'après l'indicateur F12_D d'Hospidiag.

¹¹⁰ D'après l'indicateur F13_D d'Hospidiag.

La trésorerie a connu une embellie en 2020, se montant à 10,2 M€ en clôture d'exercice (soit près de 24 jours de charges courantes), situation résultant de l'encaissement du produit d'un emprunt de 4,3 M€ mobilisé en financement du programme de travaux de rénovation et d'humanisation de l'unité de soins de longue durée, pour lequel les dépenses ont été réalisées, pour l'essentiel, à partir de l'exercice 2021.

Au 31 décembre 2021, le montant de la trésorerie du centre hospitalier ne dépassait pas 1,5 M€, soit quelque 3,4 jours de charges courantes.

6.5 L'endettement

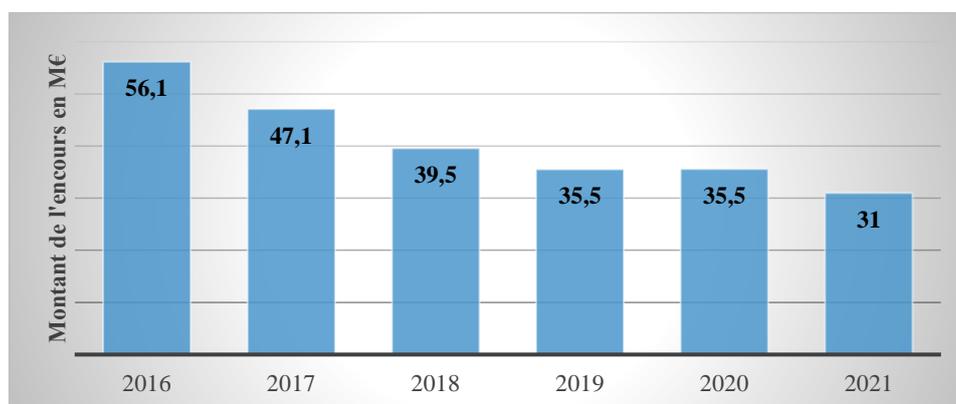
6.5.1 Un désendettement important de l'établissement sur la période

L'encours de la dette a diminué de façon significative entre 2016 et 2021, se rétractant de 47 % sur les six exercices sous revue (soit un désendettement de 28 M€), alors même que l'établissement :

- a consolidé l'encours de sa dette en 2016, à hauteur de 2 050 000 €, sous l'effet de l'intégration dans le capital du prêt refinancé en cours d'année du montant de l'une des indemnités compensatrices acquittées ;
- a mobilisé un nouvel emprunt en 2020, d'un montant de 4,3 M€ et d'une durée de 20 ans et 1 mois (soit un terme fixé au 1^{er} octobre 2040), en financement des travaux de rénovation et d'humanisation de l'USLD.

Dernièrement, durant l'exercice 2022, le centre hospitalier a fait appel de nouveau à l'emprunt, à hauteur de 3,3 M€, pour compléter le financement des travaux de mise en conformité du bloc opératoire.

Graphique n° 35 : Évolution de l'encours de la dette au 31/12/N en M€



Source : CRC à partir des données des comptes financiers

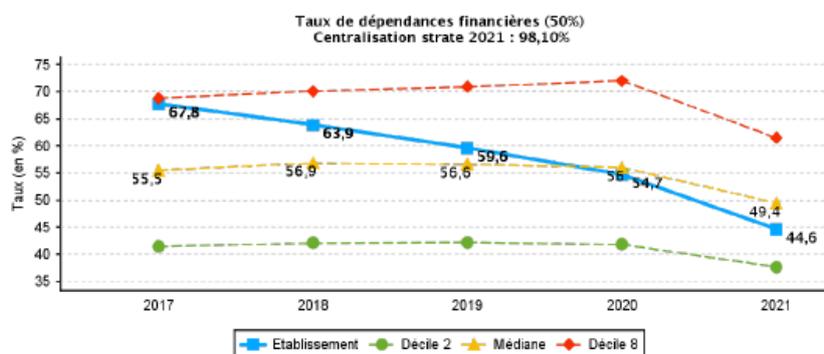
En 2016, le taux de dépendance financière de l'établissement s'établissait à 72,7 % et le service de la dette absorbait 35,2 % du total des produits toutes activités confondues. Il en résultait que, réglementairement, le centre hospitalier de Vichy était assujéti à l'obligation de solliciter l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour toute souscription de nouvel emprunt¹¹¹.

Puis, par l'effet de la forte diminution de l'encours de la dette, les ratios tenant à la durée apparente de la dette, au taux de dépendance financière et au poids relatif de la dette se sont nettement améliorés. Ainsi, dès l'année 2017, l'hôpital Jacques Lacarin a échappé au dispositif d'encadrement contraignant, assujettissant la décision d'emprunter à l'aval de l'ARS.

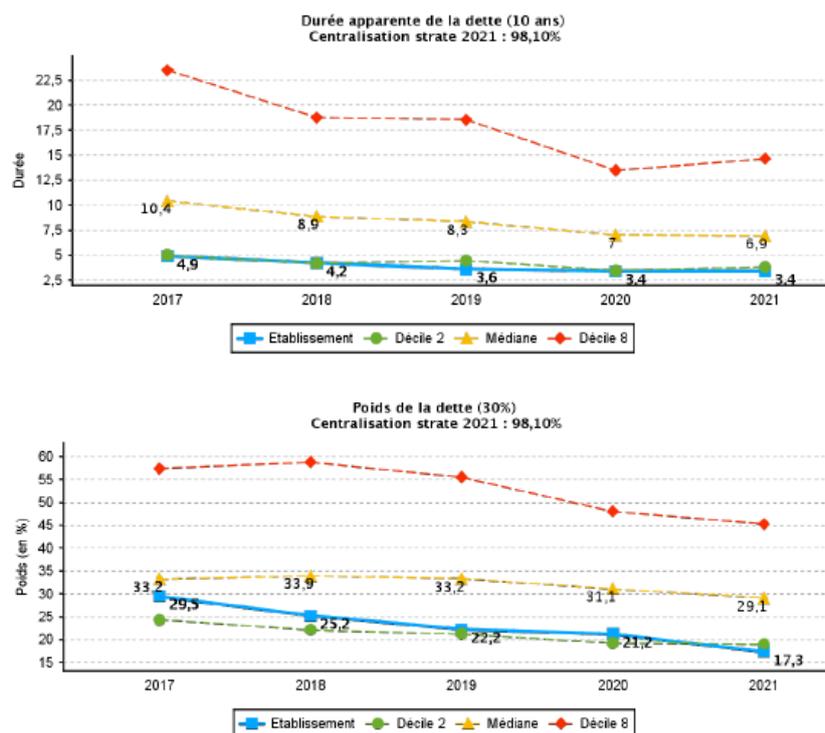
Au terme de la période sous revue, en 2021, le taux de dépendance financière de l'établissement était revenu à 45 %, la durée apparente de sa dette n'excédait pas 4 années et le poids de sa dette dans le total des produits, toutes activités confondues, se situait en deçà de 18 %. L'établissement se rapprochait alors, en termes de dépendance financière, et avait même intégré au regard des durée apparente et poids relatif de la dette, le groupe des 20 % d'établissements de sa catégorie les plus performants. La bonne tenue, en fin de période de contrôle, des ratios d'analyse de la dette témoigne de la politique de désendettement et de reconstitution des marges de financement poursuivie par l'établissement.

L'ordonnateur a indiqué, en réponse aux observations provisoires, que l'établissement n'a pas été éligible, de peu, à l'enveloppe nationale dite de reprise de dette, créée dans le cadre des mesures du Ségur « Restauration des capacités financières ». Le taux d'endettement de l'hôpital de Vichy s'établissait en effet à 29,64 % en clôture de l'exercice 2018, pour un seuil d'éligibilité fixé à 30 % minimum.

Graphique n° 36 : Ratios de la dette comparés aux établissements de même catégorie



¹¹¹ Selon les termes de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, le « recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé (DG ARS) :— le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;— la durée apparente de la dette excède dix ans ;— l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ». Les modalités de calcul de ces indicateurs ont été précisées par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.



Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques

6.5.2 Une structure de la dette désormais saine

En tout début de période, le portefeuille d'emprunts du centre hospitalier comportait trois emprunts à risques. Dans un objectif de sécurisation de la dette, l'un des emprunts à risques, qui avait été contracté en 2010, a donné lieu à refinancement durant l'exercice 2016. Cet emprunt, qui était classé dans la catégorie « 6F », correspondant au plus haut degré de risque selon la charte Gissler¹¹², a été refinancé par substitution d'un emprunt à taux fixe de 3,25% (classé « 1A »), d'un montant équivalent au capital restant dû au titre du prêt refinancé (soit 2 596 000 €). La même opération de refinancement s'est également traduite par la souscription d'un emprunt (au même taux fixe de 3,25 %) à hauteur du montant de l'indemnité compensatoire capitalisée (soit, pour un montant de 2 050 000 €), due par l'hôpital à raison d'une sortie anticipée avant le terme contractuel.

En 2019, l'établissement a également renégocié, en substitution d'un emprunt à taux variable par référence à l'index EONIA¹¹³ + 0,0025 %, la mise en place d'un emprunt à taux

¹¹² La Charte Gissler classe les financements bancaires en fonction de deux critères. D'une part, l'indice sous-jacent servant au calcul de la formule avec un classement de 1 (risque faible) à 5 (risque élevé). D'autre part, la structure de la formule de calcul avec un classement de A (risque faible) à E (risque élevé). Par extension, une catégorie « Hors Charte » (6F) regroupe tous les produits déconseillés par la Charte.

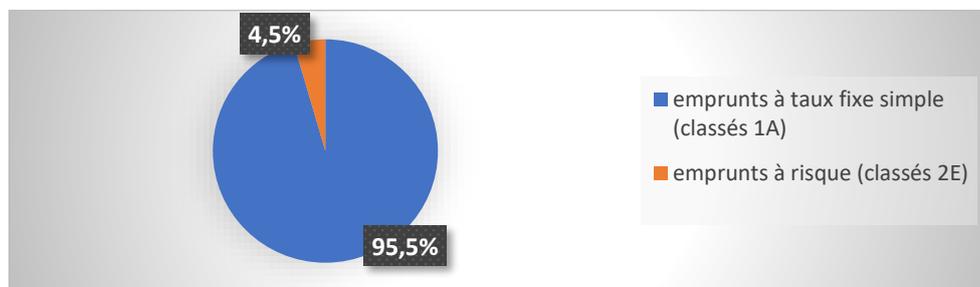
¹¹³ Le taux EONIA – pour Euro Overnight Index Average (EONIA) correspond au taux de référence pour les opérations de prêt interbancaires au jour le jour pratiqué dans la zone euro (source : site de la Banque de France).

fixe à taux nul (emprunt classé « 1A ») à hauteur du montant du capital restant dû (soit 2 364 000 €).

Au 31 décembre 2021, la dette de l'établissement - hors dépôts et cautionnements reçus - reposait sur 18 contrats d'emprunt, dont 16 souscrits à taux fixe limitant les risques financiers encourus. A la même date, l'encours de la dette d'emprunts s'établissait à 29,5 M€, soit 95,5 % de l'encours total de la dette du centre hospitalier. Les deux autres contrats d'emprunt relevant d'emprunts réputés à risques (emprunts structurés classés « 2E » selon la charte Gissler), d'un encours de 1,4 M€, portent à peine 4,5 % de la dette totale de l'établissement.

L'un de ces emprunts structurés – dont le capital restant dû s'élevait à 1,2 M€ au 31 décembre 2021 - a été contracté en novembre 2010, et arrive à échéance au 1^{er} septembre 2027. Le second emprunt à risques, d'un capital non encore amorti contenu à 200 000 € au 31 décembre 2021, a été contracté en avril 2007 et est arrivé à échéance dernièrement, au 15 octobre 2022.

Schéma n° 1 : Structure de l'encours de la dette (hors dépôts et cautionnements reçus) au 31/12/2021



Source : CRC à partir des données des comptes financiers

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Malgré un recul de l'activité lié à la crise sanitaire, et la mise en œuvre des mesures nationales salariales, l'hôpital Jacques Lacarin de Vichy a vu sa situation financière s'améliorer durant la période sous revue. L'amélioration observée tient aussi au soutien réitéré de la tutelle sanitaire tout au long de la période, aussi bien en exploitation en termes de dotations annuelles de financement pour la psychiatrie ou d'allocation de crédits au titre du fonds d'intervention régional, qu'en investissement par des apports en capital et subventions d'équipement.

Plusieurs des indicateurs et agrégats financiers se sont consolidés depuis 2016 : la capacité d'autofinancement brute s'est renforcée d'un niveau de 6,5 M€ en 2016 à 9,2 M€ en 2021 ; l'encours de la dette a fortement diminué de 58,7 M€ au 1^{er} janvier 2016 à 31 M€ au 31 décembre 2021.

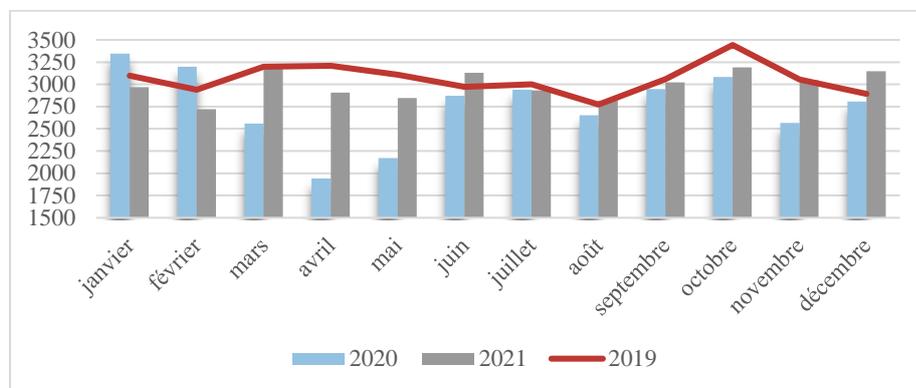
De même, après plusieurs années d'atonie, l'effort d'investissement s'est accentué, effort qui apparaît tout à fait indispensable pour préserver la capacité d'exercice et de prise en charge des patients par l'hôpital, au regard de taux de vétusté des immobilisations (et tout particulièrement des constructions) ainsi que des équipements se révélant très dégradés.

ANNEXES

Annexe n° 1. L'activité du centre hospitalier	95
Annexe n° 2. La gestion des ressources humaines.....	97
Annexe n° 3. La gestion budgétaire et comptable	99
Annexe n° 4. L'évolution de la situation financière	100
Annexe n° 5. Glossaire	103

Annexe n° 1. L'activité du centre hospitalier

Graphique n° 37 : Évolution du nombre de RSA transmis mensuellement



Source : CRC à partir des données de l'ATIH

Tableau n° 25 : Évolution du nombre de séjours générés en MCO

Nbr de RSA	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nbr de séjours de médecine	31 427	31 461	31 830	34 216	32 876	34 684
Dont séances	13 011	12 881	12 675	13 778	14 840	15 233
Nbr de séjours de chirurgie	7 068	7 708	7 348	6 952	5 467	6 223
Nbr de séjours d'obstétrique	1 699	1 588	1 496	1 526	1 369	1 442
Nbr total de séjours	40 194	40 757	40 674	42 694	39 712	42 349
Evolution N/N-1		1,4 %	- 0,2 %	5 %	- 7 %	6,6 %

Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidiag

Tableau n° 26 : Évolution de l'IP-DMS

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine	1,033	1,003	1,085	1,096	1,078	1,095
Chirurgie	0,996	1,036	1,082	1,102	1,137	1,087
Obstétrique	0,852	0,894	0,907	0,925	0,947	0,967

Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidiag

Tableau n° 27 : Données d'hospitalisation/d'hébergement en SSR et USLD

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
SSR	Nombre de journées d'hospitalisation complète	23 575	23 574	24 123	25 305	24 221	22 946
	Taux d'occupation des lits	99,3 %	98,7 %	98,2 %	98,8 %	96,3 %	93,7 %
USLD	Nombre de journées d'hospitalisation complète	41 313	41 499	41 179	40 038	41 192	36 617
	Taux d'occupation des lits	99,3 %	98,9 %	98,4 %	96,5 %	98,2 %	88,8 %

Source : CRC à partir des données fournies par l'établissement

Tableau n° 28 : Données d'hospitalisation en psychiatrie (adultes et enfants)

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2016/2021
Hospitalisation complète	Nombre de journées	33 374	32 775	32 781	32 672	27 913	26 608	- 20 %
	Nombre de lits	118	109	109	109	109	109	
	Taux d'occupation	81,9 %	82,4 %	82,4 %	82,1 %	70,3 %	67,2 %	
Hospitalisation à temps partiel	Nombre de venues/séances	8 153	7 731	7 767	7 488	4 495	5 208	- 36 %
	Nombre de places	45	45	45	45	45	45	

Source : CRC à partir des données des rapports d'activité produits par l'établissement

Annexe n° 2. La gestion des ressources humaines

Tableau n° 29 : Évolution des effectifs du CH de Vichy 2016/2021

<i>En ETPR moyens sur l'année</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution en nbre
<i>Personnel administratif</i>	157,19	153,35	156,16	155,43	150,27	146,88	- 10,31
<i>personnel soignant (dont éducatifs et sociaux)</i>	1098,44	1077,07	1049,2	1046,74	1038,81	1049,99	-4 8,45
<i>personnel médicotechnique</i>	58,26	58,36	62,2	66,85	63,13	64,86	6,6
<i>personnel technique et ouvrier</i>	190,56	187,19	177,32	169,54	166,47	160,17	- 30,39
Total titulaires et stagiaires	1504,45	1475,97	1444,88	1438,56	1418,68	1421,9	- 82,55
<i>Personnel administratif</i>	4,46	4,41	6,76	6,7	9,7	13,8	9,34
<i>personnel soignant (dont éducatifs et sociaux)</i>	21,6	27,09	49,82	40,94	32,9	83,54	61,94
<i>personnel médicotechnique</i>	0	1,33	5,06	1,58	1,47	3,02	3,02
<i>personnel technique et ouvrier</i>	6,68	5,4	6,55	9,36	14,87	21,69	15,01
Total CDI	32,74	38,23	68,19	58,58	58,94	122,05	89,31
<i>Personnel administratif</i>	25,13	25,28	19,85	24,14	26,62	29,98	4,85
<i>personnel soignant (dont éducatifs et sociaux)</i>	149,82	155,94	136,74	144,7	177,47	125,29	- 24,53
<i>personnel médicotechnique</i>	14,36	12,66	5,2	5,45	7,76	7,7	- 6,66
<i>personnel technique et ouvrier</i>	16,63	21,53	27,56	27,72	23,36	20,66	4,03
total CDD	205,94	215,41	189,35	202,01	235,21	183,63	- 22,31
<i>contrat soumis à dispositions particulières (CUI-PEC)</i>	31,87	17,87	0,83	0	0	1,38	- 30,49
Total PNM	1775	1747	1703	1699,15	1712,83	1728,96	- 46,04

Source : d'après les données du CH de Vichy

Tableau n° 30 : Paiement de plages de TTA entre 2016 et 2021

<i>en euros</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évolution 2016/2021
6426 TTA de jour	308 630	310 371	330 771	244 204	517 582	568 893	84,3 %
évolution annuelle		0,6 %	6,6 %	- 26,2%	111,9 %	9,9 %	

Source : CRC à partir des comptes financiers

Tableau n° 31 : Traitement comptable des produits de l'activité libérale

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>compte 4583 "activité libérale redevable"</i>	0	0	0	0	0	0
<i>compte 4584 "activité libérale praticiens"</i>	0	0	0	0	0	0
<i>compte 46741 "redevance due par les praticiens hospitaliers" montant TTC</i>	736 352	715 851	702 701	798 350	723 711	851 186
<i>compte 7531 "retenues et versement sur l'activité libérale"</i>	491 896	580 346	578 971	664 638	603 154	709 322
<i>compte 4245 "comptes individuels des praticiens" (en débit-crédit, solde nul en fin d'exercice)</i>	234 824	233 085	191 621	315 028	249 087	0
<i>compte 6585 "reversement quote-part des radiologues"</i>	138 607	143 323	153 875	158 514	181 885	161 032
<i>Résultat net pour l'établissement (46741-6585)</i>	„597746	572 528	548 826	639 836	541 826	690 154

Source : d'après les comptes financiers

Annexe n° 3. La gestion budgétaire et comptable

Tableau n° 32 : Résultat prévu / réalisé (tous budgets confondus)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>EPRD</i>	- 317 986	- 1 896 750	- 1 363 024	- 1 479 553	- 1 466 732	- 2 391 695
<i>EPRD + DM</i>	- 331 352	- 1 730 049	- 1 339 834	- 1 421 796	- 3 197 877	- 2 295 861
<i>CF</i>	- 858 819	- 78 051	608 772	3 194 810	2 307 596	2 480 201

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

Tableau n° 33 : Les reports de charges – tous budgets confondus

<i>En €</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Charges sur exercices antérieurs nettes des réémissions</i>	254 207	181 182	60 939	114 707	238 943	112 805
<i>Dont charges de personnel sur exercices antérieurs</i>	35 585	36 751	13 190	11 369	110 632	55 733
<i>Dont charges à caractère médical sur exercices antérieurs</i>	120 994	119 558	24 056	75 273	38 690	29 547
<i>Dont charges à caractère hôtelier et général sur exercices antérieurs</i>	81 837	15 987	19 468	20 727	89 622	27 524
<i>Dont autres charges sur exercices antérieurs</i>	15 790	8 886	4 225	7 337		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Annexe n° 4. L'évolution de la situation financière

Tableau n° 34 : Tableau de passage de la CAF brute au résultat consolidés

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CAF brute consolidée	6 454 926	9 649 359	9 493 622	9 992 255	10 313 571	9 199 212
+ Reprises sur amortissements et provisions	3 872 122	2 987 816	2 852 441	3 991 032	4 104 827	4 050 465
+ Quote-part des subventions d'inv. virées au compte de résultat	258 179	266 667	252 108	251 450	262 943	420 149
+ Produits des cessions d'éléments d'actif	1 570	315 880	239 970	0	5 904	0
- Dotations aux amortissements et aux provisions	11 445 616	13 248 961	12 224 041	11 039 299	12 357 339	11 146 160
- Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	48 813	5 328	627	22 309	43 464
= Résultat consolidé	- 858 819	- 78 051	608 772	3 194 811	2 307 597	2 480 201

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

Tableau n° 35 : Les produits de l'activité hospitalière du budget principal

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. annuelle moyenne
Produits de la tarification à l'activité (a)	93 332 760	96 066 942	95 124 267	98 390 063	99 918 568	106 611 494	2,7 %
Produits forfaitaires (b)	30 524 627	30 468 923	31 245 591	31 264 141	39 017 104	40 457 432	5,8 %
Produits de l'activité hospitalière (a + b)	123 857 387	126 535 865	126 369 858	129 654 204	138 935 672	147 068 926	3,5 %

Source : CRC à partir des données des comptes financier

Tableau n° 36 : Les dépenses de personnel du budget principal

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. annuelle moyenne
Charges de personnel non médical interne	73 206 352	73 676 945	73 447 886	73 138 369	78 495 699	84 513 798	2,9 %
Charges de personnel médical interne	18 482 172	18 893 330	20 251 805	19 498 060	20 916 296	23 801 350	5,2 %
Autres charges de personnel interne	696 366	632 720	611 020	740 426	528 053	813 681	3,2 %
Charges de personnel externe	1 114 303	560 534	723 061	2 094 938	3 144 202	1 454 132	5,5 %
TOTAL DES CHARGES DE PERSONNEL BRUT (a)	93 499 193	93 763 529	95 033 772	95 471 793	103 084 250	110 582 961	3,4 %
Total atténuation charges personnel (b)	1 011 304	878 007	844 346	859 285	710 561	832 775	- 3,8 %
TOTAL DES CHARGES DE PERSONNEL NET (a-b)	92 487 889	92 885 522	94 189 427	94 612 508	102 373 689	109 750 186	3,5%

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

Tableau n° 37 : Les financements propres disponibles

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul
CAF brute consolidée	6 454 926	9 649 359	9 493 622	9 992 255	10 313 571	9 199 212	55 102 944
- Annuité en capital de la dette*	5 289 951	9 079 250	11 376 607	4 053 405	4 605 552	4 633 747	39 038 512
= Capacité d'autofinancement (CAF) nette consolidée (a)	1 164 974	570 109	-1 882 985	5 938 850	5 708 019	4 565 465	16 064 433
En % du montant total des produits	0,7 %	0,4 %	- 1,2 %	3,7 %	3,4 %	2,5 %	/
Apports en capital**	-	1 000 000	-	-	11 303	1 010 500	2 021 803
+ Subventions d'équipement reçues	-	157 000	529 519	894 291	1 164 917	2 290 998	5 036 726
+ Produits de cession	1 570	315 880	239 970	-	5 904	-	563 324
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	1 570	1 472 880	769 489	894 291	1 182 124	3 301 498	7 621 852
= Financement propre disponible (a+b)	1 166 544	2 042 989	-1 113 497	6 833 142	6 890 143	7 866 964	23 686 285

Source : CRC à partir des données des comptes financiers. * les remboursements de lignes de trésorerie (cpt 16449), les ICNE (cpt 1688) et les flux comptables liés aux refinancements de dette (cpt 1641/16441 et 166) ont été exclus du montant de l'annuité en capital de la dette. ** Le montant de l'apport en capital de l'exercice 2021 a été retraité afin de n'intégrer que le montant effectivement alloué au titre de cet exercice dans le cadre de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (soit 1 M€ et non 5 M€)

Tableau n° 38 : Dépenses d'équipement réalisées

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul
<i>Dépenses d'équipement réelles</i>	1 883 591	2 288 715	3 079 852	3 521 065	4 990 045	10 019 217	25 782 485
<i>Dont immobilisations incorporelles</i>	399 792	121 424	125 158	414 451	213 747	577 903	1 852 475
<i>Dont terrains, constructions et agencements</i>	19 625	2 245	740	785	-	133 699	157 094
<i>Dont autres immobilisations corporelles</i>	498 423	1 435 065	1 796 743	2 071 520	3 109 970	3 867 309	12 779 030
<i>Dont immobilisations en cours</i>	965 751	729 981	1 157 212	1 034 309	1 666 328	5 440 306	10 993 885
<i>Dépenses d'équipement réelles rapportées au financement propre disponible</i>	161 %	112 %	- 277 %	52 %	72 %	127 %	109 %

Source : CRC à partir des données de la balance des comptes

Tableau n° 39 : Les principaux agrégats du bilan fonctionnel

<i>En K€</i>	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Fonds de roulement net global (FDR)</i>	11 922	11 238	14 323	20 834	18 946
<i>Besoin en fonds de roulement (BFR)</i>	11 749	10 858	10 011	10 642	17 403
<i>Trésorerie</i>	173	380	4 311	10 191	1 543
<i>En nbr de jours de charges courantes</i>	0,4	0,9	10,8	24,1	3,4

Source : tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques ; rapports annuels accompagnant le compte financier pour la trésorerie exprimée en nombre de jours de charges courantes

Tableau n° 40 : Principaux ratios de la dette

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Taux de dépendance financière</i>	72,7 %	67,8 %	63,9 %	59,6 %	54,7 %	44,6 %
<i>Durée apparente de la dette</i>	8,7	4,9	4,2	3,6	3,4	3,4
<i>Poids de la dette</i>	35,2 %	29,5 %	25,2 %	22,2 %	21,1 %	17,3 %

Source : CRC à partir des données des comptes financiers

Annexe n° 5. Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
AS	Auxiliaire de soins
ASHQ	Agent de service hospitalier qualifié
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CHV	Centre hospitalier de Vichy
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DAF	Dotation annuelle de financement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DM	Décision modificative
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FIR	Fonds d'intervention régional
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe homogène de tarif
HAD	Hospitalisation à domicile
IBODE	Infirmier de blocs opératoires diplômé d'Etat
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IPDE	Infirmier puériculteur diplômé d'Etat
IP-DMS	Indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
RSA	Résumé de sortie anonymisé
SSR	Soins de suite et réadaptation
USLD	Unité de soins de longue durée



Les publications de la chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-auvergne-rhone-alpes>

Chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes

124-126 boulevard Vivier Merle

CS 23624

69503 LYON Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr