



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR DE BOURGES Volet organique

(Département du Cher)

Exercices 2018 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 21 septembre 2023.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1 UN HÔPITAL INDISPENSABLE SUR SON TERRITOIRE MAIS FRAGILISÉ PAR UNE PÉNURIE STRUCTURELLE DE PERSONNEL MÉDICAL.....	9
1.1 L'hôpital de référence d'un département marqué par une démographie médicale défavorable.....	11
1.2 L'enjeu de la démographie médicale dans l'accès aux soins dans le département du Cher	16
1.3 Le CHJC : un établissement en sous-effectif médical chronique.....	20
1.4 L'offre de soins de l'établissement est fragilisée notamment par le déficit d'anesthésistes	22
1.5 Un recours majeur à l'intérim médical soutenu et coûteux pour les finances de l'établissement.....	25
1.6 Concilier mission de proximité et rôle d'hôpital de référence : la difficile équation à résoudre du centre hospitalier de Bourges	28
1.6.1 La difficile organisation de la permanence des soins dans l'établissement et son impact financier	28
1.6.2 Une concurrence avec la clinique privée Guillaume de Varye pour capter les ressources médicales défavorable à l'hôpital Jacques Cœur	31
2 UNE SITUATION FINANCIÈRE TENDUE MARQUÉE PAR UNE CAPACITÉ D'INVESTISSEMENT RÉDUITE ET UN COMPTE D'EXPLOITATION DÉFICITAIRE	34
2.1 Une reprise de l'effort d'investissement sur la période 2010-2015 mais un net repli à compter de 2016	35
2.2 Un recul de l'effort d'investissement causé par la dégradation de la situation financière	39
2.3 Des déficits d'exploitation imputables à une activité hospitalière inférieure au potentiel de l'établissement et au recours coûteux à l'intérim médical	47
2.3.1 Des coûts de fonctionnement pilotés pour compenser l'augmentation du coût de l'intérim médical et le faible dynamisme des produits	47
2.3.2 La maîtrise des dépenses de personnel du centre hospitalier	50
2.3.3 Les pertes de recettes liées au sous-effectif médical.....	52

3 UN HÔPITAL FACE À DEUX DÉFIS MAJEURS : COMPOSER AVEC UNE PÉNURIE CROISSANTE DE PERSONNELS ET CONTINUER À INVESTIR.....	54
3.1 Une pénurie de personnels soignants en nette augmentation depuis la crise sanitaire de 2020	54
3.2 Les perspectives économiques incertaines n'offrent aucun répit financier au centre hospitalier Jacques Cœur pourtant confronté à un véritable « mur d'investissements »	57
3.2.1 Une campagne budgétaire 2022 marquée par une dégradation inédite de la trajectoire financière liée au retour de l'inflation mais dont l'impact a été intégralement compensé par des dotations exceptionnelles	59
3.2.2 La nécessité d'avancer sur les projets d'investissements structurants trop longtemps reportés pour conforter le centre hospitalier Jacques Cœur dans son rôle d'établissement de référence départemental	64
ANNEXES.....	69
Annexe n° 1. Procédure.....	70
Annexe n° 2. Glossaire.....	71
Annexe n° 3. Réponses.....	73

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges (CHJC) est l'établissement de référence du département du Cher. Il garantit une offre de soins étendue (médecine, chirurgie, obstétrique, gériatrie) à la population de l'agglomération de Bourges. Il gère un budget consolidé de 189 M€ en 2021, emploie 1 969 agents en équivalent temps plein (ETP) dont 189 médecins, pour 720 lits et 146 places.

Contraint de recourir à un intérim médical coûteux le CHJC a vu sa capacité à investir sacrifiée au cours des dernières années

Soumis à une démographie médicale déclinante, le CHJC a recours à l'intérim médical, solution peu soutenable et extrêmement coûteuse pour les finances hospitalières. Ces dépenses ont représenté une fois et demi les dépenses d'investissement sur la période 2016-2021. Pour pérenniser son offre de soins, l'établissement est confronté au double défi d'une offre libérale en déclin dont il doit compenser les effets et d'une situation financière tendue entravant ses capacités d'investissement. Dans cette perspective, il doit développer des filières de soins pertinentes en dépit des difficultés qu'engendre le recours à des médecins intérimaires.

Intervenant dès 2015, la dégradation de sa situation financière a contraint le centre hospitalier Jacques Cœur à réduire son effort d'équipement. L'établissement n'a pu ainsi engager aucun des projets de construction figurant à son projet d'établissement 2016-2020 pourtant indispensables au renforcement de son offre de soins : création d'une unité de soins palliatifs, reconstruction de l'unité d'hémodialyse et de néphrologie et reconfiguration architecturale du service d'accueil des urgences insuffisamment dimensionné au regard du nombre de passages. Faute d'une capacité à investir suffisante, le centre hospitalier se trouve aujourd'hui face à un volume d'investissements conséquent constitué à la fois de projets reportés et de besoins d'investissement émergents (travaux de mises aux normes de sécurité et acquisitions d'équipements nécessaires à la modernisation du plateau technique).

Cette faible capacité d'investissement s'explique par un cycle d'exploitation structurellement déficitaire notamment lié aux difficultés que rencontre le centre hospitalier en matière de gestion du personnel médical. Fragilisé par une pénurie de praticiens, l'établissement est en effet contraint de recourir de façon soutenue et coûteuse à l'intérim pour maintenir son offre sans pouvoir parallèlement développer ses activités et générer des recettes supplémentaires. Le centre hospitalier a cependant déployé un réel effort de maîtrise des charges pour tenter de compenser l'augmentation des dépenses d'intérim médical et l'atonie des recettes ce qui a permis de contenir le déficit d'exploitation

Confronté à la pénurie d'effectifs et à l'inflation, le CHJC doit pourtant désormais investir dans ses projets d'avenir en s'appuyant sur l'aide d'autres financeurs, notamment l'État

Aujourd'hui, le CHJC doit faire face à deux défis majeurs qui conditionnent le maintien de l'offre de soins ainsi que son adaptation. Il doit en effet, d'une part, composer avec une pénurie croissante de personnels non médical qui amplifie les effets du sous-effectif médical récurrent et, d'autre part, depuis 2022, gérer les conséquences à partir de 2023 d'une inflation qui fragilise le compte d'exploitation

Confronté à des besoins d'investissements nouveaux (restructuration des urgences, construction unité hémodialyse et restructuration hémodialyse, extension capacitaire de l'unité de soins critiques) et de renouvellement des bâtiments et des équipement techniques médicaux (bloc opératoire), le CHJC doit pourtant poursuivre ses investissements.

Soutenu financièrement dans le cadre du volet « Soutien à l'investissement » du Ségur de la Santé¹, il est aujourd'hui nécessaire de concrétiser dans les meilleurs délais les projets structurants hérités du projet d'établissement 2016-2020. L'engagement rapide de ces projets permettra de limiter l'incidence de l'inflation sur leur coût et de faire profiter plus rapidement l'établissement des bénéfices qui en sont attendus, tant en termes de recettes qu'en termes de qualité de la prise en charge et des conditions de travail.

Les tensions sur les effectifs médicaux et paramédicaux, l'inflation qui semble s'installer durablement, l'absence de réserves financières et une capacité d'autofinancement insuffisante, montrent la nécessité pour l'établissement d'obtenir un accompagnement financier pour continuer à investir et maintenir la qualité de son offre.

¹ Engagement pris par le Gouvernement en juillet 2020, le Ségur de la santé prévoit un investissement de 19 milliards d'euros dans le système de santé sur dix ans, composé de 9 milliards pour financer les grands projets et l'investissement du quotidien dans les établissements de santé, 6,5 milliards pour le désendettement des hôpitaux, 1,5 milliard pour la modernisation des Ehpad et 2 milliards pour le numérique. Ces enveloppes ont été confiées aux ARS sur l'ensemble des pans du système de santé pour qu'elles puissent définir une stratégie régionale donnant de la visibilité sur les projets prioritaires sur la période 2021-2029 pour leurs territoires. Ces enveloppes visent tous les champs – hospitalier, santé mentale, médico-social, public ou privé.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Réexaminer avec l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire les modalités de financement de la permanence des soins (page n° 31).

Recommandation n° 2. : Mettre en œuvre un plan global de financement (PGFP) actualisé en fonction des nouvelles contraintes (inflation, etc.) afin d'atteindre un taux d'investissement conforme à l'état de l'art sur le plan médical et engager une réflexion avec des partenaires extérieurs pour leur financement (page n° 68).

INTRODUCTION

L'article L. 211-3 du code des juridictions financières (CJF) définit les modalités selon lesquelles les chambres régionales des comptes procèdent au contrôle des comptes et examinent la gestion des organismes relevant de leur compétence. Il précise que cet examen porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'organe délibérant.

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges, relatif aux exercices 2018 et suivants, a porté dans le présent cahier sur sa situation financière et ses perspectives. Un second cahier est consacré aux services d'urgences.

Les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le CJF (articles L. 243-1 à L. 243-6) sont présentées en annexe n° 1 « Procédure ».

1 UN HÔPITAL INDISPENSABLE SUR SON TERRITOIRE MAIS FRAGILISÉ PAR UNE PÉNURIE STRUCTURELLE DE PERSONNEL MÉDICAL

Photo n° 1 : Centre hospitalier Jacques Cœur



Source : CRC, le 8 décembre 2022.

Fortement mobilisé, le centre hospitalier Jacques Cœur (CHJC) de Bourges est sorti fragilisé de la pandémie de la covid-19 (cf. encadré ci-après). La crise sanitaire au travers des vagues successives de la pandémie, a accru les tensions existantes sur l'organisation et les ressources soignantes en mettant à l'épreuve leur endurance.

Le CHJC aura pris une part notable dans l'effort régional de lutte anti-pandémie avec l'accueil de 1 576 séjours de patients covid, soit 5 % du total des séjours covid réalisés en région Centre-Val de Loire en 2020.

Tableau n° 1 : Activité de centres hospitaliers de la région Centre-Val de Loire ayant accueilli des patients en hospitalisation pour covid 19 en 2020

	Nombre de séjours de patients covid (*)	en %	Nombre de journées de patients covid	en %
<i>Tous établissements région CVDL</i>	31 013	100 %	269 041	100 %
<i>CHU TOURS</i>	5 149	17 %	34 767	13 %
<i>CH DREUX</i>	4 755	15 %	35 234	13 %
<i>CH CHATEAUROUX</i>	2 885	9 %	23 376	9 %
<i>CHR ORLEANS</i>	2 674	9 %	20 892	8 %
<i>CH BLOIS</i>	2 036	7 %	17 731	7 %
<i>CH CHARTRES</i>	1 721	6 %	13 942	5 %
<i>CH BOURGES</i>	1 576	5 %	17 106	6 %
<i>CH VIERZON</i>	1 023	3 %	8 893	3 %
<i>CH AGGLOMERATION MONTARGOISE</i>	902	3 %	8 188	3 %
<i>CH ROMORANTIN-LANTHENAY</i>	857	3 %	8 979	3 %

Source : SAE 2020. (*) Toutes hospitalisations confondues (complètes, partielles et ambulatoires).

Dans le contexte actuel d'après-crise, le déficit de praticiens pèse sur la capacité du CHJC à maintenir son offre de soins alors que s'accroît la demande de soins de la population de son territoire.

Le système de santé français après la crise sanitaire de la covid-19

De nombreuses publications d'organisations internationales et d'institutions nationales comportent des informations pour caractériser la situation du système de santé français - et tout particulièrement de l'hôpital public - au sortir de la crise sanitaire de la covid-19.

Fin 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un rapport présentant un état des lieux des ressources humaines disponibles dans le secteur sanitaire dans 53 États, incluant les membres de l'Union européenne. L'organisation internationale indique que le déficit de professionnels de santé touche tous les pays de la zone, lequel fragilise à terme les systèmes de santé nationaux mis à rude épreuve par deux années de crise sanitaire.

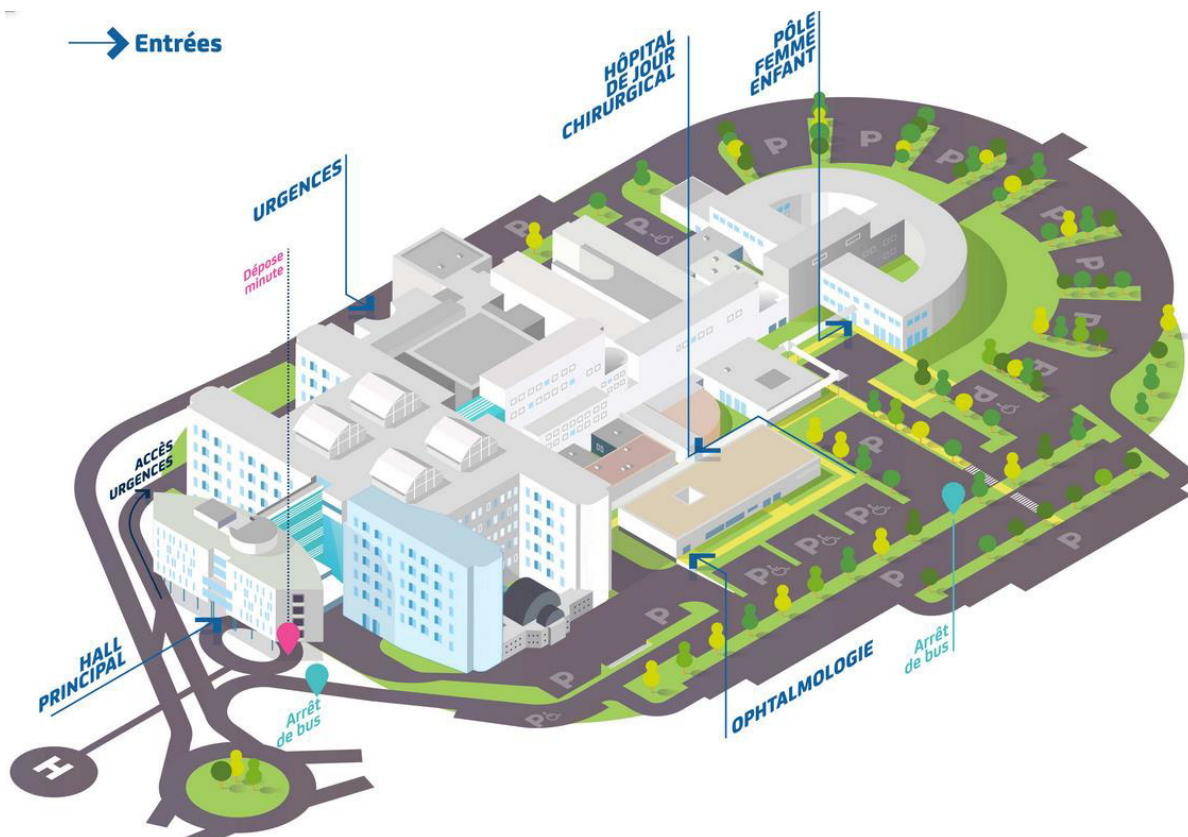
Le système de santé français n'échappe pas à cette mise en tension, notamment en termes de démographie médicale. Dans son panorama de la santé 2021, l'OCDE indiquait qu'« [...] En France, en Pologne et en République slovaque, le nombre de médecins par habitant n'a augmenté que modestement depuis 2000. En France, il a tout juste suivi le rythme de croissance de la population, et il devrait diminuer au cours des prochaines années, tant en valeur absolue que par habitant, car les médecins qui prendront leur retraite seront plus nombreux que les nouveaux arrivants dans la profession. C'est pourquoi il a été recommandé d'augmenter de 20 % supplémentaires le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine en France au cours de la période 2021-25 par rapport aux cinq années précédentes. Du fait de la durée des études et de la formation des médecins, il faut toutefois attendre une dizaine d'années environ pour que l'impact d'une augmentation du nombre d'étudiants en médecine se fasse sentir. [...] »

En mars 2022, un rapport de la commission d'enquête du Sénat sur « La situation de l'hôpital et le système de santé en France » relevait que :« [...] Depuis deux ans, l'hôpital a certes démontré sa résilience, mais les cinq vagues épidémiques successives intervenues sur une situation déjà dégradée et tendue ont entraîné des conséquences profondes et certainement durables. Défi majeur auquel est aujourd'hui confronté le système hospitalier, la fragilisation de ses ressources humaines se manifeste par des difficultés à recruter des personnels ou à les conserver qui, sans être massives ou uniformes selon les régions, les établissements ou les spécialités, ont un impact manifeste sur les conditions de travail des équipes et le fonctionnement des services.

Traduction de cette situation, les pénuries en personnels soignants et les réductions de capacités qu'elles entraînent atteignent un niveau très préoccupant [...]. »

1.1 L'hôpital de référence d'un département marqué par une démographie médicale défavorable

Photo n° 2 : Vue générale du site principal du CH Jacques Cœur



Source : site internet de l'établissement.

Établissement de référence du département du Cher, relevant de la catégorie des très grands centres hospitaliers², le CHJC a enregistré en 2021 près de 25 300 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dont environ 18 800 en hospitalisation complète et 6 500 en ambulatoire. L'établissement dispose de 846 lits et places dont 470 en MCO. Il est organisé autour d'un pôle management-ressources et de sept pôles cliniques et médico-techniques regroupant 46 services.

Doté de la seule maternité autorisée de niveau II B³ dans le département du Cher⁴, le CHJC accueille environ 1 200 accouchements par an et intègre une unité de néonatalogie. Siège du SAMU départemental, l'hôpital dispose d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et de l'unique service de réanimation du département. Il accueille également le seul service d'accueil des urgences (SAU) sur l'agglomération de Bourges qui enregistre environ 35 000 passages annuels.

Avec un budget annuel de fonctionnement d'environ 189 M€, le CHJC est le premier employeur de la ville de Bourges avec 1 969 équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR) en 2021, dont 1 780 personnels non médicaux (dont 1 290 personnels soignants des services de soins, 83 médico-techniques, 191 administratifs et 182 techniques et ouvriers) et 189 ETP médicaux (dont 81,3 praticiens permanents, 68,77 non permanents et 39,46 internes).

Tableau n° 2 : Capacités exploitées sur les deux sites du CH de Bourges (2021)

Site	Jacques Cœur	Taillegrain	Total
Lits			
MCO	426		426
SSR	50	55	105
EHPAD		129	129
USLD		60	60
Total des lits	476	244	720
Places			
MCO	44		44
HAD	30		30
SSR	6		6
EHPAD		20	20
SSIAD	26		26
Total des places	106	20	126
Total des lits et places	582	264	846

Source : Statistiques annuelle des établissements de santé (SAE) 2021 accessible sur www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

² La DREES a classé les hôpitaux publics en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros). Son budget consolidé en recettes s'établissant à 188,63 M€ en 2021, le centre hospitalier Jacques Cœur relève de la catégorie des « très grands centres hospitaliers ».

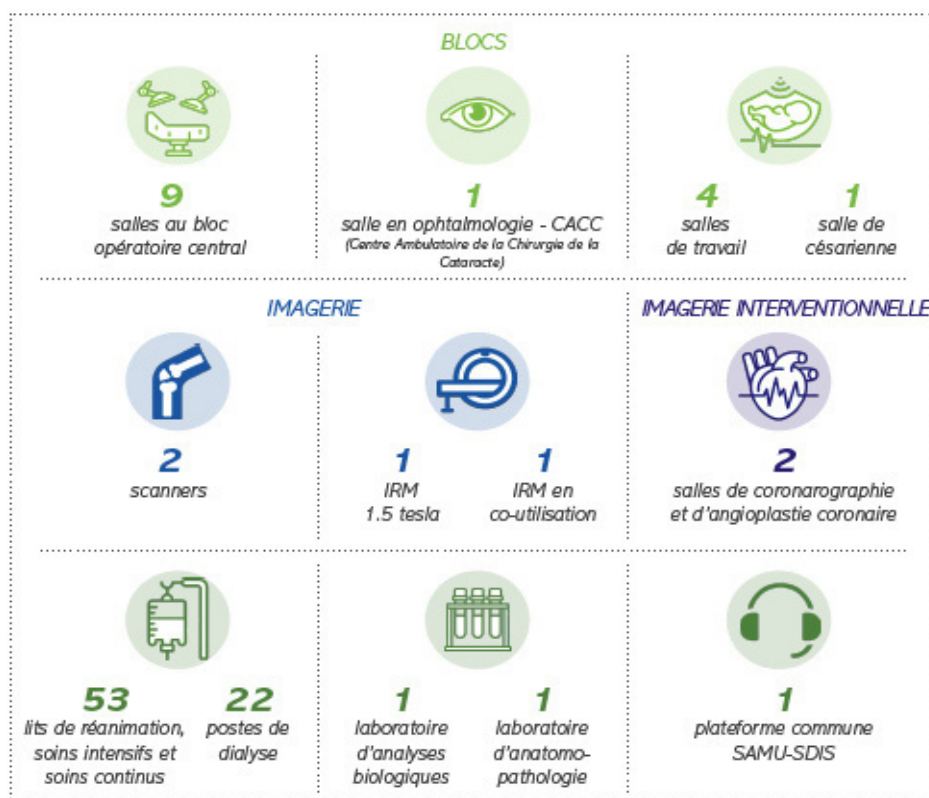
³ Les maternités de type II B comportent une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie avec soins intensifs mais sans unité de réanimation néonatale (maternité de niveau 3).

⁴ Le département du Cher comprend trois maternités de niveau I : centre hospitalier de Vierzon (398 accouchements en 2021), centre hospitalier de Saint-Amand-Montrond (236 accouchements en 2021) et clinique privée Guillaume de Varye (588 accouchements en 2021). Source : <https://hospidiag.atih.sante.fr/>.

Les activités du CHJC sont réparties dans la ville de Bourges sur deux sites principaux distants de quelques kilomètres. Le premier site - l'hôpital « Taillegrain » - établi au centre-ville, est orienté vers la gériatrie avec une capacité de 264 lits et places. Doté de bâtiments vieillissants, datant pour certains du XVII^e siècle et contraint en termes de disponibilités foncières, ce site présente d'importants besoins d'investissements pour atteindre les standards actuels d'accessibilité, de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées.

Ouvert en novembre 1994, le second site - l'hôpital Jacques Cœur - a été construit neuf en périphérie de la commune. En succédant à l'ancien Hôtel-Dieu vétuste situé en centre-ville, ce nouvel hôpital a permis d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement des patients mais aussi de disposer d'un plateau technique modernisé et complet et d'améliorer les conditions de travail des agents⁵. Ce bâtiment atteindra prochainement sa trentième année d'exploitation et nécessite d'être adapté dans de nombreux secteurs pour intégrer les évolutions les plus récentes en matière notamment de technologies médicales et d'organisations de la prise en charge de la patientèle.

Graphique n° 1 : Le plateau technique du Centre hospitalier Jacques Cœur



Source : CHJC, « Chiffres clés 2022 ».

⁵ L'Hôtel-Dieu était faiblement pourvu en ascenseurs et l'essentiel du brancardage des patients s'effectuait manuellement.

L'hôpital Jacques Cœur a réalisé une extension et une restructuration en 2015 soutenues financièrement dans le cadre du plan national Hôpital 2012⁶, avec notamment la construction d'un bâtiment doté de douze lits de soins intensifs de cardiologie, de huit lits de soins continus de cardiologie, de 30 lits et places de soins de suite en cardiologie ainsi que de 50 lits de soins de suite gériatriques. En 2021, le site Jacques Cœur regroupe 582 lits et places (cf. tableau n° 2) et dispose un plateau technique de premier ordre (avec notamment deux scanners et deux IRM) lié à son positionnement dans l'offre de soins départementale.

Le développement de la chirurgie ambulatoire au sein du CHJC a conduit à une nette progression du taux de chirurgie ambulatoire qui atteint en 2019 (53,35 %). Si ce taux reste en deçà de l'objectif national de 66,2 % de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2020⁷, il traduit néanmoins les efforts réalisés par l'établissement pour améliorer l'efficacité soignante de l'activité de chirurgie. La crise sanitaire a mis, en 2020 et 2021, un coup d'arrêt transitoire à l'activité chirurgicale du CHJC (effet des déprogrammations d'interventions chirurgicales⁸). Toutefois l'année 2022 marque une reprise de la chirurgie ambulatoire selon la direction de l'établissement.

Tableau n° 3 : Taux de chirurgie ambulatoire

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>P12 : Taux de chirurgie ambulatoire</i>	46,19 %	48,20 %	54,59 %	53,35 %	47,07 %	48,75 %	50,94 %

Source : Hospiddiag. *2022 : source : CHJC.

La montée en puissance du centre ambulatoire de la chirurgie de la cataracte (CACC), unité mise en service par l'établissement en 2015, illustre ces efforts. Optimisée autour d'un circuit rapide chirurgical sans prise en charge anesthésique, cette unité a permis d'améliorer significativement l'accès à la chirurgie de la cataracte dans le département du Cher, mal doté en termes de densité d'ophtalmologistes⁹ comme en témoigne une évaluation de l'université de médecine de Tours.

L'offre en activités de soins dans le département du Cher est à dominante publique (MCO : 78 % et SSR : 80 %) et fortement polarisée sur le centre hospitalier Jacques Cœur qui concentre 53 % des capacités hospitalières en MCO et 29 % des capacités d'accueil en soins de suites et de réadaptation (SSR (chiffres 2021)). Cette situation est habituelle pour l'activité du principal hôpital de recours d'un département.

⁶ Le plan « Hôpital 2012 » constitue un plan national d'aide à l'investissement des établissements de santé.

⁷ Le retard de la France dans le domaine de la chirurgie et la médecine ambulatoire a conduit le ministère de la santé à faire de ce mode de prise en charge une priorité nationale. L'instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 a fixé un taux de global national de chirurgie ambulatoire de 66,2 % à horizon 2020. Au-delà de la réponse aux attentes des patients, ce mode de prise en charge est un vecteur de maîtrise des charges. La réforme s'accompagne de modalités de financement invitant à privilégier l'ambulatoire dès lors que cela est possible.

⁸ La baisse de l'activité de l'hôpital de jour chirurgical en 2020 et 2021 s'explique par le fait que cette unité proche du service des urgences a été transformée en service d'accueil des patients covid+.

⁹ Université de médecine de Tours, « Impact médico-économique d'un centre de chirurgie ambulatoire de la cataracte sans parcours anesthésique dans un territoire en tension », 22 pages, 2021.

Tableau n° 4 : Répartition du secteur privé et du secteur public de l'offre de soins MCO et SSR du département du Cher

Nombre de lits et places	MCO			
	HC	HP ou ambulatoire	Total	Part
Total département	785	103	888	100 %
Secteur public	632	64	696	78 %
<i>CH Jacques Cœur</i>	426	44	470	53 %
<i>CH Vierzon</i>	106	20	126	14 %
<i>CH Saint-Amand-Montrond</i>	100	0	100	11 %
<i>CH Sancerre</i>			0	0 %
Secteur privé	153	39	192	22 %
<i>Hôpital privé Guillaume de Varye</i>	134	29	163	18 %
<i>Clinique Les Grainetières</i>	19	10	29	3 %
	SSR			
	HC	HP ou ambulatoire	Total	Part
Total département	342	38	380	100 %
Secteur public	276	28	304	80 %
<i>CH Jacques Cœur</i>	105	6	111	29 %
<i>CH Vierzon</i>	92	17	109	29 %
<i>CH Saint-Amand-Montrond</i>	49	5	54	14 %
<i>CH Sancerre</i>	30	0	30	8 %
Secteur privé	66	10	76	20 %
<i>Hôpital privé Guillaume de Varye</i>	66	10	76	20 %
<i>Clinique Les Grainetières</i>	0	0	0	0 %

Source : Statistiques annuelle des établissements de santé (SAE) 2021 accessible sur www.sae-diffusion.sante.gouv.fr.

Le rôle d'établissement de référence du centre hospitalier se manifeste également sur le secteur des soins critiques¹⁰ : il dispose des seuls services de réanimation adultes (12 lits) et de soins intensifs (16 lits hors néonatalogie) du département du Cher.

Enfin, le CHJC est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Cher qui outre le CHJC, regroupe les trois autres centres hospitaliers du département : Saint-Amand-Montrond, Sancerre, Vierzon et l'établissement intercommunal de santé mentale du Cher (George Sand). Constitué en 2016, ce GHT est exclusivement composé

¹⁰ Les services hospitaliers de soins critiques prennent en charge les patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës et dont le pronostic vital est engagé. Ces prises en charge se font soit en « réanimation » (si plusieurs défaillances sont identifiées), soit en « soins intensifs de spécialité » (si la défaillance porte sur un seul organe). Les « unités de surveillance continue » accueillent les malades nécessitant, en raison de leur état ou du traitement suivi, une surveillance clinique et biologique répétée et méthodique. Ces services ont été fortement sollicités durant la pandémie de Covid-19.

d'établissements publics hospitaliers. Il n'associe ni les cliniques privées du département ni les établissements médico-sociaux de statut public ou privé ni les associations.

Les deux centres hospitaliers de Vierzon et Saint-Amand-Montrond ont fait l'objet d'examens récents de la CRC Centre-Val de Loire. Ceux-ci ont mis en évidence une fragilité certaine de ces établissements liée aux tensions sur leurs effectifs de personnel médical et à des situations financières difficiles qui brident leurs capacités à investir.

La démographie médicale constitue le point majeur de fragilité de ce GHT. Dans un rapport d'octobre 2020 consacré aux groupements hospitaliers de territoire, la Cour des comptes notait que « Les GHT devraient constituer un vecteur d'entraide fort entre établissements inégalement exposés à la question du manque de médecins. Pourtant parmi les GHT implantés dans les dix départements les plus concernés par une démographie médicale défavorable, seule la Creuse a été rattachée à un GHT doté d'un CHU permettant d'atténuer partiellement cette situation. » Le GHT du Cher figure dans la liste de ces dix départements.

En pratique, les trois établissements publics de santé autorisés en MCO du département sont d'abord mobilisés sur le maintien opérationnel au quotidien de leur offre de soins ; pour cela, chacun d'eux s'appuie autant que possible sur les ressources des deux autres s'agissant des spécialités médicales pour lesquelles les tensions sont les plus fortes. Ils ne disposent cependant pas des ressources médicales nécessaires pour structurer des filières complètes à l'échelle du territoire. C'est pour cette raison, selon la directrice du CHJC, que le GHT du Cher privilégie essentiellement les projets liés à la prévention car faiblement consommateurs de temps médical. Les établissements parties du GHT ne peuvent pas davantage développer des activités pour lesquelles les besoins en santé sont documentés sur le plan épidémiologique (la cancérologie illustre cette situation cf. partie 1.6.2).

1.2 L'enjeu de la démographie médicale dans l'accès aux soins dans le département du Cher

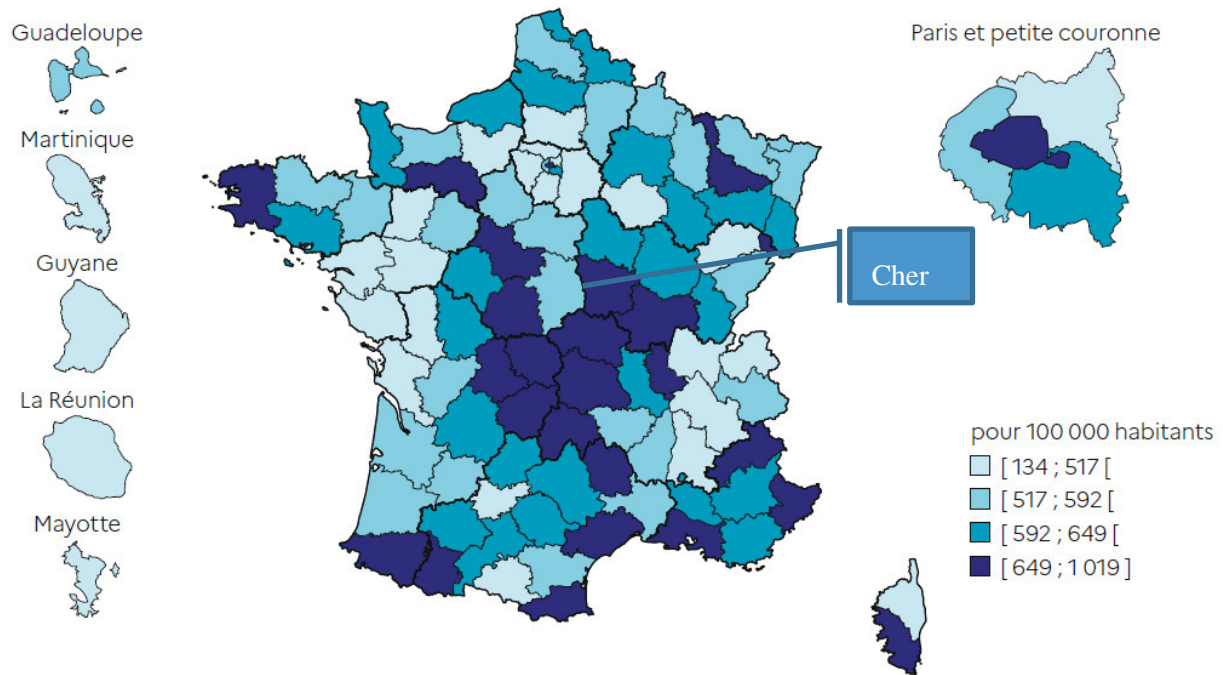
Le département du Cher, peu dense avec 41,8 habitants au km² en 2019, a vu sa population diminuer de 321 559 habitants en 1990 à 300 933 habitants en 2020 (INSEE). La ville de Bourges et son aire d'attraction qui concentrent 40 % de la population du département ont vu leur population décliner de 124 236 habitants en 1990 à 119 787 habitants en 2009 avant de remonter à 120 521 habitants en 2020.

En éliminant les effets de la structure par âge, le département avec 233,28 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour 100 000 habitants en 2021, présente un taux de recours¹¹ à l'hospitalisation en MCO inférieur à celui observé au niveau national (276,96 séjours en 2021), traduisant un accès aux soins globalement limité.

Ce moindre recours à l'hospitalisation est en partie lié à une offre sanitaire départementale moins dotée en capacités d'hospitalisations (lits et places) par habitant que les médianes nationales mesurées en 2019 (carte n° 1).

¹¹ Données ATIH, outil « Soins et territoires » disponible sur www.scansante.fr, rubrique « Territoires et parcours de soins ».

Carte n° 1 : Densité de lits d'hospitalisation complète en 2020 par département



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée.

Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2020.

Source : DREES, Les établissements de santé, édition 2022.

Les taux d'équipement par discipline permettent une appréciation plus précise des capacités d'hospitalisation (complète et partielle) du département du Cher. À l'exception de la gynécologie-obstétrique, les taux d'équipement du département en lits et places de médecine et de chirurgie sont inférieurs aux taux nationaux. Le taux d'équipement en lits et places de SSR montre que le département est moins doté en lits d'aval, ce qui crée un risque de saturation chronique des services de soins aigus et de rupture dans le parcours de soins des patients concernés.

Tableau n° 5 : Taux d'équipement du département du Cher en lits et places de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et en moyen séjour (Soins de Suites et de Réadaptation) (Public et Privé / Nombre de lits et places pour 1 000 habitants / 2021)

<i>Taux d'équipement / Indicateur</i>	Capacités département Cher	Taux d'équipement Cher / 100 000 hab	Taux d'équipement France métropolitaine / 100 000 hab	Ratio Département / France métropolitaine
<i>MCO - Lits de MCO installés en hospitalisation complète</i>	766	252,47	291,24	0,87
<i>MCO - Lits de chirurgie installés en hospitalisation complète</i>	170	56,03	84,39	0,66
<i>MCO - Lits de gynécologie-obstétrique installés en hospitalisation complète</i>	84	27,69	24,75	1,12
<i>MCO - Lits de médecine installés en hospitalisation complète</i>	512	168,75	182,10	0,93
<i>MCO - Places de chirurgie en hospitalisation partielle ou ambulatoire</i>	49	16,15	29,85	0,54
<i>MCO - Places de gynécologie-obstétrique en hospitalisation partielle ou ambulatoire</i>	8	2,64	1,73	1,52
<i>MCO - Places de médecine en hospitalisation partielle ou ambulatoire (hors postes de dialyse et de chimiothérapie)</i>	36	11,87	21,64	0,55
<i>SSR - Nombre de lits installés en Hospitalisation Complète</i>	342	112,72	154,11	0,73
<i>SSR - Nombre de places en Hospitalisation partielle</i>	38	12,52	25,26	0,50

Source : Données ATIH, outil « Soins territoires » disponible sur www.scansante.fr, rubrique « Territoires et parcours de soins ».

De manière générale, le département du Cher est marqué par un appauvrissement de l'offre de soins, conséquence d'une baisse du nombre d'installations de médecins, de la fermeture de services de santé et des départs de médecins non remplacés. Ainsi, entre 2010 et 2022, l'effectif des médecins généralistes en activité régulière a diminué de 28,6 % (-5,7 % entre 2022 et 2021) et leur âge moyen est de 52,8 ans contre 50,3 ans au niveau national. Au 1^{er} janvier 2022, la densité médicale est de 82,4 omnipraticiens pour 100 000 habitants dans le département du Cher contre 121,2 médecins au niveau national (métropole et DOM). En 2022, l'intégralité du département du Cher est classée par l'agence régionale de santé (ARS) en zone d'intervention prioritaire correspondant à une offre de soins insuffisante ou à des difficultés d'accès aux soins à l'exception de la commune de Bourges et des communes de première couronne, qui sont classées en zone complémentaire.

En vue de l'élaboration du contrat local de santé du pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) Centre-Cher¹², l'Observatoire régional de santé (ORS)¹³ Centre-Val de Loire a réalisé un diagnostic territorial publié en octobre 2021. Ce document explicite les enjeux liés à l'offre de soins et les contraintes pesant sur la patientèle de ce territoire qui constitue la majeure partie de la patientèle du centre hospitalier de Bourges.

L'ORS notait que « La démographie médicale constitue une problématique importante pour le PETR comme pour l'ensemble de la région Centre-Val de Loire. L'accès au médecin traitant, premier recours essentiel, apparaît de plus en plus complexe sur le territoire. Le PETR¹⁴ comptabilise 209 médecins généralistes, ce qui équivaut à une densité largement inférieure à celles retrouvées dans l'hexagone et dans la région, mais comparable à celle du Cher. De plus, ces médecins sont souvent âgés (62,6 % d'entre eux ont plus de 55 ans), ce qui nécessitera leur remplacement à moyen terme. Or, le territoire est confronté à des difficultés de remplacement liées à plusieurs facteurs identifiés avec la limitation passée du *numerus clausus*, l'éloignement des universités de formation, le besoin d'un travail qualifié pour le conjoint, la tendance des nouvelles générations à privilégier les activités salariées, au moins pour leurs premières années d'exercice. »

Toujours selon l'ORS, « Le territoire se caractérise par des disparités : les populations résidant à proximité de Bourges bénéficient d'un accès au soin relativement facilité quand celles qui vivent dans les zones rurales éloignées sont en difficulté. Face au manque de professionnels, les résidents sont contraints de se déplacer sur des distances parfois étendues dans un contexte où la majorité des médecins traitants n'accepte plus de nouveaux patients. Les délais avant l'obtention d'un rendez-vous ont par ailleurs tendance à s'allonger pour les patients ne souffrant pas d'une pathologie en situation aigüe. Ces problématiques engendrent des situations de renoncement aux soins mais aussi des sollicitations des services d'urgence par défaut de la part de personnes ne trouvant aucune solution alternative de prise en charge rapide. »

S'agissant des spécialistes, l'ORS observe qu'« Au sein du PETR, 93 médecins spécialistes libéraux exercent, ce qui représente une densité de 46,7 spécialistes pour 100 000 habitants, soit une densité faible, inférieure à celle de la région ou de l'Hexagone (respectivement 52,1 et 64,9). De fait, nombre d'exams comme de spécialités médicales nécessitent de se déplacer à Bourges, voire de se rendre à Tours, Orléans ou même Paris. Ces solutions revêtent un coût important, inaccessible à une part de la population dépourvue de moyens suffisants. »

La population du Cher ne bénéficie donc pas d'un accès aisé à une offre de soins dont la fragilité va croissante. Dans un contexte de démographie médicale en fort déclin, la pression sur les services de santé hospitaliers s'est accrue alors que les établissements publics de santé

¹² Créés par la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite « loi MAPTAM », le pôle d'équilibre territorial et rural est « un établissement public constitué par accord entre plusieurs établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre, au sein d'un périmètre d'un seul tenant et sans enclave ». Ce dispositif est envisagé en miroir du pôle métropolitain, en permettant la coopération entre des territoires ruraux et des petites et moyennes villes.

¹³ Observatoire régional de la santé Centre-Val de Loire, *Diagnostic local de Santé en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé PETR Centre-Cher*, Octobre 2021.

¹⁴ Le PETR Centre Cher se compose de la communauté d'agglomération Bourges Plus et de cinq communautés de communes dont celle de Vierzon-Sologne-Berry et rassemble 98 communes sur un territoire d'environ 200 000 habitants. Ce territoire se confond assez largement avec la zone d'attractivité de la patientèle du CHJC.

implantés dans le département sont confrontés à des pénuries d'effectifs médicaux. Le CHJC est ainsi lui-même confronté à la problématique majeure du recrutement de médecins indispensables au maintien de son offre de soins.

1.3 Le CHJC : un établissement en sous-effectif médical chronique

Le CHJC exerce ses missions de soins sans disposer d'équipes médicales complètes dans l'ensemble des spécialités exercées. Chaque année en moyenne, il manque ainsi à l'établissement environ 45 ETP pour fonctionner par rapport à l'effectif cible du tableau des emplois médicaux soit 172,5 ETP. En d'autres termes, un quart des postes de médecins est demeuré vacant sur la période 2018 à 2022 au sein du CHJC.

Tableau n° 6 : Emplois médicaux, en équivalent temps plein, pourvus et vacants au 31 décembre de l'année N

<i>En ETP</i>	2018	2019	2020	2021	2022	<i>Moyenne 2018-2022</i>
<i>ETP cibles</i>	170,60	171,60	171,60	174,30	174,30	172,48
<i>ETP pourvus</i>	130,70	127,55	121,80	124,10	135,15	127,86
<i>Postes vacants</i>	- 39,90	- 44,05	- 49,80	- 50,20	- 39,15	- 44,62
<i>Taux de vacance des emplois</i>	23 %	26 %	29 %	29 %	22 %	26 %

Source : CRC d'après les données de l'établissement.

Par son ampleur et sa récurrence, ce sous-effectif constitue une contrainte structurelle pesant sur l'organisation et le fonctionnement courant de l'établissement. Celle-ci affecte également les filières de soins constituées dans le département du Cher. Bien qu'il soit l'établissement de référence du Cher, les tensions que le CHJC subit sur l'effectif médical réduisent sa capacité, d'une part, à répondre aux demandes d'assistance médicale des autres établissements de santé du territoire et, d'autre part, à développer des projets structurants pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

Tableau n° 7 : Situation à fin 2022 des services du CHJC dont l'effectif médical est supérieur ou égal à un ETP

<i>Services / Effectifs en ETP</i>	Postes médicaux de référence	Postes occupés au 31 décembre	Postes non pourvus au 31 décembre	<i>Taux de vacance des emplois</i>
<i>Urgences, Service d'aide médicale d'urgence, Service mobile d'urgence et de réanimation et hospitalisation temporaire de court durée</i>	22,20	11,10	11,1	50 %
<i>Cardiologie</i>	10,50	8,70	1,8	17 %
<i>Anesthésiologie</i>	8,20	6,25	1,95	24 %
<i>Gynécologie et obstétrique</i>	7,50	5,70	1,8	24 %
<i>Réanimation</i>	7,00	5,40	1,6	23 %

Services / Effectifs en ETP	Postes médicaux de référence	Postes occupés au 31 décembre	Postes non pourvus au 31 décembre	Taux de vacance des emplois
Pharmacie	7,00	5,80	1,2	17 %
Ophtalmologie	6,40	5,00	1,4	22 %
Imagerie médicale	6,20	4,60	1,6	26 %
Pneumologie et unité post-urgences	5,40	2,30	3,1	57 %
Pédiatrie et néonatalogie	5,20	3,80	1,4	27 %
Chirurgie viscérale et digestive	5,20	4,00	1,2	23 %
Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie	4,70	2,00	2,7	57 %
Hématologie clinique et oncologie médicale	4,50	3,50	1	22 %
Hôpital de jour médical	2,60	0,00	2,6	100 %
Unité médico-judiciaire	2,20	0,80	1,4	64 %
Soins de suite et de réadaptation cardiaque	2,00	1,00	1	50 %
Chirurgie vasculaire et thoracique	2,00	1,00	1	50 %
Total pour les 17 services	108,8	70,95	37,85	35 %

Source : CRC d'après les données de l'établissement.

La grande majorité des services de l'établissement est touchée - à des degrés divers - par une pénurie d'emplois médicaux. En 2022, 17 des 58 services proposés par l'établissement connaissent une pénurie équivalente ou supérieure à 1 ETP médical. Le déficit des effectifs médicaux dans ces 17 services représente 37,85 ETP et concentre 97 % des emplois vacants.

Le service des urgences qui regroupe le SAU, le SMUR, le SAMU et l'UHTCD est celui qui présente la situation la plus critique. La situation de ce service qui cristallise les difficultés que rencontre le centre hospitalier de Bourges fait l'objet d'une étude détaillée dans un autre rapport de la chambre régionale.

Tableau n° 8 : Des activités majeures de l'établissement freinées par le sous-effectif médical

Domaine d'activité	Nombre de séjours 2019	Part dans l'activité totale 2019	Produits générés 2019	Part dans l'activité totale 2019	Taux de vacance des emplois 2019	Taux de vacance des emplois 2022
Cardiologie (D07 Cardiovasculaire et D06 cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	4 448	16 %	16,504 M€	20 %	1 %	17 %
D09-Pneumologie	1 679	6 %	8,746 M€	11 %	35 %	57 %
D11-Ophtalmologie	3 114	11 %	4,523 M€	6 %	27 %	22 %

Source : CRC d'après les données de l'établissement et les données ATIH 2019.

Des activités majeures de l'établissement - en nombre de séjours et en recettes d'activités générées - sont également touchées par la pénurie d'effectifs médicaux : ophtalmologie, cardiologie et pneumologie (cf. tableau n° 8). Cette situation montre la fragilité de l'offre de soins proposée par le centre hospitalier qui peine à disposer d'équipes médicales complètes y compris dans ses activités identifiées comme porteuses en termes de développement. Le confortement de l'offre de soins en matière de prise en charge des affections

cardiovasculaires et ophtalmologiques constituait - il faut le rappeler - la finalité de la construction des deux bâtiments hospitaliers inscrits dans le cadre du plan hôpital 2012.

Tableau n° 9 : Densité de personnel médical par lit-place

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Nombre d'EPS comparables</i>	144	140	140	140	140	140	142	135	133	135
<i>Centres hospitaliers Taille MCO 3</i>										
<i>Médiane</i>	0,420	0,400	0,399	0,386	0,377	0,368	0,358	0,352	0,352	0,350
<i>CH J. CŒUR BOURGES</i>										
<i>CH J. CŒUR BOURGES</i>	0,301	0,259	0,254	0,247	0,269	0,294	0,309	0,304	0,349	0,322
<i>Écart CHJC / Médiane</i>	- 26 %	- 27 %	- 28 %	- 31 %	- 27 %	- 22 %	- 20 %	- 24 %	- 12,90%	- 23,40 %

Source : CRC d'après les données ATIH (Hospidiag).

La lecture des statistiques nationales 2012-2021 confirme la sous dotation en effectifs médicaux du centre hospitalier Jacques Cœur et atteste du caractère structurel de ce déficit en moyens humains. En termes de densité de médecins par lit ou place installé, le CHJC dispose d'un effectif médical inférieur d'un quart à la médiane des établissements publics de santé de taille comparable en termes de volume d'activité (T3). Cet écart à la médiane est globalement constant sur la période 2012 à 2021.

La chambre a examiné la densité des effectifs médicaux par lit et place du CHJC en comparaison avec les 135 centres hospitaliers de sa strate d'activité en 2019 qui est la dernière année « normale » de fonctionnement des établissements de santé et en 2021 qui est la seconde année de crise sanitaire. Le rang du CHJC a peu évolué sur cette période. Avec une densité de 0,304 ETP par lit-place en 2019 pour une médiane de 0,399 ETP par lit-place, il figure toujours parmi les établissements les moins bien dotés en personnels médicaux fin 2021 avec une densité médicale de 0,322 ETP par lit-place pour une densité médiane de 0,420 ETP par lit-place.

Dans un contexte de financement du système hospitalier assis sur l'activité réalisée, une pénurie de praticiens au sein d'un établissement limite sa capacité à générer les ressources nécessaires à l'accomplissement de ses missions de soins et à la modernisation de ses équipements.

1.4 L'offre de soins de l'établissement est fragilisée notamment par le déficit d'anesthésistes

Des pans majeurs de l'offre de soins proposée par le CHJC sont fragilisés par cette pénurie de praticiens hospitaliers titulaires. Le déficit de certaines compétences médicales clés peut avoir des impacts préjudiciables pour l'activité de l'établissement. C'est notamment le cas des anesthésistes qui, par leur rôle, conditionnent la réalisation de nombreuses activités. Outre les activités de blocs opératoires, ceux-ci interviennent dans les secteurs d'obstétrique, de

réanimation, de cardiologie interventionnelle, etc. Ces différentes activités sont structurantes pour l'établissement puisqu'elles permettent d'exercer la fonction de recours qui caractérise l'activité d'un hôpital de recours. De nombreux actes complexes comme les interventions au bloc opératoires, certains actes obstétricaux et notamment la prise en charge des accouchements difficiles ou des actes médicaux spécifiques (endoscopie, radiologie) nécessitent l'intervention d'anesthésistes. La disponibilité de temps d'anesthésiste conditionne ainsi le potentiel de l'établissement. Le manque d'anesthésistes paralyse l'établissement et est donc un facteur limitant très important pour l'activité de l'hôpital.

**Tableau n° 10 : Effectif médical du service d'anesthésiologie par postes vacants
CHJC - au 31 décembre de l'année N**

<i>En ETP</i>	2018	2019	2020	2021	2022	<i>Moyenne 2018-2022</i>
<i>ETP cibles</i>	8,20	8,20	8,20	8,20	8,10	8,2
<i>ETP pourvus</i>	4,10	4,10	4,10	3,10	6,25	4,3
<i>Postes vacants</i>	- 4,10	- 4,10	- 4,10	- 5,10	- 1,85	- 3,85
<i>Taux de vacance des emplois</i>	50 %	50 %	50 %	62 %	23 %	47 %

Source : CRC d'après les données de l'établissement.

Au sein du CHJC, les effectifs titulaires du service d'anesthésiologie n'ont ainsi jamais été pourvus en intégralité, limitant ainsi les plages d'activité disponibles dans les blocs chirurgicaux et contraignant l'établissement à recourir à des médecins intérimaires. Pour assurer le fonctionnement de l'établissement, notamment en termes de permanence des soins, le CHJC recourt à l'intérim mais celui-ci ne couvre pas le manque d'anesthésistes. Le coût du recours à l'intérim médical pour ce service s'élève à environ 1,0 M€ en moyenne annuelle sur la période 2018-2022. En termes de coûts, le recrutement d'anesthésistes intérimaires est le deuxième plus important, après les urgences qui absorbent plus de la moitié des dépenses d'intérim de l'établissement.

Tableau n° 11 : CHJC Dépenses d'intérim médical en anesthésiologie (coût chargé)

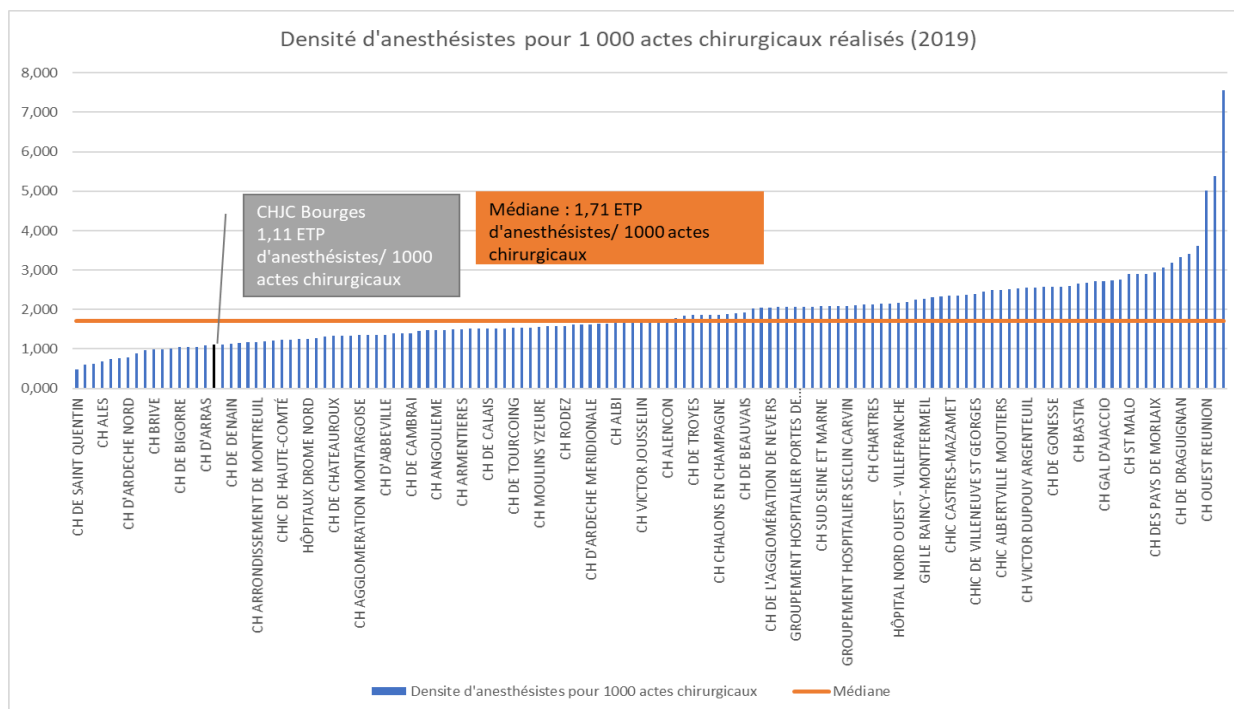
<i>Exercice</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Anesthésiologie</i>	1 033 880 €	1 038 300 €	1 061 390 €	1 082 335 €	799 735 €

Source : données de l'établissement.

La proportion de postes vacants s'élevait au moins à 50 % sur la période 2018 à 2021 avant de s'améliorer significativement en 2022 avec l'arrivée de praticiens supplémentaires (notamment des praticiens à diplôme étranger). Toutefois, la pénurie d'anesthésistes subsiste fin 2022 avec près d'un quart de l'effectif cible manquant (1,85 ETP médical demeure non pourvu).

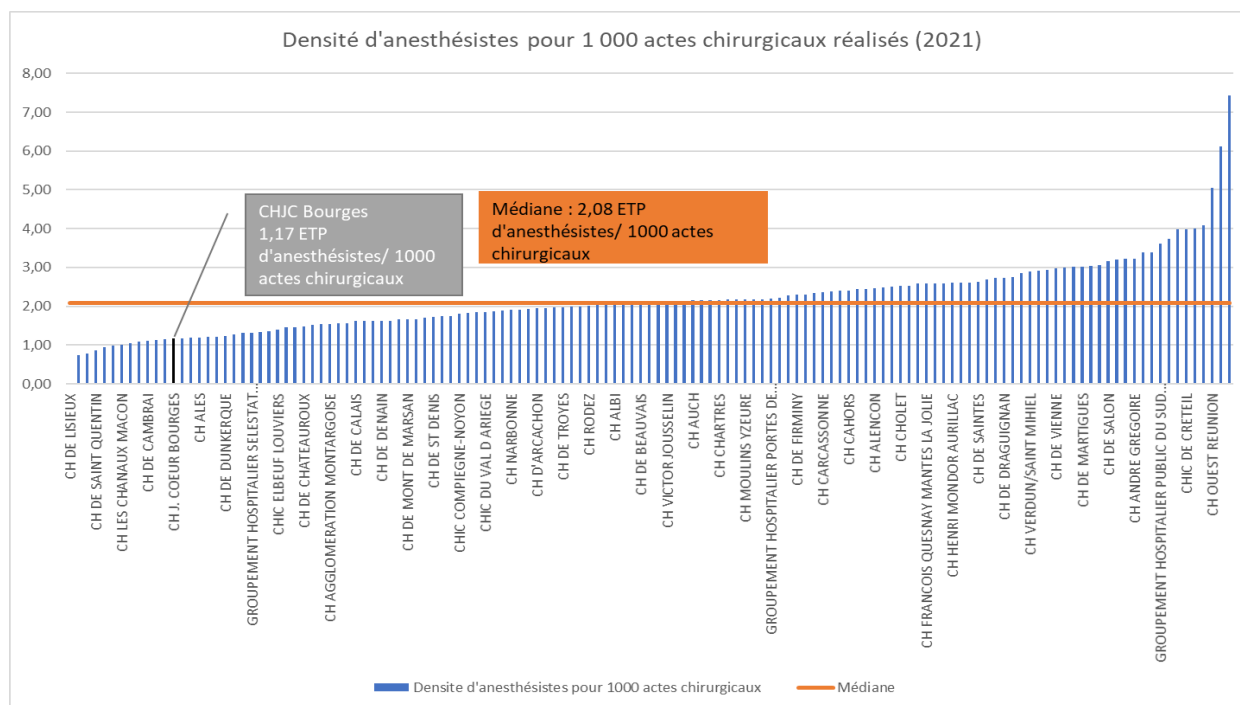
La situation de pénurie de l'établissement est confirmée par la lecture des statistiques nationales. En 2019, l'établissement se situait dans les 25 % de centre hospitaliers de taille comparable (taille MCO :3) les moins bien dotés. Ce constat demeure vrai en 2021.

Tableau n° 12 : Positionnement du CHJC de Bourges en termes de densité d'effectif d'anesthésistes pour 1 000 actes chirurgicaux réalisés (Année : 2019 / Établissements publics de santé de niveau 3)



Source : CRC d'après des données de l'ATIH.

Tableau n° 13 : Positionnement du CHJC de Bourges en termes de densité d'effectif d'anesthésistes pour 1 000 actes chirurgicaux réalisés (Année : 2021 / Établissements publics de santé de niveau 3)



Source : CRC d'après des données de l'ATIH.

L'évolution de l'effectif des anesthésistes - compétence médicale clé pour l'accomplissement des activités de soins - met en évidence le caractère structurel de la pénurie de médecins dans le constat de la détérioration de la situation de l'établissement.

1.5 Un recours majeur à l'intérim médical soutenu et coûteux pour les finances de l'établissement

La nécessité d'assurer la continuité et la permanence des soins dans les spécialités médicales en tension, oblige l'établissement à recourir fortement à l'intérim médical dont le coût s'avère excessivement lourd pour son budget. Cette utilisation de personnels temporaires concerne quasi-exclusivement les activités sanitaires de MCO et de SSR. La dépense d'intérim médical se concentre donc sur le compte de résultat principal.

Issus du rapport de présentation du compte financier de 2021, les chiffres de dépenses annuelles d'intérim présentées dans le tableau n° 14 comprennent les rémunérations des personnels, les charges sociales afférentes auxquelles s'ajoutent les frais de déplacement et de logement ainsi que les frais de gestion facturés par les agences d'intérim.

Tableau n° 14 : Recours à l'intérim médical en 2016-2021

<i>Budget principal (lettre H)</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total 2016-2021
<i>Effectif (en ETP)</i>	16,03	21,21	27,57	23	26,42	25,01	139,24
<i>Coût chargé</i>	3 748 030 €	4 955 483 €	6 595 264 €	7 638 280 €	7 928 223 €	7 012 925 €	37 878 204 €
<i>Coût annuel moyen chargé d'un praticien intérimaire</i>	233 813 €	233 639 €	239 219 €	332 099 €	300 084 €	280 405 €	272 035 €

Source : CRC d'après les données de l'établissement (rapport CF 2021 (extrait), bilan social 2021, bilan social 2018 (indicateur 3.1)).

Le recours à l'intérim a notablement progressé à compter de 2017. Alors qu'il représentait 16,03 ETP en 2016, le volume des journées travaillées par les médecins intérimaires atteint en moyenne 25 ETP par an sur les années 2017-2021. Parallèlement, le coût annuel complet de l'intérim médical n'a cessé de progresser et a doublé passant de 3,7 M€ en 2016 à 7,0 M€ en 2021 avec un pic à 7,9 M€ en 2020 en raison de la crise sanitaire.

Les charges d'intérim médical pèsent très lourdement dans les comptes du centre hospitalier.

En premier lieu, contraint par les difficultés de recrutement, l'établissement a davantage consacré de ressources financières à employer des médecins intérimaires pour maintenir son offre de soins qu'à moderniser ses équipements et ses bâtiments. Le montant cumulé 2016-2021 des dépenses d'intérim médical atteint 37,9 M€ ce qui représente bien davantage que l'effort d'investissement cumulé de la même fraction de temps (24,64 M€).

Tableau n° 15 : Évolution comparée des dépenses d'intérim médical et des recettes d'activité 2016-2021

<i>Budget principal (lettre H)</i>	2016	2017	2018	2019	Période 2016-2019	2020	2021
<i>Contexte sanitaire national</i>	Ordinaire	Ordinaire	Ordinaire	Ordinaire		Crise sanitaire Covid-19	Crise sanitaire Covid-20
<i>Produits de l'activité hospitalière - séjours</i>	90 141 895 €	88 594 194 €	89 808 085 €	93 399 730 €	+ 3,6 %	95 554 912 €	102 062 526 €
<i>Produits de l'activité hospitalière - actes et consultations</i>	14 694 116 €	15 905 038 €	16 055 066 €	17 188 133 €	+ 17,0 %	16 908 034 €	16 536 770 €
<i>Produits facturés aux patients non assurés</i>	549 833 €	529 887 €	641 655 €	411 132 €	- 25,2 %	455 088 €	233 943 €
<i>Réémission à la charge de l'assurance maladie (LAMDA) - c/7722</i>	399 993 €	482 798 €	794 887 €	542 841 €	+ 35,7 %	127 890 €	300 952 €

<i>Budget principal (lettre H)</i>	2016	2017	2018	2019	Période 2016-2019	2020	2021
Total des produits directement liés à l'activité	105 785 837 €	105 511 916 €	107 299 693 €	111 541 836 €	+ 5,4 %	113 045 924 €	119 134 192 €
<i>Variation N/ N-1</i>		- 273 921 €	1 787 777 €	4 242 142 €	5 755 999 €	1 504 089 €	6 088 267 €
Dépenses totales d'intérêt médical	3 748 030 €	4 955 483 €	6 595 264 €	7 638 280 €	+ 103,8 %	7 928 223 €	7 012 925 €
<i>Variation N/ N-1</i>		1 207 453 €	1 639 781 €	1 043 016 €	3 890 250 €	289 942 €	- 915 298 €
Part Dépenses totales d'intérêt médical / Total des produits directement liés à l'activité	3,5 %	4,7 %	6,1 %	6,8 %		7,0 %	5,9 %

Source : CRC d'après des données de l'établissement et des comptes financiers.

En second lieu, la part des recettes directement liées à l'activité et absorbées par les dépenses d'intérêt, a fortement progressé sur la même période passant de 3,5 % en 2016 à 5,9 % en 2021.

En excluant les années 2020 à 2021 marquées par la suspension du financement à l'activité en raison de la crise pandémique de la covid-19, il convient de remarquer que sur la période 2016-2019, la hausse continue des coûts de l'intérêt médical a consommé la majeure partie des ressources supplémentaires que l'établissement a pu générer en augmentant son activité (+3,89 M€ de progression du coût de l'intérêt médical à comparer aux ressources supplémentaires d'activité +5,76 M€). L'établissement n'a donc pas pu disposer de l'intégralité de ces ressources nouvelles pour améliorer son offre de soins.

Cette situation résulte du net renchérissement du coût annuel d'un praticien intérimaire sur la période. De l'ordre de 0,206 M€ sur les années 2016-2018, le coût moyen annuel d'un praticien intérimaire dépasse 0,3 M€ sur la période 2019-2021.

Le recours massif à l'intérêt médical a donc eu un rôle majeur dans la dégradation de la situation financière du centre hospitalier Jacques Cœur. Rapporté au coût annuel d'un praticien titulaire évalué à hauteur de 162 000 €/an (rapport EPRD 2018 p. 5), le surcoût supporté par l'établissement en raison du recours massif à l'intérêt médical s'élève à 13,5 M€¹⁵. Ce surcoût est resté très majoritairement à la charge de l'établissement malgré les aides dédiées reçues de l'ARS pour un montant cumulé de 2,15 M€¹⁶ sur les années 2016 à 2018.

¹⁵ Ce montant peut être mis en regard des déficits cumulés du résultat d'exploitation du budget principal depuis 2016 (- 14,07 M€).

¹⁶ Les aides budgétaires allouées à l'établissement pour compenser le surcoût lié à l'intérêt médical ont été versées selon le calendrier suivant : 0,25 M€ en 2016, 0,9 M€ en 2017 et 1,0 M€ en 2018.

1.6 Concilier mission de proximité et rôle d'hôpital de référence : la difficile équation à résoudre du centre hospitalier de Bourges

Les éléments de contexte ont un effet déterminant sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

En effet, pour absorber le report sur ses unités de soins de la population moins desservie par la médecine de ville et assurer la permanence des soins sur le territoire, le centre hospitalier doit affecter prioritairement ses ressources humaines, matérielles et financières sur son rôle d'établissement de proximité. Ces ressources sont dès lors moins disponibles pour exercer la mission d'hôpital de référence départemental.

Si l'établissement est parvenu jusqu'ici - y compris dans le contexte de la crise sanitaire - à trouver un équilibre entre ces deux missions, c'est au prix d'une recherche quotidienne de solutions pour pallier le manque de personnel médical. Les efforts déployés par la direction des affaires médicales en témoignent, notamment dans le recrutement des médecins intérimaires et l'accompagnement très favorables dont ils bénéficient.

1.6.1 La difficile organisation de la permanence des soins dans l'établissement et son impact financier

Tableau n° 16 : Organisation de la permanence des soins par spécialité médicale au CHJC

	Dispositif reconnu ARS d'organisation de la PDES ¹⁷			Organisation réelle PDES au CHJC	
	CPOM 2019-2023 (avenant n° 2)			CHJC Organisation PDES (tableau mensuel de gardes et astreintes du personnel médical (12/2022))	
<i>Activités / Spécialités</i>	Type de ligne	Nombre de lignes	Financement FIR ARS	Type de ligne	Nombre de lignes
<i>Anesthésie</i>	Astreinte	1	60 000 €	Garde mutualisée anesthésie- maternité	1
<i>Biologie</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Cardiologie interventionnelle</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Chirurgie ORL</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Chirurgie orthopédique et traumatologie</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Chirurgie urologique</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Chirurgie vasculaire</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Chirurgie viscérale et digestive</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Hépatogastro-entérologie (dont endoscopies)</i>	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
<i>Hémato-oncologie</i>				Astreinte	1
<i>Hémo-néphrologie</i>				Astreinte	1

¹⁷ La garde implique la présence continue dans l'enceinte de l'hôpital du praticien. Les astreintes sont des périodes de travail réalisées soit à domicile ou tout lieu où le médecin hospitalier est joignable en permanence et peut intervenir dans les plus brefs délais.

	Dispositif reconnu ARS d'organisation de la PDSSES ¹⁷			Organisation réelle PDSSES au CHJC	
Maternité anesthésie	Garde	1	186 000 €	Garde mutualisée anesthésie- maternité	
Maternité gynéco-obstétrique	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Médecine polyvalente-médecine interne-gériatrie	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte dédoublée le week-end	2
Ophthalmologie	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Pédiatrie	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Pharmacie	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Pneumologie (yc endoscopies)	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Réanimation	Garde	1	186 000 €	Garde	1
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)	Garde	1	186 000 €	Garde	1
Unité neurovasculaire (UNV)-neurologie	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Imagerie (EML et radiologie conventionnelle)	Astreinte	1	60 000 €	Astreinte	1
Total financement FIR ARS			1 578 000 €		

Source : CPOM 2019-2023 (avenant n° 2), tableau de service CHJC (décembre 2022), réponse CHJC.

Le périmètre de l'organisation de la permanence des soins¹⁸ (PDSSES) au CHJC est plus large que celui du schéma cible de l'ARS prévu au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019-2023. Il est relevé que l'établissement a mis en place une astreinte pour deux spécialités médicales, l'hémo-oncologie et l'hémo-néphrologie, hors du schéma cible lui permettant de bénéficier du financement du fonds d'intervention régional (FIR) de l'ARS.

En outre, l'établissement dédouble la ligne d'astreinte « médecine polyvalente, interne, et gériatrique » le week-end pour assurer une astreinte sur le site de Taillegrain qui abrite l'EHPAD, l'USLD et le SSR gériatrique. La garde d'anesthésie est mutualisée pour les activités chirurgicales et obstétrique là où le schéma cible prévoyait une garde en maternité et une astreinte en chirurgie. L'établissement a indiqué que cette organisation du périmètre de l'organisation de la permanence des soins si elle s'écarte du schéma-cible, est néanmoins nécessaire pour assurer un accès aux soins le plus large possible à la population.

Jusqu'ici, le centre hospitalier a disposé d'équipes presque complètes pour assurer la continuité et la permanence des soins. En effet, l'enjeu pour le centre hospitalier est d'assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins sur les heures de permanence des soins, c'est-à-dire garantir un accès satisfaisant en termes de qualité ou de sécurité des soins aux différentes disciplines médicales, chirurgicales, médicotéchniques. Au sein du CHJC, il existe cependant

¹⁸ La PDSSES (Permanence des soins en établissements de santé) se distingue de la continuité des soins. La PDSSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. La PDSSES concerne le seul champ médecine chirurgie obstétrique (MCO). Son financement est assuré par le fonds d'intervention régional (FIR) conformément à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

La continuité des soins concerne la prise en charge 24h sur 24 des patients et malades déjà hospitalisés et/ou admis aux urgences en dehors des heures de la PDSSES. Son financement est lié à l'activité (T2A).

des spécialités dans lesquelles la permanence des soins reste difficile à assurer faute d'un nombre suffisant de praticiens. C'est notamment le cas de :

La chirurgie urologique :

Fonctionnant sous forme d'astreinte, cette ligne de permanence est fragile notamment en période de congés. Le CHJC ne dispose que de deux chirurgiens urologues pour assurer cette mission. Cette difficulté à organiser la PDSES peut constituer un repoussoir pour des candidats au recrutement qui peuvent parfois redouter d'exercer cette permanence sans le soutien d'un confrère.

À plusieurs reprises, des réunions communes entre les établissements de santé (privés et publics) des départements du Cher et de l'Indre ont été organisées par l'ARS dans l'objectif de renforcer la permanence des soins sur ces territoires marqués tous deux par une démographie médicale déclinante. La fragilité des effectifs médicaux des établissements rend complexe la mutualisation des astreintes. Néanmoins, il ressort de ces réunions que la répartition de la charge des patients à traiter entre les différents praticiens des établissements concernés est nécessaire pour garantir la meilleure prise en charge possible des patients. Ainsi, un praticien du CHRU de Tours qui assure le recours en matière d'urologie constatait que l'insuffisante répartition de la charge impliquait beaucoup de transferts sur Tours avec des retards de prise en charge.

L'imagerie médicale :

Le service d'imagerie fonctionnant en sous-effectif, l'établissement compense la faiblesse de sa ligne d'astreinte par un recours à la télé imagerie. Fondée sur un contrat de prestations attribué à la société SAS IMADIS, la télé imagerie permet au médecin de proximité non radiologue mais en contact direct avec le patient, de disposer de l'avis d'un médecin radiologue situé à distance du lieu d'examen radiologique. Ce contrat de prestations est entré en vigueur en septembre 2022. Pour 2022, le coût de cette prestation est de 57 758 € et a représenté environ 800 actes. La modalité d'organisation de la télé imagerie devrait prochainement évoluer : un GCS d'envergure régionale exploitant un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM¹⁹) créé fin 2022 à la suite d'un appel à projets de l'ARS Centre-Val de Loire doit monter en puissance en 2023.

Ces deux spécialités illustrent la complexité d'organisation de la PDSES au sein du CHJC et les enjeux multiples s'y rattachant en termes de prise en charge des patients mais aussi d'attractivité pour les personnels médicaux.

Hautement nécessaire sur un territoire caractérisé par des besoins sanitaires non satisfaits, la PDSES assurée par les équipes du CHJC fragilise néanmoins fortement les finances de l'établissement.

Le surcoût que représentent les médecins intérimaires participant à la permanence des soins n'est en effet pas couvert par l'ARS Centre-Val de Loire au moyen du fonds d'intervention régional (FIR) (2018, 2019, 2021). Le surcoût supporté par l'établissement s'élève à 0,834 M€ par an en moyenne entre 2016 et 2021.

¹⁹ Les plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) sont une nouvelle forme de coopération introduite par l'article 113 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Ils ont pour objet de faire coopérer des radiologues au sein d'un territoire, même s'ils obéissent à des statuts différents (public et privé), autour de modalités d'imagerie conventionnelles, en coupe ou interventionnelles.

Tableau n° 17 : Écart de financement de la PDSES en 2016-2021

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Coût PDSES* (CRPP H)	2 450 224	2 270 290	2 055 777	2 295 726	2 296 168	2 274 295
Financement FIR ARS	1 335 000	1 335 000	1 335 000	1 476 750	1 578 000	1 578 000
Écart Financement FIR / Coût PDSES	1 115 224	935 290	720 777	818 976	718 168	696 295

*Compte 6425 = Permanence des soins ; PDSES = Permanence des soins en établissement de santé.

Source : données de l'établissement et des comptes financiers

Il est observé par ailleurs que la charge de l'organisation et la garantie du fonctionnement optimal de la PDSES sur l'agglomération de Bourges et sa périphérie reposent uniquement sur le centre hospitalier. Situé sur cette agglomération, l'hôpital privé Guillaume de Varye (groupe ELSAN), qui est un établissement généraliste autorisé en médecine-chirurgie-obstétrique, ne participe pas, en effet, à la PDSES sur cette zone.

Recommandation n° 1. : Réexaminer avec l'ARS Centre-Val de Loire les modalités de financement de la permanence des soins .

1.6.2 Une concurrence avec la clinique privée Guillaume de Varye pour capter les ressources médicales défavorable à l'hôpital Jacques Cœur

L'hôpital privé Guillaume de Varye et le centre hospitalier Jacques Cœur se livrent une concurrence particulièrement intense pour attirer des praticiens dans leurs équipes même si la clinique considère qu'elle n'est ni voulue ni souhaitable. Ces deux établissements pâtiennent tous deux du déclin démographique de médecins sur le territoire.

Dès lors, ces deux acteurs, qui structurent l'offre de soins sur l'agglomération berruyère et sa couronne, cherchent à capter une ressource médicale rare sur ce territoire où les candidats à l'installation ne sont pas nombreux. Le fait de ne pas participer à la permanence des soins peut constituer - pour certains praticiens - un facteur déterminant du choix de travailler dans cet établissement privé. En effet, selon la clinique Guillaume de Varye, les praticiens y exercent sous statut libéral avec l'obligation contractuelle de continuité des soins et de participation aux astreintes de l'établissement sans avoir la charge de l'activité non programmée d'un service d'urgence. Certains médecins exerçant au sein du CHJC ont pu ainsi faire ce choix et quitter l'établissement pour intégrer l'hôpital privé Guillaume de Varye. Tel est le cas de plusieurs praticiens du service ORL, le dernier départ en date étant celui du chef du service.

Durant l'instruction, tant l'ordonnateur que la directrice adjointe en charge des affaires médicales, ont indiqué que ces motifs étaient fréquemment invoqués par les praticiens candidats au départ. Si ce choix de carrière relève de décisions individuelles des praticiens concernés, il n'est pas toutefois sans conséquences pour le CHJC :

- les départs de praticiens hospitaliers vers l'établissement privé contribuent à fragiliser un peu plus les équipes soignantes des spécialités médicales concernées ; il existe un effectif seuil dans les équipes médicales en deçà duquel l'organisation des services devient ardue : l'absentéisme voit son impact démultiplié faute d'effectifs suffisants pour absorber le surcroît de travail qui en résulte ;
- de même, un effectif médical insuffisant ne permet pas toujours d'accueillir des internes, ni des praticiens attachés qui ont besoin de médecins seniors pour compléter leur formation ; le renouvellement des effectifs n'est ainsi pas facilité ;
- enfin, il devient complexe pour des praticiens dans les services sous tension de partir en formation afin de parfaire leurs compétences et de faire progresser la prise en charge des patients.

La situation de sous-effectif médical pénalise également l'établissement sur le long terme. Le temps médical étant prioritairement consacré au fonctionnement des services et à la prise en charge des patients traités, celui-ci fait défaut pour l'élaboration et la mise en œuvre de davantage de projets de confortement de l'offre de soins proposée par l'établissement.

De manière plus immédiate, le sous-effectif médical implique que certains services ne disposent plus de la masse critique de praticiens, nécessaire à la poursuite d'activités pourtant identifiées comme porteuses dans le projet médical de l'établissement.

C'est notamment le cas du service hématologie-oncologie. Créé en 2019 en application du projet d'établissement 2016-2020, ce service a aujourd'hui perdu la quasi-totalité de son effectif d'oncologues partis au centre St-Jean (unité d'oncologie). Faute de candidats aux postes de praticiens ouverts au recrutement, ce service repose désormais sur deux praticiens au lieu de quatre qui ne sont pas en mesure d'assurer la permanence des soins en cancérologie de manière optimale et encore moins de contribuer à développer une activité porteuse, répondant à un enjeu majeur de santé publique sur le territoire du Cher.

La situation du service d'hématologie-oncologie démontre tout l'enjeu de la fidélisation des ressources médicales dans la pérennisation de l'offre de soins proposée par le centre hospitalier. Selon l'ordonnateur de l'établissement, le CHJC met en moyenne deux années pour recouvrer une compétence médicale perdue en raison du départ du praticien.

Tableau n° 18 : Indicateurs de technicité et de sévérité des patients pris en charge au CHJC

	Établissement					Région 2021		Catégorie 2021		Typologie 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	2e décile	8e décile	2e décile	8e décile	2e décile	8e décile
<i>A7 : Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie (hors séances)</i>	10,3	8,9	8,7	10,1	10	7,4	14,8	7,4	16,8	6,6	13,5
<i>A8 : Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité</i>	1,29	1,14	1,02	1,13	1,27	0,1	1,2	0,5	1,6	0,3	1,3
<i>A9 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4</i>	13,81	14,25	14,78	15,45	14,37	2,9	34,1	11,87	41,67	2,79	13,86

Source : Hospidiag.

Le CHJC fait preuve d'un bon positionnement en matière de technicité et de sévérité des cas pris en charge. En 2021, les activités de recours²⁰ et de référence²¹ représentent 1,27 % de l'activité totale, ce qui rapproche le CHJC de la fourchette haute des établissements présentant une typologie d'activité comparable, soit un niveau comparable au 8^e décile (1,3 %)²². Le pourcentage (14,37 %) des séjours à haut niveau de sévérité (niveau 3 et 4) inscrit le CHJC parmi les 20 % d'établissements de même typologie intervenant le plus sur les prises en charges les plus lourdes. Ce positionnement du centre hospitalier témoigne d'un réel exercice de sa mission d'hôpital de référence.

Tableau n° 19 : Taux d'incidence et de mortalité standardisé lissés par tous cancers en 2007-2014 (pour 100 000 personnes-années)

Indicateurs	Cher		France
	Valeur	Rang département	Valeur
Taux de mortalité standardisé lissé par tous cancers chez les femmes en 2007-2014 (pour 100 000 personnes-années)	80,4	11	74,3
Taux de mortalité standardisé lissé par tous cancers chez les hommes en 2007-2014 (pour 100 000 personnes-années)	166,4	4	139,6
Taux d'incidence standardisé lissé tous cancers chez les femmes en 2007-2016 (pour 100 000 personnes-années)	258,5	48	261,1
Taux d'incidence standardisé lissé tous cancers chez les hommes en 2007-2016 (pour 100 000 personnes-années)	380	7	355,3

Source : Géodes – Santé publique France. Données utilisées Référentiel géographique : France par département.

L'établissement dispose de réelles marges de progression dans l'approfondissement de cette mission et sur le spectre d'activités concernées, notamment en matière de cancérologie²³. Si s'engager dans cette voie implique le recrutement de médecins spécialistes, cela suppose également que l'établissement recouvre une capacité à investir en phase avec les besoins de modernisation des bâtiments et des équipements. L'existence d'un programme d'investissement conséquent - couplé avec le lancement de nouvelles activités - peut en effet constituer un facteur d'attractivité non négligeable pour les professionnels de santé.

Il apparaît donc que l'ensemble des éléments exposés ci-dessus montrent que le centre hospitalier Jacques Cœur est positionné sur un territoire offrant des perspectives de développement des activités mais que son potentiel d'activité est réduit en raison d'une pénurie de personnel médical.

²⁰ Activités de prise en charge de patients domiciliés au-delà du bassin d'attraction de l'établissement.

²¹ Activités de prise en charge spécialisées et complexes correspondant à un haut niveau de technicité.

²² En 2017, cet indicateur se situait déjà à un niveau satisfaisant (1,29 % contre 1,4 % pour le 8^e décile).

²³ Le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) a indiqué que le département du Cher occupe le premier rang des départements métropolitains en matière de surmortalité du cancer de la prostate. La surmortalité du cancer colorectal chez l'homme présente une surmortalité de 22 %. Le cancer du sein présente une surmortalité de 8 %. Ces données illustrent la nécessité d'améliorer le dépistage et le traitement du cancer dans le département du Cher.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le recours à l'intérim médical, extrêmement coûteux pour les finances hospitalières, ne constitue qu'un palliatif et non une solution pérenne à la démographie médicale contrainte de l'établissement.

Pour pérenniser son offre de soins, ce dernier est confronté au double défi d'une offre libérale en déclin dont il doit compenser les effets sur la population et d'une situation financière tendue entravant ses capacités d'investissement.

Le confortement de l'offre de soins passe par le développement de filières de soins pertinentes centrées sur les besoins de santé des patients du territoire et seules à même de garantir l'équilibre médico-économique du centre hospitalier.

De tels projets nécessitent, pour être menés à bien, que les praticiens titulaires continuent à s'investir durablement dans le service public hospitalier, car cet engagement ne peut, par définition, porter sur des médecins de passage en intérim.

2 UNE SITUATION FINANCIÈRE TENDUE MARQUÉE PAR UNE CAPACITÉ D'INVESTISSEMENT RÉDUITE ET UN COMPTE D'EXPLOITATION DÉFICITAIRE

Au terme du précédent contrôle des comptes et de la gestion (2011), la CRC Centre-Val de Loire estimait qu'à fin 2009, la situation financière du CHJC ne présentait pas de difficultés majeures. Elle notait ainsi que sa capacité d'autofinancement et son faible niveau d'endettement constituaient des prérequis favorables pour engager l'opération²⁴ d'extension et de restructuration soutenue financièrement par l'État dans le cadre du plan « Hôpital 2012 ».

Toutefois, la CRC relevait d'importants retards dans la réalisation du programme d'investissement qui résultaient de difficultés tout autant internes à l'hôpital qu'externes. Elle estimait en outre que ces reports de projets d'investissement n'étaient pas sans présenter des risques futurs sur l'attractivité de l'établissement et son équilibre financier.

À cet égard, elle notait d'une part que « [...] Si l'hôpital a pu, sans difficulté jusqu'à maintenant, limiter les investissements, il ne pourra pas poursuivre dans cette voie sans risquer de remettre en cause son attractivité et la qualité de ses soins. [...] » et d'autre part, que « [...] les retards de réalisation des programmes d'investissement sont de nature à peser, à terme, [...] sur son activité et ses recettes futures. [...] » (ROD, p. 19 et suivantes).

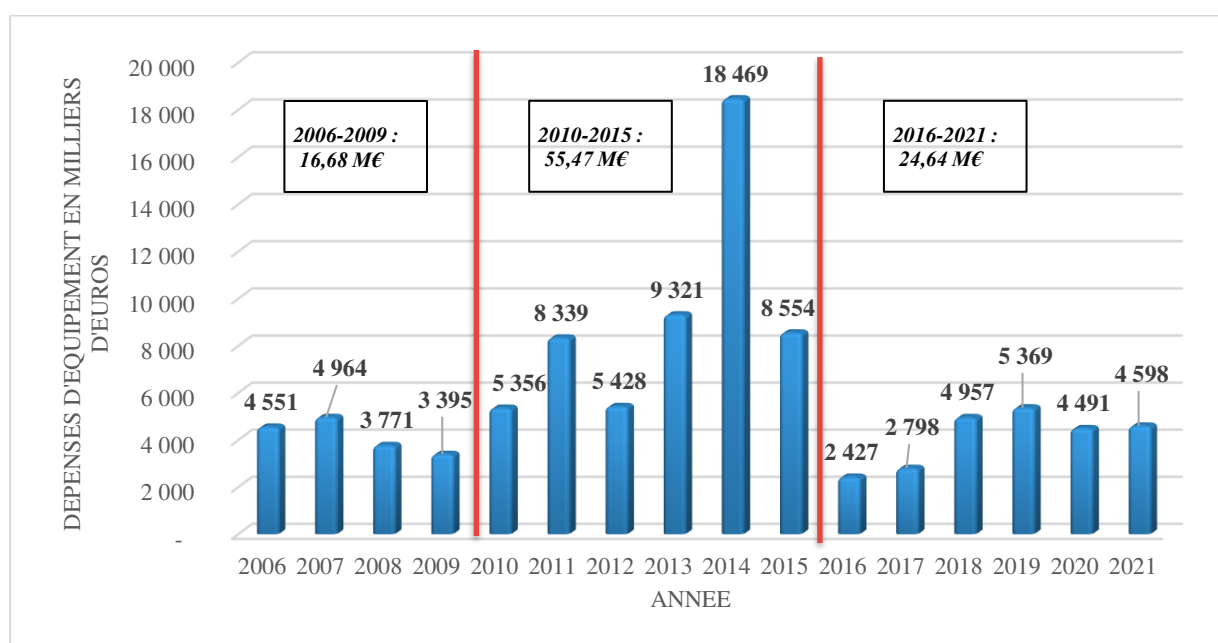
Mis en service en novembre 1994, le site Jacques Cœur constituait alors un hôpital récent à la date de parution du rapport précité (2011), ce qui pouvait justifier des dépenses d'entretien et d'investissement moindres sur une période transitoire. Néanmoins, la chambre

²⁴ Cette opération a consisté notamment à créer deux nouveaux bâtiments, un pour un nouveau secteur de consultations d'ophtalmologie, l'autre regroupant des services de soins de suite avec 50 lits, de rééducation cardiaque et les services de surveillance continue et de soins intensifs de cardiologie avec 30 lits.

invitait l'établissement à ne pas poursuivre dans cette voie sur le long terme. Il s'agissait en effet d'éviter une obsolescence grandissante des équipements et bâtiments, génératrice de rénovations et de reconstructions coûteuses, grevant durablement les capacités d'investissement du centre hospitalier de Bourges et entravant ses efforts d'adaptation et de modernisation de son offre de soins.

2.1 Une reprise de l'effort d'investissement sur la période 2010-2015 mais un net repli à compter de 2016

Graphique n° 2 : Cycle d'investissement du CH de Bourges 2006-2021

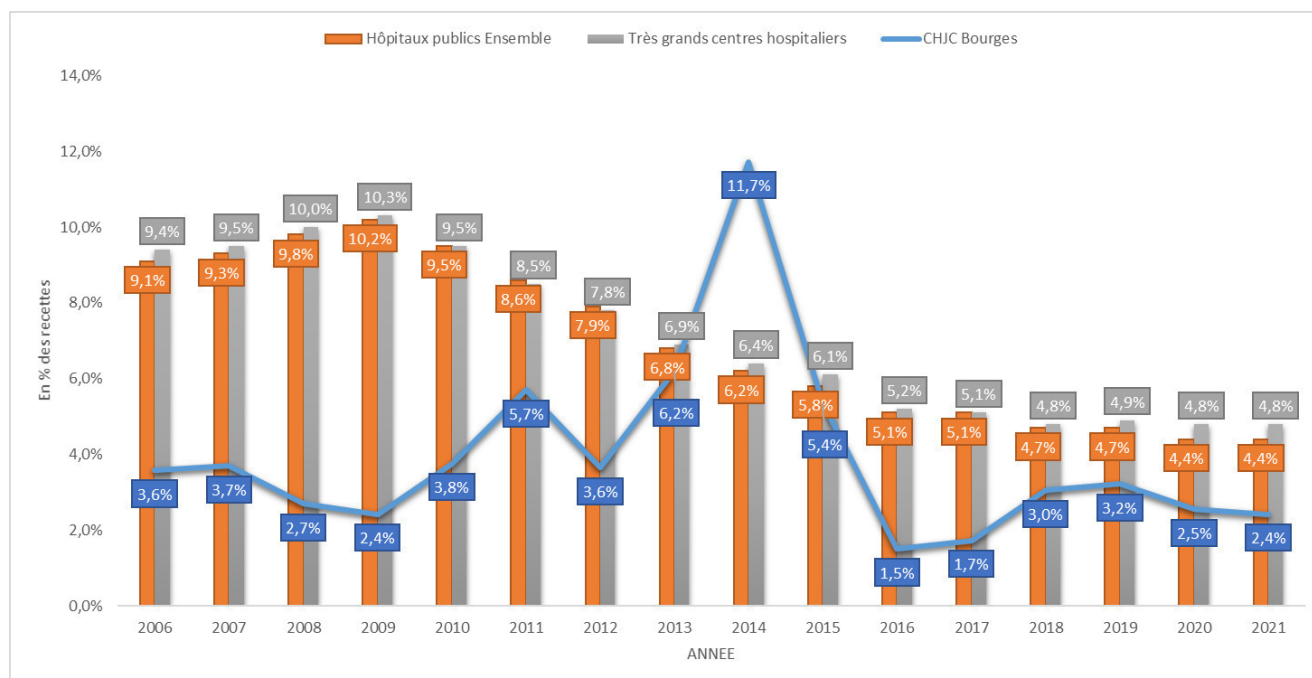


Source : CRC à partir des comptes financiers 2006-2021.

Rompant avec le cycle de sous-investissement de la période 2006-2009, le centre hospitalier Jacques Cœur a renoué avec une phase d'investissement dynamique dès 2010, laquelle s'est poursuivie jusqu'en 2015. L'établissement aura ainsi investi 55,47 M€ sur cette période (avec un pic à 18,47 M€ en 2014) contre 16,68 M€ sur les exercices 2006-2009 (cf. graphique n° 2).

Ce regain d'investissement s'explique essentiellement par la réalisation des opérations inscrites au plan gouvernemental « Hôpital 2012 », à savoir le bâtiment de consultations externes d'ophtalmologie doté d'un bloc opératoire autonome (construction 6,78 M€) et le bâtiment d'hospitalisation de 100 lits, 80 lits de SSR et 20 lits de soins intensifs et continus de cardiologie (construction 14,65 M€) ; l'équipement de ces deux bâtiments s'élève en cumul à 1,84 M€. Ces deux opérations ont mobilisé 42 % des dépenses d'équipement effectuées sur les années 2010 à 2015.

Graphique n° 3 : Effort d'investissement / Comparaison CH Jacques Cœur avec les moyennes des hôpitaux publics



Source : CRC à partir des comptes financiers 2006-2021 et de La situation économique et financière des établissements de santé en 2020, DREES, juillet 2022 (données).

NB : La DREES a classé les hôpitaux publics en quatre catégories de taille à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros). Son budget consolidé en recettes s'établissant à 188,63 M€ en 2021, le centre hospitalier Jacques Cœur relève de la catégorie des très grands CH. Les données moyennes nationales de 2021 sont celles de 2020 en l'absence de données disponibles à la date de rédaction du présent rapport.

La montée en puissance de l'effort d'investissement²⁵ du CHJC se vérifie à l'aune des données nationales. L'établissement consacrait une part croissante de ses ressources à l'investissement alors que l'effort d'investissement moyen des hôpitaux publics français amorçait une baisse durable et continue sur la décennie 2010. Le niveau d'investissement déployé par l'établissement s'est ainsi progressivement rapproché de l'effort moyen national, le dépassant même en 2014 qui est l'année du pic des dépenses d'équipement du centre hospitalier.

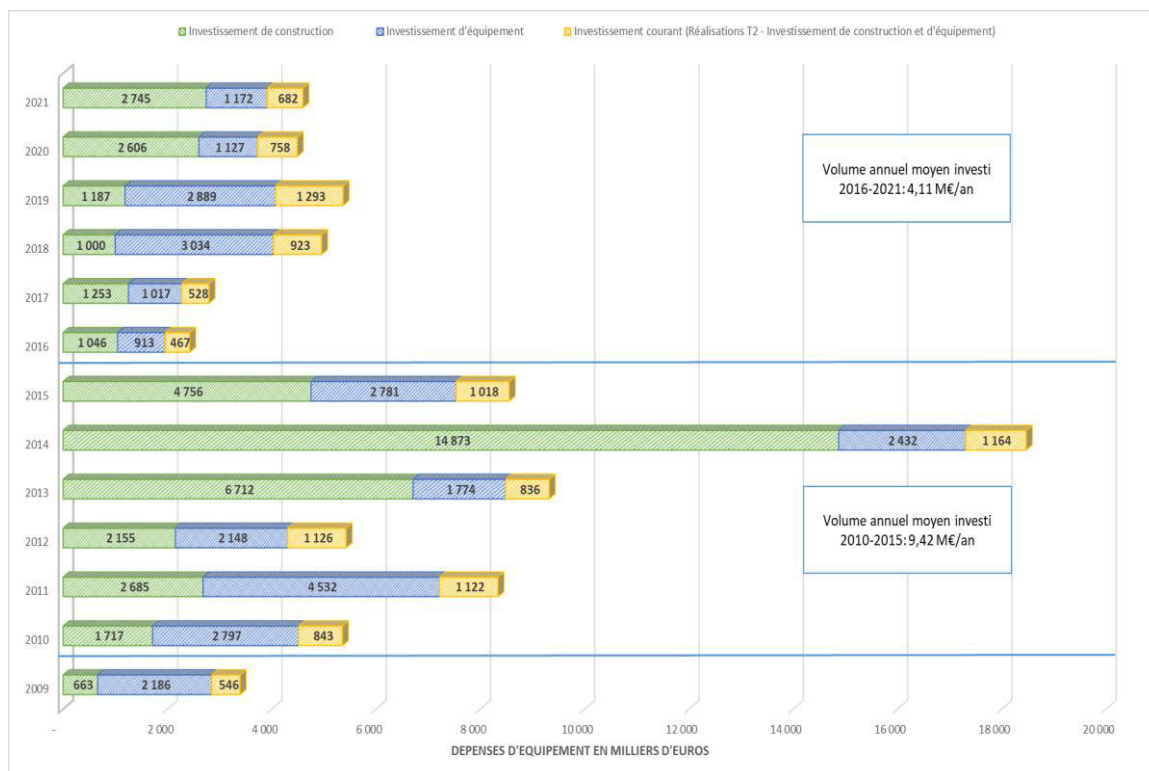
Si la première moitié de la décennie 2010 correspond à une phase d'investissements destinés à développer l'offre de soins de l'établissement berruyer, la période 2016-2021 marque quant à elle un net décrochage de l'effort d'investissement : 24,64 M€ ont été investis sur 2016-2021 contre 55,47 M€ sur 2010-2015.

Alors que l'hôpital investissait 9,2 M€ en moyenne par an sur la période 2010-2015, le niveau annuel des dépenses d'équipement recule à 4,11 M€ par an sur 2016-2021. L'effort d'investissement consenti par le CHJC s'affaïsse littéralement en 2016 et 2017 (respectivement

²⁵ Effort d'investissement : dépenses d'investissement rapportées aux produits.

1,5 et 1,7 % des produits). Il se stabilise en 2018 et 2019 autour du seuil d'investissement incompressible de 3 %²⁶, avant de décrocher de nouveau à environ 2,5 % en 2020 et 2021. Sur toute la période 2016-2021, l'effort d'investissement du CHJC est resté en deçà tant de l'effort d'équipement des hôpitaux publics pris dans leur ensemble, que des établissements dotés d'une surface financière équivalente (catégorie des « très grands CH » utilisée par la DREES cf. graphique n° 3).

Graphique n° 4 : Évolution des différentes composantes des dépenses d'équipement du CHJC (2009-2021)



Source : CRC d'après les balances des comptes 2009-2021.²⁷

²⁶ Initié dans le cadre du volet relance de l'investissement du Ségur de la Santé de juillet 2020, le Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) précise dans sa doctrine ainsi cette notion :

« [...] Pour assurer un correct renouvellement des équipements et éviter une dégradation majeure des immobilisations, il est recommandé que le niveau d'investissement courant se situe à minima à 3 % des produits. Ce taux pourra varier en fonction du taux de vétusté (des équipements et des bâtiments) constaté de l'établissement. Il est entendu par investissement courant, le renouvellement des immobilisations déjà existantes qu'elles correspondent à des travaux, des équipements biomédicaux, hôteliers ou informatiques.

Il est à noter que le besoin en investissement courant ne sera sans doute pas le même selon le niveau de technicité des plateaux techniques au sein des établissements. Selon la taille des établissements et le niveau de technicité de leurs plateaux techniques, un taux d'investissement cible différencié pourra être défini après une étude détaillée des niveaux d'investissement courant constatés sur les 5 dernières années par catégorie d'établissements (hôpitaux sur un territoire, hôpitaux supports de GHT, CHU). [...] »

CNIS, Référentiel « Conditions de soutenabilité financière (analyse des PGFP) », juin 2022.

²⁷ Investissements de construction : Agrégat formé des comptes 213 (Constructions sur sol propre), 214 (Constructions sur sol d'autrui), 2313 (Constructions en cours sur sol propre), 2314 (Constructions en cours sur sol d'autrui), 238 (Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles).

Une étude affinée des composantes des dépenses d'équipement du CHJC montre que le niveau annuel des investissements de construction est ainsi passé de 5,48 M€ en moyenne sur 2010-2015 à 1,64 M€ sur 2016-2021. Ces données indiquent que le centre hospitalier n'a engagé aucune opération majeure de construction depuis l'achèvement en 2015 des bâtiments ayant bénéficié du soutien financier de l'État dans le cadre du plan hôpital 2012.

Le repli de l'effort d'investissement de la seconde moitié de la décennie 2010 ne correspond pas à un choix de l'établissement mais résulte en réalité d'une détérioration significative de sa situation financière, ce qui l'a contraint à retarder l'engagement d'opérations majeures nécessaires à l'adaptation de l'offre de soins.

Schéma n° 1 : Principales opérations inscrites dans le projet d'établissement 2016-2020



Source : *Projet d'établissement 2016-2020* (p. 296).

Ainsi, des projets d'investissement correspondant à des besoins identifiés dans le projet d'établissement 2016-2020 (notamment la reconfiguration du service d'accueil des urgences, la reconstruction de l'unité d'hémodialyse et de néphrologie et la création d'une unité de soins palliatifs etc.) n'ont connu aucun commencement d'exécution durant cette période. La crise sanitaire covid-19 a également ralenti le travail de l'établissement sur ces projets.

Investissements d'équipement : agrégat formé des comptes 215 (Installations techniques, matériel et outillage industriel), 2315 (immobilisations corporelles en cours - installations techniques, matériel et outillage industriels).

Investissement courant : agrégat correspondant au solde des dépenses totales d'équipement, desquelles sont déduites les investissements de construction et les investissements d'équipement.

Tableau n° 20 : Investissement biomédical du CH Jacques Cœur

<i>Effort d'équipement en matériel biomédical</i>	2018	2019	2020	2021
<i>Équipements biomédicaux (A)</i>	819 584 €	810 356 €	829 853 €	784 032 €
<i>Équipements médicaux lourds (B)</i>	2 306 029 €	1 596 115 €		
<i>Renouvellement angioplastie coronarographie (appareils angio, coro, travaux locaux)</i>	815 288 €			
<i>Renouvellement coroscanner</i>		1 237 104 €		
<i>Renouvellement scanner</i>		359 011 €		
<i>IRM (imageur et travaux locaux)</i>	1 490 741 €			
<i>Effort d'équipement annuel (matériel biomédical) (A+B)</i>	3 125 613 €	2 406 471 €	829 853 €	784 032 €
<i>En % des dépenses annuelles totales d'équipement du centre hospitalier</i>	63 %	45 %	18 %	17 %

Source : CRC d'après les comptes financiers 2018-2021 et les données de l'établissement.

Les difficultés de financement ont conduit le centre hospitalier Jacques Cœur à se concentrer durant cette période sur les investissements de maintien des bâtiments et équipements. Outre les investissements hôteliers et de mise aux normes de sécurité, l'établissement a ainsi engagé la restructuration d'unités de soins pour optimiser les ressources médicales et soignantes (notamment transformation de 14 lits d'hospitalisation complète de cardiologie en 8 lits d'hospitalisation de semaine (économie de quatre ETP), réduction des capacités d'hospitalisation du département gynéco-obstétrique de 14 lits (économie de neuf ETP), regroupement des services de chirurgie (-20 lits et économie de 15 ETP)). L'investissement dans les équipements biomédicaux a été préservé avec un effort annuel dédié équivalent à 0,8 M€. Le CHJC a continué à moderniser son plateau technique d'équipements médicaux lourds avec notamment l'achat d'un appareil IRM en 2018 (1,49 M€) et le renouvellement en 2019 du coroscanner (1,24 M€) et du scanner (0,36 M€).

2.2 Un recul de l'effort d'investissement causé par la dégradation de la situation financière

Tableau n° 21 : Centre hospitalier de Bourges, Évolution des résultats 2014-2021

<i>Résultats nets comptables (en milliers d'€)</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Produits consolidés</i>	155 048	157 035	158 380	160 183	161 097	166 103	174 831	188 630
<i>Charges consolidées</i>	153 832	158 301	158 932	162 436	163 690	165 790	175 082	187 878
<i>Résultat net comptable consolidé</i>	1 216	- 1 266	- 552	- 2 253	- 2 593	313	- 251	752
<i>dont</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>CRPP H (Principal)</i>	1 070	- 1 557	- 34	- 2 473	- 2 247	-2 140	- 462	61
<i>CRPA B (USLD)</i>	38	4	201	61	189	270	270	244

Résultats nets comptables (en milliers d'€)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CRPA E2 (Accueil de jour Alzheimer)	71	56	94	86	66	42	92	- 38
CRPA E1 (EHPAD Taillegrain)	44	- 130	- 273	- 243	- 159	- 71	371	249
CRPA N (SIDPA)	- 64	- 11	- 8	- 22	- 27	- 6	24	37
CRPA P (EMG)	-	-	-	-	136	90	92	104
CRPA G (GHT)	-	-	-	-	153	- 16	- 138	3
CRPA C (IFAS/IFA)	-20	- 38	- 3	41	21	- 3	12	- 7
CRPA A (DNA-SIC)	77	411	- 529	296	- 725	2 147	- 511	100
Résultat consolidé/Produits totaux	0,78 %	- 0,81 %	- 0,35 %	- 1,41 %	- 1,61 %	0,19 %	- 0,14 %	0,40 %

Source : CRC, à partir des comptes financiers.

La trajectoire financière du CHJC a connu un net décrochage à partir de 2015, imputable à une dégradation marquée de son compte d'exploitation. Excédentaire de 1,2 M€ en 2014, son résultat net consolidé a enregistré de lourds déficits jusqu'en 2018. Pour cet exercice, le déficit de l'établissement a atteint 2,6 M€. En 2019, le CHJC a renoué avec l'équilibre en dégageant un excédent de 0,3 M€, trop faible cependant pour compenser les déficits des exercices antérieurs.

L'impact financier de la pandémie sur les exercices 2020 et 2021 a été quasi intégralement atténué par le dispositif national de soutien financier des hôpitaux. Les pertes cumulées de la décennie 2010 n'ont ainsi pas été aggravées par les pertes de recettes (liées aux déprogrammations de séjours d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales) et les surcoûts en dépenses liés à la lutte anti pandémie. Le résultat net consolidé s'est soldé par un déficit modéré de 0,25 M€ en 2020, couvert par un excédent de 0,75 M€ en 2021.

Pour l'essentiel, les déficits se concentrent sur le compte de résultat principal (budget H), qui mobilise l'essentiel des moyens financiers de l'établissement (92,3 % des produits d'exploitation consolidés en 2021²⁸). Le résultat net du budget principal est ainsi passé d'un excédent de 1,07 M€ en 2014 à des déficits récurrents d'un niveau particulièrement préoccupant sur les exercices 2015 et suivants. Mise à part l'année 2016 avec un quasi-équilibre (-0,03 M€), l'établissement a clôturé ses comptes 2017 à 2019 avec un déficit annuel compris entre 2,1 et 2,5 M€.

Dans le contexte de la crise sanitaire, l'État a mis en place un dispositif de soutien par lequel l'assurance-maladie est venue compenser les impacts financiers de la crise pour l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, lucratifs ou non. Financé par un relèvement sur l'objectif de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), ce dispositif a été initié en mars 2020 et maintenu en 2021 devant la persistance de la crise. Outre des mécanismes de compensation des surcoûts et des pertes de recettes, le principal instrument du dispositif a consisté dans l'instauration en mars 2020 d'une dotation intitulée « garantie de

²⁸ En 2021, les produits d'exploitation consolidés s'élevaient à 188,6 M€ dont 174 M€ pour le budget principal, soit 92,3 % du périmètre budgétaire consolidé.

financement » visant à garantir des ressources minimales aux hôpitaux ayant été contraints de déprogrammer leurs activités de soins.

L'institution de la garantie de financement a suspendu le financement à l'activité des hôpitaux. Protégé des pertes de ressources liées à la baisse d'activité, le CHJC a ainsi pu clore l'exercice 2020 avec un déficit modéré de 0,46 M€ au regard des niveaux de déficits antérieurs. La gestion de l'exercice 2021 s'est conclue par un résultat à équilibre de 61 milliers d'euros. Dès lors, le mécanisme de compensation globale des impacts financiers de la crise sanitaire a rempli son office et préservé le compte d'exploitation de l'établissement sur les exercices 2020 et 2021. Après compensation, le taux de marge brute d'exploitation du compte de résultat principal s'établit en 2020 et 2021 à respectivement 3,7 % et 4,0 %, soit un niveau supérieur au taux de marge 2019 qui était de 2,4 %.

Tableau n° 22 : Centre hospitalier Jacques Cœur, Formation de la marge brute du compte de résultat principal 2014-2021 (CRPP H)

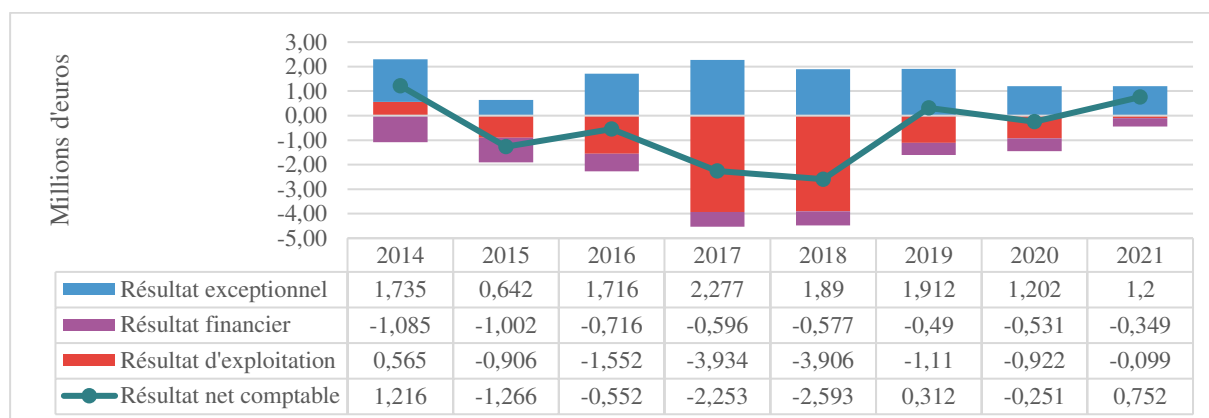
<i>En milliers d'euros</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	VAM
<i>Produits financés directement à l'activité dont réémissions</i>	104 324	105 940	105 786	105 512	107 300	111 542	113 046	119 134	1,9 %
<i>+ Produits annexes à l'activité ou financés par dotations et participations</i>	33 288	34 432	34 582	35 960	35 470	34 006	42 201	48 496	5,5 %
<i>+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges</i>	2 423	2 319	2 718	2 908	3 277	3 007	2 920	2 576	0,9 %
= Produits de gestion	140 035	142 692	143 086	144 380	146 047	148 555	158 167	170 206	2,8 %
<i>Charges de personnel brutes</i>	94 258	97 455	97 991	98 804	99 070	101 660	107 797	113 472	2,7 %
<i>+ charges à caractère médical</i>	28 723	28 833	29 494	31 252	30 872	30 631	32 617	35 987	3,3 %
<i>+ charges à caractère non médical</i>	12 086	12 627	12 241	12 840	13 173	13 174	13 507	15 390	3,5 %
<i>+/- variation des stocks</i>	- 797	- 346	- 613	35	- 203	411	- 729	- 173	
<i>- atténuations de charges</i>	1 529	1 634	2 042	1 472	1 275	930	857	1 226	- 3,1 %
= Charges de gestion nettes	132 741	136 935	137 071	141 459	141 636	144 947	152 334	163 449	3,0 %
Marge brute d'exploitation (aides incluses)	7 294	5 757	6 015	2 921	4 411	3 608	5 833	6 757	- 1,1 %
Taux MB en % des produits de gestion	5,2 %	4,0 %	4,2 %	2,0 %	3,0 %	2,4 %	3,7 %	4,0 %	- 3,8 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

À l'œuvre depuis 2015, la fragilisation de la situation financière de l'établissement n'est qu'insuffisamment mesurée par le résultat net comptable, qui est influencé notamment par les opérations exceptionnelles. Une approche par les soldes intermédiaires de gestion²⁹ permet d'éclairer davantage la formation du résultat net annuel consolidé.

²⁹ Le résultat net est égal à la somme de trois composantes :

- le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement ;

Graphique n° 5 : Évolution des composantes du résultat net comptable consolidé

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Ainsi, sur la période 2014-2021, la dégradation continue du résultat d'exploitation - qui mesure l'équilibre de l'activité courante de l'établissement - a été tempérée par des résultats exceptionnels conséquents. Les aides financières exceptionnelles accordées par l'ARS affectées à la couverture des surcoûts liés au recours majeur à l'intérim médical ont également permis d'atténuer partiellement les déficits d'exploitation.

Tableau n° 23 : Détermination du résultat structurel du centre hospitalier de Bourges durant la période 2014-2019 avec financement 100 % T2A*

Résultat structurel	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Résultat net comptable consolidé	1 215 908 €	- 1 265 960 €	- 551 609 €	- 2 253 449 €	- 2 592 871 €	313 104 €
-indemnité assurance sinistre Immeuble de rapports DNA						2 591 398 €
- aides exceptionnelles ARS (Soutien financier Intérim médical)			250 000 €	900 000 €	1 000 000 €	
- résultat exceptionnel**	1 735 579 €	641 878 €	1 716 279 €	2 276 661 €	1 890 164 €	1 912 282 €
Résultat structurel consolidé	- 519 671 €	- 1 907 838 €	- 2 517 888 €	- 5 430 109 €	- 5 483 035 €	- 4 190 576 €

Source : CRC, d'après les comptes financiers et les données de l'établissement.

* Seule la période 2014-2019 a été considérée dans ce tableau pour la détermination du résultat structurel, les exercices 2020 et 2021 ayant vu le régime de financement à l'activité être suspendu en raison de la crise sanitaire covid-19.

** L'indemnité versée par l'assurance du centre hospitalier à la suite du sinistre a été imputée sur le compte 758 Produits divers de gestion courante, elle n'apparaît donc pas dans le résultat exceptionnel de l'exercice.

Après retraitement de ces éléments conjoncturels, le résultat net du centre hospitalier Jacques Cœur laisse apparaître un déficit structurel nettement plus important qui s'est aggravé

- le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation) et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles ;
- le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

au fil des exercices passant de 0,5 M€ en 2014 à 5,4 M€ en 2018. Le déficit structurel se réduit en 2019 mais reste conséquent avec 4,2 M€.

L'ampleur du déficit structurel témoigne des difficultés que l'hôpital éprouve à assurer par lui-même un équilibre économique pérenne et à garantir le maintien du service public.

Tableau n° 24 : Formation de la capacité d'autofinancement consolidée 2014-2021

<i>En milliers d'euros</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Excédent brut d'exploitation</i>	6 615	4 282	4 267	1 152	2 674	2 039	4 987	5 881
<i>+ Transferts de charges d'exploitation</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>+ Autres produits d'exploitation</i>	1 730	2 494	2 032	2 552	2 589	5 155	2 687	2 783
<i>- Autres charges d'exploitation</i>	- 595	- 494	- 434	- 419	- 723	- 894	- 1 247	- 1 134
<i>+ Produits financiers (sauf reprises)</i>	205	71	306	84	43	99	-	7
<i>- Charges financières (sauf dotations)</i>	- 1 290	- 1 073	- 981	- 639	- 614	- 548	- 490	- 356
<i>+ Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)</i>	2 423	681	948	970	635	899	1 112	1 753
<i>- Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)</i>	- 646	- 727	- 699	- 803	- 1 278	- 955	- 1 087	- 1 524
= Capacité d'autofinancement brute	8 442	5 234	5 439	2 897	3 326	5 795	5 962	7 410
<i>Ratio CAF brute / Produits réels d'exploitation</i>	5,6 %	3,4 %	3,5 %	1,9 %	2,1 %	3,6 %	3,5 %	4,0 %
<i>- Annuité de la dette en capital</i>	5 251	4 837	11 911	5 172	4 548	4 317	4 619	4 641
<i>dont opérations réaménagement de l'encours de dette</i>	-	-	6 808	-	-	-	-	-
<i>dont remboursements contractuels selon échéances tableaux d'amortissements</i>	5 251	4 837	5 103	5 172	4 548	4 317	4 619	4 641
= Capacité d'autofinancement nette	3 191	397	- 6 472	- 2 275	- 1 222	1 478	1 343	2 769
<i>+ Réintégration des opérations réaménagement de l'encours de dette</i>	-	-	6 808	-	-	-	-	-
= Capacité d'autofinancement nette retraitée des opérations de réaménagement de l'encours de dette	3 191	397	336	- 2 275	- 1 222	1 478	1 343	2 769

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Ces tensions financières ont entraîné une érosion de la capacité d'autofinancement brute³⁰ de l'établissement, laquelle est progressivement devenue insuffisante pour faire face aux annuités en capital de sa dette et participer à la couverture du besoin de financement des investissements.

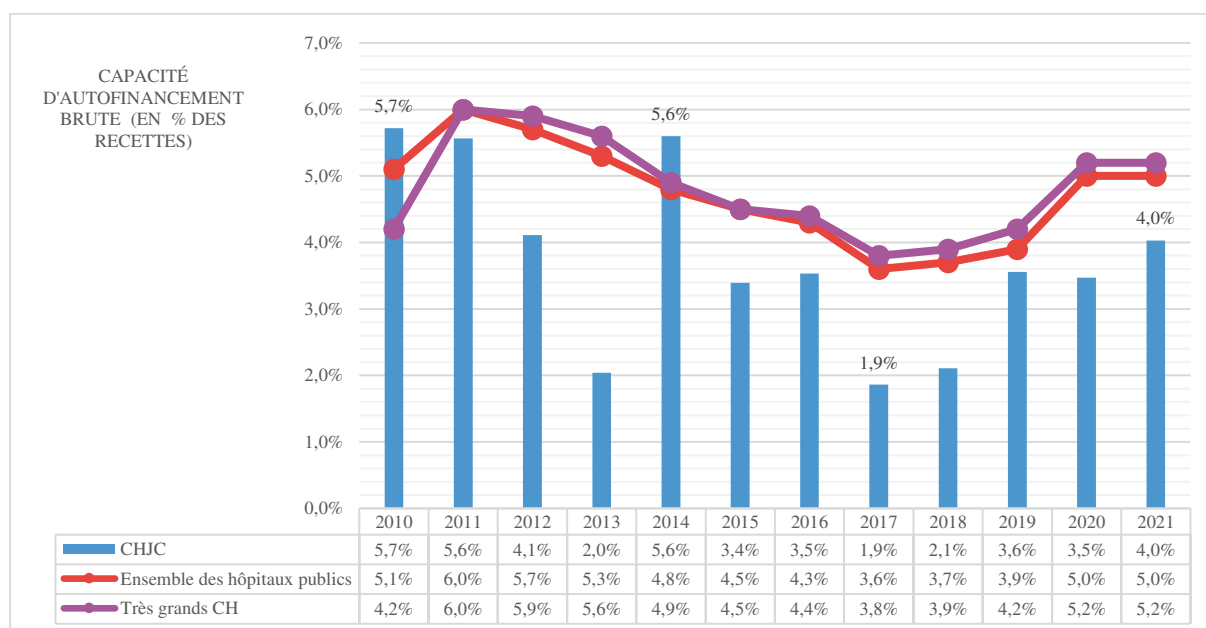
³⁰ La CAF brute correspond à l'excédent brut de fonctionnement (différence entre les produits et les charges de gestion) augmenté du résultat financier et des produits et charges exceptionnels réels.

En excluant les remboursements anticipés d'emprunts opérés en 2016 à hauteur de 6,8 M€, la capacité d'autofinancement nette³¹ se contracte fortement en 2015 et 2016 (+0,3 M€ en 2016 contre +3,2 M€ en 2014). Elle passe ensuite en négatif en 2017 et 2018 (respectivement -2,3 M€ et -1,2 M€) malgré le soutien financier apporté par l'ARS en vue d'atténuer les surcoûts liés à l'intérim. La capacité d'autofinancement nette connaît un redressement notable en 2019 et ressort positive à hauteur de 1,5 M€. Cette amélioration résulte en réalité de l'encaissement d'une indemnité assurantielle consécutive à un sinistre sur un immeuble de rapports (2,59 M€). Sans cette recette conjoncturelle, la capacité d'autofinancement nette aurait été toutefois négative de 1,1 M€, dans la continuité de l'exercice 2018 (-1,2 M€).

Cette capacité d'autofinancement nette dégradée ne résulte pas d'un alourdissement non maîtrisé des charges liées au service de la dette. En effet, les échéances contractuelles du capital de la dette ont baissé à compter de 2018 (4,5 M€) après être demeurées quasi-stables sur la période 2014-2017 (environ 5,1 M€ par an). Les charges d'intérêts ont quant à elles reculé en continu passant de 1,29 M€ en 2014 à 0,36 M€ en 2021.

En réalité la détérioration de la situation financière résulte plus d'une inadéquation structurelle entre les recettes générées par l'établissement et ses charges de fonctionnement qui ne lui permet pas de dégager une capacité d'autofinancement brute cohérente avec ses besoins de financement (besoins en investissement et remboursements d'emprunts).

Graphique n° 6 : Comparaison du taux de CAF brute du CHJC avec la moyenne nationale de sa catégorie d'appartenance et la moyenne nationale des hôpitaux publics



Source : CRC à partir des comptes financiers 2010-2021 et La situation économique et financière des établissements de santé en 2020, DREES, juillet 2022 (données).

NB : La DREES a classé les hôpitaux publics en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de

³¹ La CAF nette, qui correspond à la CAF brute diminuée des remboursements en capital des dettes financières, mesure la capacité d'un organisme à financer ses dépenses d'équipement grâce à ses ressources propres, une fois acquittée la charge obligatoire du service de la dette.

70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros). Son budget consolidé en recettes s'établissant à 188,63 M€ en 2021, le centre hospitalier Jacques Cœur relève de la catégorie des Très grands CH. Les données moyennes nationales de 2021 sont celles de 2020 en l'absence de données disponibles à la date de rédaction du présent rapport.

La faiblesse de la CAF brute générée par le CH Jacques Cœur est structurelle comme le confirme la comparaison avec les données nationales financières des établissements publics de santé (DREES). Sur la période 2020-2021, le taux de CAF brute de l'établissement est quasi-systématiquement et significativement inférieur aux taux moyens des hôpitaux publics et de la catégorie des « très grands CH » à laquelle il appartient.

Tableau n° 25 : Dette du centre hospitalier de Bourges, budgets consolidés

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Dettes financières (M€)</i>	36,18	31,35	31,46	31,09	30,55	31,43	26,82	22,20
<i>Annuité d'emprunt (M€)</i>	6,54	5,91	12,89	5,81	5,13	4,86	5,11	5,00
<i>Charges financières (M€)</i>	1,29	1,07	0,99	0,64	0,58	0,55	0,49	0,36
<i>Taux d'intérêt moyenne de la dette</i>	3,6 %	3,4 %	3,1 %	2,1 %	1,9 %	1,7 %	1,8 %	1,6 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

Comme indiqué *supra*, ces difficultés de financement ont conduit le centre hospitalier à différer une partie de ses investissements. L'établissement a tiré profit de cette trêve dans l'effort d'investissement pour stabiliser son endettement au niveau de 2015. Ainsi, aucun emprunt n'a été souscrit durant les exercices 2020 et 2021, notamment grâce aux aides versées par l'ARS (3,3 M€ en 2019 pour la restructuration des urgences, 0,6 M€ pour la fraction 2021 de l'aide totale de 3,2 M€ sur neuf ans attribuée pour le Ségur de la santé). L'encours de dette³² de l'établissement a ensuite diminué d'environ un tiers entre 2019 et 2021, passant de 31,4 M€ en 2019 à 22,2 M€ en 2021. Corrélativement, les charges financières ont largement décru sur la période passant de 1,29 M€ en 2014 à 0,36 M€ en 2021, atténuant ainsi partiellement les résultats déficitaires d'exploitation.

Fin 2021, la structure de la dette ne comporte pas d'emprunts risqués. La totalité de la dette de l'établissement est constituée d'emprunts auprès des banques françaises pour 76 % de l'encours et d'emprunts auprès d'un établissement bancaire de droit allemand pour 24 %. Les emprunts présentent un faible niveau de risque.

³² L'encours de dette correspond au montant du capital des emprunts restant à rembourser par l'établissement. Son détail figure au compte financier.

Tableau n° 26 : Situation du centre hospitalier de Bourges au regard des ratios de vigilance en matière d'endettement

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Taux de dépendance financière (dette financière / ressources stables) (cible : ≤ 50%)</i>	33,7 %	31,2 %	35,7 %	36,4 %	37,2 %	38,5 %	34,4 %	28,9 %
<i>Durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute) en années (cible : ≤ 10 ans)</i>	4,3	6,0	5,8	10,7	9,2	5,4	4,5	3,0
<i>Poids de la dette (dette financière / total des produits) (cible : ≤ 30%)</i>	24,8 %	20,3 %	20,2 %	19,7 %	19,2 %	19,2 %	15,5 %	11,9 %

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Grâce au dispositif national de neutralisation financière, les impacts de la crise sanitaire n'ont pas plongé l'établissement dans une situation d'insolvabilité alors que sa capacité d'autofinancement nette était structurellement négative à partir de 2017 (cf. *supra* tableau n° 24). La capacité d'autofinancement nette dégagée en 2020 (1,34 M€) demeure positive et comparable à 2019 (1,48 M€). Elle progresse de 1,39 M€ en 2021 pour atteindre 2,77 M€, son plus haut niveau depuis 2015.

À la clôture de 2021, l'établissement continue de se positionner favorablement au regard des trois critères de vigilance en matière d'endettement définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. Les décisions d'emprunt de l'établissement ne sont donc pas soumises à un accord préalable de l'agence régionale de santé.

Tableau n° 27 : Mode de financement de l'effort d'investissement du centre hospitalier Jacques Cœur sur la période 2010-2021

<i>Période</i>	2010-2015		2016-2021		2010-2021	
	En €	Part	En €	Part	En €	Part
<i>Dépenses d'équipement</i>	55 468 459 €		24 640 727 €		80 109 186 €	
<i>Mode de financement des dépenses d'équipement</i>						
<i>CAF nette</i>	7 038 860 €	12,7 %	- 4 378 452 €	- 17,8 %	2 660 408 €	3,3 %
<i>Apports / subventions</i>	3 295 215 €	5,9 %	8 482 246 €	34,4 %	11 777 461 €	14,7 %
<i>Cessions d'actifs</i>	469 286 €	0,8 %	1 593 320 €	6,5 %	2 062 606 €	2,6 %
<i>Autres</i>	260 677 €	0,5 %	- 2 202 154 €	- 8,9 %	- 1 941 477 €	- 2,4 %
<i>Emprunts</i>	41 520 491 €	74,9 %	26 054 793 €	105,7 %	67 575 283 €	84,4 %
<i>Prélèvement sur Fonds de Roulement</i>	2 883 930 €	5,2 %			2 883 930 €	3,6 %
<i>Apport au Fonds de Roulement</i>			- 4 909 025 €	-19,9 %	- 4 909 025 €	- 6,1 %
<i>Total Ressources d'Investissement</i>	55 468 459 €	100,0 %	24 640 727 €	100,0 %	80 109 186 €	100,0 %

Source : CRC, d'après les comptes financiers.

L'analyse de la situation financière confirme que l'insuffisance de CAF nette ne résulte pas d'un niveau d'endettement excessif (l'encours des dettes financières est resté stable de 2015 à 2019 avant de diminuer significativement en 2020 et 2021) mais d'un déséquilibre d'exploitation générant une marge brute insuffisante.

Cette capacité d'autofinancement structurellement faible limite l'effort d'investissement du CHJC et implique une dépendance à l'égard des financements externes pour la réalisation d'opérations majeures d'investissement. Les financements externes ont constitué la majeure partie du financement des dépenses d'équipement réalisées sur la période 2010-2021 (prêts (84,4 %), apports et subventions (14,7 %), l'autofinancement net dégagé par l'établissement n'a couvert que 3,3 % de l'effort d'équipement de ladite période.

2.3 Des déficits d'exploitation imputables à une activité hospitalière inférieure au potentiel de l'établissement et au recours coûteux à l'intérim médical

La faiblesse de la capacité d'autofinancement nette du centre hospitalier résulte d'un déséquilibre du compte d'exploitation lié à des recettes d'activité insuffisantes, d'une part, et au surcoût net de l'intérim médical, d'autre part.

2.3.1 Des coûts de fonctionnement pilotés pour compenser l'augmentation du coût de l'intérim médical et le faible dynamisme des produits

La présente analyse se concentre sur le compte de résultat principal - dédié aux activités sanitaires (MCO, SSR) - qui présente l'essentiel des moyens budgétaires du centre hospitalier. Elle est centrée sur la période 2014 à 2019 qui correspond une période de fonctionnement ordinaire des services de soins avec un mode de financement à l'activité. Les exercices 2020 et 2021 sont donc exclus du champ d'analyse car la crise sanitaire covid-19 a entraîné des surcoûts majeurs en dépenses et la suspension de la tarification à l'activité (T2A) remplacée par des dotations spécifiques.

Le tableau n° 28 détaille l'évolution du résultat économique par lit ou place installé en rapprochant les produits de gestion et les coûts d'exploitation sur chaque année de la période 2014-2019.

**Tableau n° 28 : Équilibre économique du CH Jacques Cœur
sous le régime de la tarification à l'activité 2014-2019**

<i>Formation du résultat économique brut par lit/place (CRPP (lettre H), montants en €)</i>	2014	2015	2016	VAM 2016/2014	2017	2018	2019	VAM 2019/2017	VAM 2019/2014
Produits de gestion moyen par lit/place	206 541	201 542	202 384	- 1,0 %	217 112	222 633	222 721	1,3 %	1,5 %
<i>Dont Produits financés directement à l'activité dont recettes réémises</i>	<i>153 870</i>	<i>149 633</i>	<i>149 626</i>	<i>- 1,4 %</i>	<i>158 665</i>	<i>163 567</i>	<i>167 229</i>	<i>2,7 %</i>	<i>1,7 %</i>
Coût d'exploitation moyen d'un lit/place	213 869	212 335	213 309	- 0,1 %	231 858	234 931	234 434	0,6 %	1,9 %
<i>dont Intérim médical Titre 1</i>	<i>4 997</i>	<i>4 681</i>	<i>5 301</i>	<i>3,0 %</i>	<i>7 452</i>	<i>10 054</i>	<i>11 519</i>	<i>24,3 %</i>	<i>18,2 %</i>
<i>dont Charges de personnel (hors intérim médical) Titre 1</i>	<i>134 026</i>	<i>132 967</i>	<i>133 300</i>	<i>- 0,3 %</i>	<i>141 125</i>	<i>140 967</i>	<i>140 895</i>	<i>- 0,1 %</i>	<i>1,0 %</i>

Formation du résultat économique brut par lit/place (CRPP (lettre H), montants en €)	2014	2015	2016	VAM 2016/2014	2017	2018	2019	VAM 2019/2017	VAM 2019/2014
dont Charges médicales Titre 2	45 373	44 824	45 288	- 0,1 %	51 674	51 731	50 833	- 0,8 %	2,3 %
dont Charges hôtelières et générales Titre 3	18 312	18 208	17 663	- 1,8 %	19 722	20 518	20 171	1,1 %	2,0 %
dont Coûts d'investissement Titre 4 (intérêts de la dette et amortissements des matériels et bâtiments)	11 161	11 655	11 757	2,6 %	11 885	11 661	11 017	- 3,7 %	- 0,3 %
Résultat économique brut par lit/place (perte si <0)	- 7 328	- 10 792	- 10 925	22,1 %	- 14 746	- 12 298	- 11 714	- 10,9 %	9,8 %

Source : CRC d'après les comptes financiers et www.sae-diffusion.sante.gouv.fr pour les capacités hospitalières installées.

Le centre hospitalier Jacques Cœur a fait preuve un pilotage réel des charges d'exploitation en fonction de la dynamique des produits de gestion (constitués à 75 % de produits directement liés à l'activité). Le coût moyen de fonctionnement d'un lit a progressé de 1,9 % en moyenne par an sur six années quand les produits de gestion générés par ce même lit augmentaient de 1,5 % par an. Ces données indiquent que dans la mesure du possible, le CHJC s'est efforcé de maîtriser l'évolution du coût d'exploitation de ses lits au regard de celui des produits.

Deux sous-périodes se détachent sur la période courant de 2014 à 2019 :

- de 2014 à 2016 : le coût d'exploitation moyen d'un lit s'est révélé remarquablement stable (-0,1 % par an) alors que le coût de l'intérim médical entamait sa progression (+3,0 % par an) ; mais le recul des produits de gestion n'a pas permis à l'établissement d'améliorer le résultat économique brut par lit qui était déjà déficitaire en 2014 ;
- de 2017 à 2019 : les produits de gestion progressent à nouveau en 2017 et 2018 avant de stagner en 2019 ; les produits d'activité renouent avec une certaine dynamique (+2,7 % par an) ; mais le coût de l'intérim médical progresse sur cette période (+41% en 2017, +35 % en 2018, +15 % en 2019) et détériore les résultats ; à nouveau, l'établissement parvient néanmoins à quasi-stabiliser le coût moyen d'exploitation à compter de 2018 (+0,6 % par an sur 2017-2019) ; renchéries notamment sous l'effet de mesures salariales et réglementaires nationales, les charges de personnel retraitées de l'intérim médical progressent en 2017 mais sont contenues sur les exercices suivants 2018 et 2019 (-0,1 % par an) ; ces efforts permettent de réduire significativement le déficit de fonctionnement par lit installé qui passe de 14 746 € en 2017 à 11 714 € en 2019, déficit qui reste cependant très supérieur à ce qu'il était en 2014 avec 7 328 €.

Le positionnement favorable du centre hospitalier Jacques Cœur dans le référentiel de coûts des activités non cliniques des établissements de santé - référentiel dénommé « Base d'Angers » - confirme la réalité de l'effort de maîtrise des charges déployé.

Dans la plupart des activités recensées dans le tableau n° 29, le coût de production du centre hospitalier de Bourges est inférieur ou proche du coût moyen des établissements de sa catégorie sur la période 2018-2020. Les marges de manœuvre de réduction des coûts sur les activités médico-logistiques et médico-techniques sont par conséquent peu nombreuses.

À l'inverse, les activités pour lesquelles l'établissement se positionne le plus défavorablement sont celles où le recours à l'intérim médical est le plus soutenu : SAMU, SMUR, Urgences. La stabilisation du recours à l'intérim en anesthésiologie a permis à l'établissement de maîtriser son coût d'unité d'œuvre. Ces données montrent l'incidence préjudiciable sur les finances du centre hospitalier du coût de l'intérim médical qui a doublé sur la période 2016-2019 (3,748 M€ en 2016 contre 7,638 M€ en 2019).

Tableau n° 29 : Comparaison des coûts de production des principales activités médico-logistiques et médico-techniques entre le CHJC et les établissements comparables (Référentiel des coûts « Base d'Angers », 2018, 2019 et 2020)

	En €	2018			2019			2020		
	Unité d'œuvre	CHJC	Catégorie	Écart	CHJC	Catégorie	Écart	CHJC	Catégorie	Écart
Anesthésiologie *	Coût unitaire d'ICR	4,77 €	5,00 €	- 5 %	4,44 €	5,06 €	- 12 %	5,12 €	6,11 €	- 16 %
Brancardage	Coût unitaire des Transports total	7,46 €	10,10 €	- 26 %	8,24 €	14,58 €	- 43 %	9,92 €	17,15 €	- 43 %
Blocs opératoires hors Salles de Travail	Coût unitaire de 100 heures de temps opératoire	ND	ND		67 216,05 €	86 786,62 €	- 23 %	ND	ND	
Dialyse	Coût unitaire des séances	189,46 €	261,71 €	- 28 %	188,06 €	242,24 €	- 22 %	185,91 €	240,62 €	- 23 %
Génie Biomédical	Coût unitaire d'actif brut d'Équipement biomédical	61,15 €	54,12 €	13 %	58,73 €	56,25 €	4 %	60,61 €	62,62 €	- 3 %
Imagerie *	Coût unitaire d'ICR produits	1,40 €	1,29 €	9 %	1,22 €	1,32 €	-8 %	1,33 €	1,56 €	- 15 %
Anatomo-pathologie	Coût unitaire des actes (CCAM, RIHN-RHN et AHC) produits et sous-traités	0,65 €	0,62 €	5 %	0,70 €	0,64 €	9 %	0,77 €	0,72 €	- 7 %
Biologie	Coût unitaire de B et équivalent	0,19 €	0,21 €	- 10 %	0,21 €	0,21 €	0 %	0,21 €	0,21 €	0 %
Pharmacie	Coût unitaire des dépenses du groupe 2 gérées par la Pharmacie	ND	ND		93,05 €	94,67 €	- 2 %	84,75 €	97,00 €	- 13 %
Restauration	Coût unitaire des Repas	5,48 €	5,40 €	1 %	5,51 €	5,39 €	2 %	6,10 €	5,75 €	6 %
SAMU	Coût unitaire des DRM	22,19 €	22,82 €	- 3 %	24,64 €	16,43 €	50 %	24,32 €	20,17 €	21 %
SMUR *	Coût unitaire des sorties	1 141,32 €	1 256,20 €	- 9 %	1 176,99 €	990,75 €	19 %	1 242,68 €	1 005,23 €	24 %
Stérilisation	Coût unitaire d'UO stérilisés	0,27 €	0,27 €	0 %	0,29 €	0,30 €	- 3 %	0,36 €	0,32 €	13 %
Urgences *	Coût unitaire des Passages	165,31 €	145,70 €	13 %	167,35 €	158,79 €	5 %	221,31 €	206,89 €	7 %

Source : données établissement d'après base d'Angers. * Ces quatre indicateurs comprennent pour le Centre hospitalier Jacques Cœur les dépenses d'intérim médical.

Cette capacité de l'établissement à stabiliser sur un cycle de trois ans ses coûts d'exploitation témoigne des efforts menés par les personnels et la direction pour limiter la dégradation des comptes. Les mesures prises en termes de maîtrise des charges de toute nature

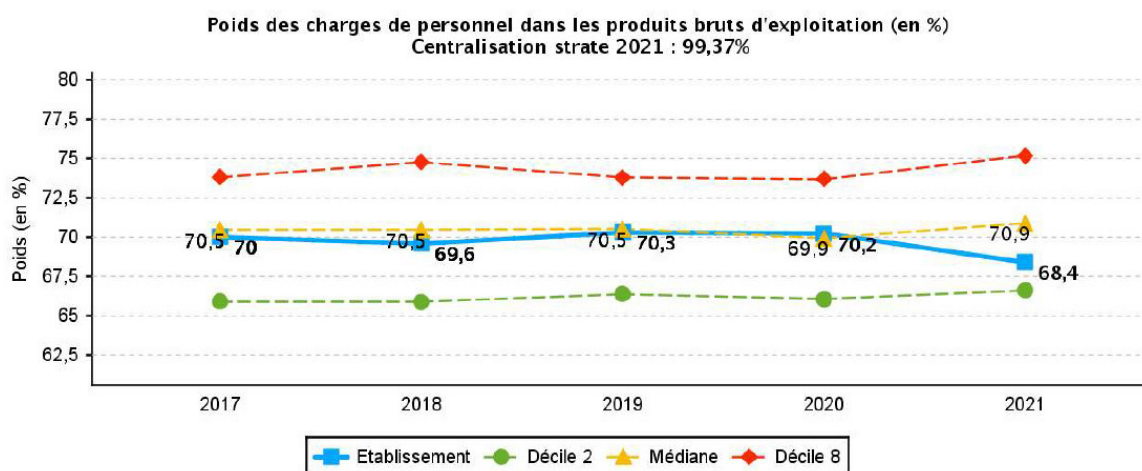
ont permis de contenir jusqu'à un certain niveau la croissance des dépenses d'intérim médical (cf. partie 1.5 Un recours majeur à l'intérim médical soutenu et coûteux pour les finances de l'établissement) alors que les produits d'activité stagnaient.

Cette politique de maîtrise a permis de limiter la détérioration de la situation financière du centre hospitalier. L'obligation d'assurer les missions de soins de proximité et de référence sur le territoire ne permet pas à l'établissement d'agir plus fortement sur ses dépenses. Un effort d'économies plus soutenu serait susceptible de déstabiliser l'offre de soins proposée à une patientèle pour qui l'hôpital est devenu une solution de premier recours en raison des difficultés de la médecine de ville.

2.3.2 La maîtrise des dépenses de personnel du centre hospitalier

Premier poste de charges des établissements publics de santé, la maîtrise des charges de personnel est essentielle pour garantir la pérennité de l'équilibre financier d'un hôpital. Le degré de maîtrise de la masse salariale est mesuré au moyen de la part des recettes absorbées par les crédits de personnel. Si son niveau est déterminant, sa stabilité dans le temps l'est tout autant.

Graphique n° 7 : Comparaison du poids des charges de personnel dans les recettes (tous budgets) : Centre hospitalier Jacques Cœur par rapport aux établissements comparables



Source : DGFIP.

Dans le cas du centre hospitalier de Bourges, le poids des charges de personnel dans les produits est resté globalement stable sur la période 2017-2021 à un niveau équivalent à la médiane des établissements comparables.

**Tableau n° 30 : Évolution du poids des charges de personnel dans les produits de gestion
(CRPP H, 2014-2021)**

<i>Budget principal (CRPP Lettre H) / En milliers d'euros</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VAM 2019/14	2020	2021	VAM 2021/14
<i>Charges de personnel brutes</i>	94 258	97 455	97 991	98 804	99 070	101 660	1,5 %	107 797	113 472	2,7 %
<i>Produits de gestion</i>	140 035	142 692	143 086	144 380	146 047	148 555	1,2 %	158 167	170 206	2,8 %
<i>Charges de personnel brutes / Produits de gestion</i>	67,3 %	68,3 %	68,5 %	68,4 %	67,8 %	68,4 %	68,1 %	68,2 %	66,7 %	68,0 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

L'évolution des charges de personnel non médical qui représentent près de 75 % des charges de personnel totales, témoigne d'une maîtrise de la masse salariale des personnels permanents de l'établissement. Alors que le centre hospitalier entrainé en 2015 dans une phase quasi continue de déficits, l'établissement est parvenu à contenir l'évolution des charges de personnel non médical (+0,9 % en moyenne par an sur la période 2014-2019).

Ce résultat a été obtenu pour l'essentiel en restructurant ses unités de soins pour ajuster ses effectifs ce qui s'est traduit par une économie de 66,3 ETPMR³³ de personnels non médicaux entre 2015 et 2019.

Tableau n° 31 : Évolution des charges de personnel non médical (CRPP H, 2014-2021)

<i>Budget principal (CRPP Lettre H) / En milliers d'euros</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VAM 2019/14	2020	2021	VAM 2021/14
ETPMR	1 616,0	1 648,2	1 640,8	1 615,2	1 576,1	1 581,9	- 34,1 ETPMR	1 607,6	1 605,3	- 10,7 ETPMR
<i>Charges de personnel non médical</i>	72 760	75 051	75 224	76 379	75 189	76 225	0,9 %	80 641	86 529	2,5 %
<i>Rémunérations du personnel non médical</i>	47 489	49 024	49 085	49 320	49 042	49 763	0,9 %	53 235	56 376	2,5 %
<i>Cotisations et charges sociales personnel non médical</i>	25 271	26 028	26 139	27 058	26 147	26 462	0,9 %	27 406	30 152	2,6 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

L'ensemble de ces constats confirme la maîtrise réelle des dépenses de personnel grâce à laquelle l'établissement est parvenu à atténuer en partie les incidences du coût de l'intérêt médical. Toutefois, les variables économiques et réglementaires exogènes (coûts des molécules, des fluides, des matériels et prestations, évolution du SMIC et du point d'indice, des taux de cotisations sociales etc.) ainsi que les tensions sur l'effectif médical (recours croissant à

³³ Les établissements de santé publics et privés ex-dotations globales renseignent les tableaux des effectifs annexés à l'EPRD et les deux RIA. Les effectifs du budget principal y sont décomptés en emplois temps plein moyens rémunérés (ETPMR).

l'intérim médical) font que l'établissement rencontrera de grandes difficultés à stabiliser sur le moyen terme ses coûts d'exploitation.

2.3.3 Les pertes de recettes liées au sous-effectif médical

L'atonie des recettes (cf. tableau n° 32) résulte avant tout du sous-effectif médical dont pâtit l'établissement. Les effets sur les produits d'activité des départs de praticiens positionnés sur des spécialités majeures tant en nombre de séjours qu'en volume de recettes générées, n'ont pas été compensés par le dynamisme des activités nouvelles initiées (cardiologie, ophtalmologie) en 2015 lors de la mise en service des bâtiments financés dans le cadre du plan hôpital 2012.

L'année 2017 avec un déficit du budget principal majeur est particulièrement éclairante sur les conséquences du sous-effectif en personnel médical. En effet, le déficit de praticiens hospitaliers de cette année, suite à des départs et des difficultés de recrutement, s'est matérialisé par une diminution de l'offre de soins mais aussi par la baisse des ressources financières. Le CHJC a dû réduire le nombre lits disponibles dans plusieurs spécialités médicales (gériatrie, gastroentérologie, pneumologie, urologie, infectiologie). Pour le seul exercice 2017, l'établissement a évalué la perte de recettes assurance maladie à 4,22 M€.

Cette situation a perduré au cours des exercices suivants sur des spécialités différentes. Les pertes de recettes d'assurance-maladie sont certes moindres qu'en 2017 mais atteignent encore 1,69 M€ en 2018 et 2,58 M€ en 2019.

Tableau n° 32 : Évaluation des pertes de ressources liées au sous-effectif de praticiens en 2017, 2018 et 2019

	2017				2018				2019			
Spécialités	Journées exploitables	Journées exploitées	Écart	Recettes perdues (en M€)	Journées exploitables	Journées exploitées	Écart	Recettes perdues (en M€)	Journées exploitables	Journées exploitées	Écart	Recettes perdues (en M€)
Gastroentérologie	10 950	8 565	- 2 385	-0,794	10 950	9 110	- 1 840	-0,583	10 950	8 390	- 2 560	- 0,832
Infectiologie	9 490	7 829	- 1 661	-0,468			-				-	
Pneumologie	10 950	7 430	- 3 520	- 1,134			-				-	
Urologie	7 300	6 680	- 620	- 0,363			-				-	
Gériatrie clinique	5 840	-	- 5 840	- 1,462	5 840	-	- 5 840	- 1,113	5 840	-	- 5 840	- 1,235
Endocrinologie									3 915	3 645	- 270	- 0,095
Cardiologie									9 125	8 378	- 747	-0,272
Hématologie clinique									3 750	3 395	- 355	-0,144
Total	44 530	30 504	- 14 026	- 4,221	16 790	9 110	- 7 680	- 1,696	33 580	23 808	- 9 772	- 2,579

Source : données de l'établissement (rapport financier 2017 tome 2 p. 8) et réponses CH Jacques Cœur.

La situation financière fragile du centre hospitalier Jacques Cœur résulte principalement d'une activité inférieure au potentiel de l'établissement. Les infrastructures et les capacités

d'hospitalisation existent mais la ressource en personnels médicaux manque comme le montrent les tableaux de suivi des fermetures de lits 2019 à 2022. Certaines unités de soins fonctionnent avec une partie de leurs lits fermés depuis plusieurs années faute de praticiens présents : c'est notamment le cas du service de médecine gériatrique alors que le département du Cher est tout particulièrement touché par le vieillissement de la population. De même, les fermetures de lits en période de congés estivaux sont récurrentes en raison des tensions sur les effectifs

Bien que l'effort de maîtrise des charges dont a fait preuve l'établissement lui ait permis de retarder l'augmentation des coûts de fonctionnement, de nombreux facteurs exogènes font que cette augmentation ne peut être que difficilement jugulée à moyen terme. Cela démultiplie les effets de l'atonie des produits sur la capacité d'autofinancement de l'établissement et les ressources disponibles pour couvrir ses nombreux besoins d'investissement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La dégradation de sa situation financière depuis 2015, a contraint le centre hospitalier Jacques Cœur à réduire ses efforts en matière d'équipements.

Depuis l'achèvement en 2015 des bâtiments pour lesquels il avait bénéficié d'un soutien financier dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », l'établissement n'a pu engager aucun des projets de construction figurant à son projet d'établissement pour la période 2016 à 2020.

Pourtant indispensables au confortement de l'offre de soins, la reconfiguration architecturale du service d'accueil des urgences actuellement sous dimensionné au regard du nombre de passages, la création d'une unité de soins palliatifs, la reconstruction de l'unité d'hémodialyse et de néphrologie, ont ainsi été différées.

Faute d'une capacité financière suffisante pour investir, le centre hospitalier se trouve aujourd'hui devant une accumulation de projets d'investissements liée à des projets reportés et des besoins émergents. Il convient de noter que les travaux de mise aux normes de sécurité et d'accroissement du confort hôtelier ainsi que les acquisitions d'équipements nécessaires à la modernisation du plateau technique n'ont toutefois pas été retardés.

Cette faible capacité d'investissement est liée à un cycle d'exploitation structurellement déficitaire notamment en raison des difficultés du centre hospitalier en matière de recrutement du personnel médical. Fragilisé par une pénurie de praticiens, l'établissement est en effet contraint de recourir de façon soutenue et coûteuse à l'intérim pour maintenir l'offre de soins existante sans pouvoir parallèlement développer son activité et générer des recettes supplémentaires.

Le centre hospitalier a déployé un effort soutenu de maîtrise des charges pour tenter de compenser l'augmentation des dépenses d'intérim médical et l'atonie des recettes ce qui a permis de limiter l'aggravation de la situation financière. Cet effort s'est matérialisé principalement par des opérations de restructuration organisationnelle ou de relocalisation physique des unités de soins pour optimiser les ressources humaines et financières disponibles.

Cette politique trouve aujourd'hui ses limites. L'obligation d'assurer les missions de soins de proximité et de référence sur le territoire ne permet pas à l'établissement d'agir plus fortement sur ses dépenses. Un effort d'économies encore plus soutenu serait susceptible de déstabiliser l'offre de soins proposée à une patientèle pour qui l'hôpital est devenu une solution de premier recours en raison des difficultés de la médecine de ville.

3 UN HÔPITAL FACE À DEUX DÉFIS MAJEURS : COMPOSER AVEC UNE PÉNURIE CROISSANTE DE PERSONNELS ET CONTINUER À INVESTIR

En 2023, le centre hospitalier Jacques Cœur fait face à deux défis majeurs qui conditionnent le maintien de l'offre de soins existante ainsi que son adaptation aux besoins de la patientèle. Il s'agit pour l'établissement :

- d'une part, d'assurer la continuité des activités de soins dans un contexte de pénurie croissante de personnels soignants, laquelle s'ajoute au sous-effectif récurrent en personnel médical ;
- d'autre part, de continuer à investir dans un environnement économique particulièrement incertain marqué notamment par le retour de l'inflation.

3.1 Une pénurie de personnels soignants en nette augmentation depuis la crise sanitaire de 2020

Le centre hospitalier Jacques Cœur connaît une pénurie de personnels soignants qui amplifie les effets du sous-effectif récurrent de personnel médical. Cette raréfaction de personnels paramédicaux n'est pas propre au seul centre hospitalier de Bourges car il constitue un phénomène national accentué par la crise sanitaire (communiqué FHF).

Tableau n° 33 : Personnel non médical / Comparaison des métiers les plus sensibles identifiés par le centre hospitalier Jacques Cœur (2021) avec les données nationales (2020)

Métiers les plus sensibles ou en tension en 2020	Part d'établissements publics de santé répondant déclarant ce métier en tension*	Métier considéré comme sensible ou en tension par le centre hospitalier de Bourges
Infirmier en soins généraux	57 %	Oui
Masseur Kinésithérapeute	45 %	Oui
Aide-soignant	37 %	Non
Infirmier de bloc opératoire	27 %	Non
Infirmier en anesthésie-réanimation	22 %	Non
Manipulateur en électroradiologie médicale	18 %	Oui
Orthophoniste	12 %	Oui
Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales	6 %	Oui
Ergothérapeute	5 %	Non
Sage-femme	3 %	Non

Source : bilan social 2021 de l'établissement, et ATIH, Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2020, décembre 2022 / *L'analyse des données 2020 pour cet indicateur n° 12 porte sur 333 établissements soit 67 % des établissements publics de plus de 300 agents.

La pénurie de personnel soignants est centrée sur les infirmiers (IDE), cadres de santé, kinésithérapeutes, manipulateurs-radio, orthophonistes et psychologues. À noter qu'à la différence d'autres établissements, le CHJC ne connaît pas de difficultés de recrutement d'aides-soignants puisqu'aucun poste n'est vacant.

La situation des effectifs d'IDE s'est globalement dégradée depuis 2020. Le centre hospitalier a constaté une augmentation du nombre de postes vacants avec des départs en secteur libéral, dans les entreprises et dans des services de médecine du travail et pour certains en reconversions professionnelles. L'établissement suit avec attention les vacances de postes d'IDE au moyen d'un tableau de bord dédié depuis mai 2021.

Les données montrent la gravité de la situation : en 2022, 44,59 ETP de personnels infirmiers manquent soit presque 10 % de l'effectif total d'IDE (527,66 ETP spécialisés ou non (SAE 2021)).

Tableau n° 34 : Évolution des ETP manquants d'IDE (2021-2022)

Mois	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Moyenne
2021	Nd	Nd	Nd	Nd	31,6	33,6	32,6	14	22	26,5	33	36,75	28,76
2022	38,75	40,75	42	43	48	43,75	67	38	39	40	41,8	53	44,59
Écart N/N-1	/	/	/	/	16,4	10,15	34,4	24	17	13,5	8,8	16,25	+ 15,83

Source : données de l'établissement.

Le CHJC connaît également une augmentation du nombre de postes vacants de cadres de santé et cadres supérieurs de santé. L'établissement comptait 13 postes vacants de cadres et deux de cadres supérieurs en septembre 2022. L'organisation des soins s'en trouve complexifiée et les équipes soignantes s'en ressentent.

Les évolutions de la population, le nombre croissant de patients multi morbides, les conditions de travail à améliorer, la recherche d'un meilleur équilibre vie professionnelle-vie personnelle, la charge émotionnelle forte liée à la mort et la souffrance des patients, le manque de places disponibles dans les instituts de formation paramédicaux sont les causes principales avancées par l'établissement pour expliquer l'aggravation de la pénurie de personnels paramédicaux qu'il subit.

À la pénurie de personnel s'ajoute un absentéisme en hausse par rapport à la situation hors covid de 2019.

Indicateur n°6 : Taux d'absentéisme pour motif médical et non médicalPersonnel non médical et sages-femmes

Pôles		Taux d'absentéisme Motifs Médicaux	Taux d'absentéisme Motifs Non Médicaux	Taux d'absentéisme Général
2019	1 – Pôle Médico-Technique	3,91	1,05	4,24
	2 – Pôle Médecine A	5,66	2,48	7,28
	3 – Pôle Médecine B	8,75	2,39	10,66
	4 – Pôle Chirurgie	10,51	2,24	12,02
	6 – Urgences, Réanimation, Anesthésie et Bloc opératoire	6,85	3,85	9,27
	7 – Pôle Femme/Enfant	6,87	3,86	8,68
	9 – Pôle Gériatrie	10,80	2,27	12,16
	11 – Pôle Management et Ressources	6,54	1,90	7,15
	Hors Pôle	2,39	0,00	2,39
	TOTAL	7,37	1,34	8,71
2020	1 – Pôle Médico-Technique	5,77	2,05	6,46
	2 – Pôle Médecine A	7,31	1,86	7,77
	3 – Pôle Médecine B	8,23	2,6	10,12
	4 – Pôle Chirurgie	12,97	3,19	14,37
	6 – Urgences, Réanimation, Anesthésie et Bloc opératoire	6,56	2,38	7,17
	7 – Pôle Femme/Enfant	6,04	7,51	10,77
	9 – Pôle Gériatrie	12,46	3,32	13,41
	11 – Pôle Management et Ressources	7,75	3,48	9
	Hors Pôle	7,31	0	7,31
	TOTAL	8,32	1,27	9,59
2021	1 – Pôle Médico-Technique	5,32	1,33	6,65
	2 – Pôle Médecine A	7,76	0,65	8,42
	3 – Pôle Médecine B	8,17	1,88	10,05
	4 – Pôle Chirurgie	10,33	2,06	12,39
	6 – Urgences, Réanimation, Anesthésie et Bloc opératoire	6,87	1,25	8,12
	7 – Pôle Femme/Enfant	5,72	1,89	7,61
	9 – Pôle Gériatrie	10,86	1,51	12,37
	11 – Pôle Management et Ressources	6,22	1,08	7,30
	Hors Pôle	1,64	0,00	1,64
	TOTAL	8,11	1,43	9,54
Evolution (en points)		-0,21	0,16	-0,05

Source : CHJC, bilan social 2021.

Comme dans bien d'autres établissements, la crise sanitaire a joué un rôle de catalyseur dans ce mouvement de fond au sein du CHJC. Les déprogrammations, le déclenchement du plan blanc lors des différentes vagues épidémiques, les fermetures d'unités d'hospitalisation et les réorganisations pour la prise en charge des patients covid ont exigé une forte adaptabilité du personnel de l'établissement. Leur mobilisation de long terme depuis février 2020 a incontestablement accentué la fatigue et l'usure des professionnels du CHJC.

Outre l'absentéisme en forte progression, le niveau élevé de postes vacants d'IDE renchérit les difficultés de prises en charge des patients et fragilise l'ensemble de la capacité de production de soins de l'établissement.

Pour pallier les difficultés actuelles et assurer au maximum la continuité des soins pour la population, le centre hospitalier déploie des mesures organisationnelles telles que :

- réorganisation des soins : renforts d'aides-soignantes sur des postes IDE ;
- développement de l'ambulatoire ;
- transformation d'activités d'hospitalisation complète en hôpital de jour et en hôpital de semaine ;
- redéploiement du personnel des unités fermées ;
- développement de l'alternance jour-nuit sur la base du volontariat.

En dépit des mesures prises, le centre hospitalier est néanmoins contraint de fermer des lits dans différents services faute de personnels paramédicaux en nombre suffisant . Les conséquences du sous-effectif médical se trouvent ainsi amplifiées par la pénurie d'IDE.

Selon les données de l'établissement, le volume des lits fermés, exprimé en journées d'hospitalisation, a doublé en quatre ans. Ce volume est passé d'un total de 19 218 journées en 2019 à 42 168 en 2022. Si les journées d'hospitalisation perdues sur la période 2017-2019 résultaient essentiellement du sous-effectif médical, celles perdues en 2022 s'expliquent non seulement par ce sous-effectif médical persistant mais aussi par les postes vacants d'IDE.

De nombreuses spécialités médicales sont concernées : cardiologie, soins de suites et de réadaptation, chirurgie orthopédique etc. La fluidité tant du parcours patient au sein de l'établissement que de l'organisation des soins s'en trouve nécessairement affectée.

Sur un plan financier, le maintien de la garantie de financement décidée par l'État sur l'exercice 2022 a permis d'éviter que les pertes de recettes liées à ces fermetures de lits accentuent la dégradation de la situation financière de l'établissement.

Il résulte de ces constats, qu'il existe un risque sur la continuité des soins. Compte tenu des tensions sur ses effectifs, la capacité du centre hospitalier à répondre à une demande croissante de prestations médicales avec le personnel en place, interroge.

3.2 Les perspectives économiques incertaines n'offrent aucun répit financier au centre hospitalier Jacques Cœur pourtant confronté à un véritable « mur d'investissements »

L'incidence de la crise sanitaire au premier semestre de l'année 2022 ainsi que les tensions sur les effectifs médicaux et paramédicaux, font que l'activité médicale est restée globalement en retrait par rapport au niveau d'avant crise de 2019.

**Tableau n° 35 : Évolution des séjours effectués au centre hospitalier Jacques Cœur
sur la période 2019-2022**

Séjours de 1 jours ou plus	Séjours 2019	Séjours 2020	Séjours 2021	Séjours 2022	Ecart 2022/2019	Ecart 2022/2019
Chirurgie	3 404	3 015	3 131	3 293	-111	-3,3%
Actes classant non opératoires	2 135	1 962	2 024	1 900	-235	-11,0%
Nouveaux-nés	1 267	1 203	1 205	1 183	-84	-6,6%
Obstétrique	1 438	1 327	1 348	1 275	-163	-11,3%
Séances hors dialyses						
Dialyses						
Médecine	11 855	10 800	11 255	10 841	-1 014	-8,6%
TOTAL	20 099	18 307	18 963	18 492	-1 607	-8,0%
Séjours de 0 jours	Séjours 2019	Séjours 2020	Séjours 2021	Séjours 2022	Ecart 2022/2019	Ecart 2022/2019
Chirurgie	4 358	2 995	3 465	3 920	-438	-10,1%
Actes classant non opératoires	1 417	1 373	1 305	1 573	156	11,0%
Nouveaux-nés	38	17	33	22	-16	-42,1%
Obstétrique	625	543	577	531	-94	-15,0%
Séances hors dialyses	6 227	6 556	6 556	6 437	210	3,4%
Dialyses	13 301	13 853	13 824	13 726	425	3,2%
Médecine	1 367	1 227	1 112	1 277	-90	-6,6%
TOTAL	27 333	26 564	26 872	27 486	153	0,6%
	Séjours 2019	Séjours 2020	Séjours 2021	Séjours 2022	Ecart 2022/2019	Ecart 2022/2019
Chirurgie	7 762	6 010	6 596	7 213	-549	-7,1%
Actes classant non opératoires	3 552	3 335	3 329	3 473	-79	-2,2%
Nouveaux-nés	1 305	1 220	1 238	1 205	-100	-7,7%
Obstétrique	2 063	1 870	1 925	1 806	-257	-12,5%
Séances hors dialyses	6 227	6 556	6 556	6 437	210	3,4%
Dialyses	13 301	13 853	13 824	13 726	425	3,2%
Médecine	13 222	12 027	12 367	12 118	-1 104	-8,3%
TOTAL	47 432	44 871	45 835	45 978	-1 454	-3,1%

Source : données établissement (RIA n° 2 exercice 2022).

Le nombre de séjours réalisés à fin 2022 (45 978 séjours) reste inférieur de 3,1 % au nombre de séjours enregistrés en 2019 (47 432 séjours).

L'activité réalisée en hospitalisation complète est inférieure de 8 % à son niveau de 2019 malgré une certaine reprise d'activité sur la chirurgie observable depuis 2021.

L'activité réalisée en hospitalisation de jour a, par contre, globalement recouvré son niveau d'avant crise. Les dialyses et séances hors dialyses sont dynamiques. La situation est plus contrastée en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire. Cette activité poursuit son redressement initié en 2021 après une très forte chute en 2020 (essentiellement sur la chirurgie ophtalmique) mais reste en-deçà de son niveau d'avant crise (3 920 séjours en 2022 contre 4 358 en 2019, soit un écart de -10,1 %).

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète³⁴, voie dans laquelle l'établissement s'est engagé pour assurer la prise en charge des patients malgré des tensions sur les effectifs, a contribué à atténuer le recul de l'activité induit par la pandémie et les périodes de confinement. Dans le cadre du financement à l'activité, cette activité en repli aurait généré des pertes sur recettes dans le compte d'exploitation de l'exercice 2022. Ces pertes ne se sont toutefois pas matérialisées dans les finances de l'établissement, l'État ayant décidé de proroger la garantie de financement sur l'intégralité de l'année compte tenu de la situation sanitaire du pays.

3.2.1 Une campagne budgétaire 2022 marquée par une dégradation inédite de la trajectoire financière liée au retour de l'inflation mais dont l'impact a été intégralement compensé par des dotations exceptionnelles

Selon la projection financière incluse dans le rapport infra-annuel (RIA) n° 2, établie en février 2023, le compte de résultat principal de l'établissement présentait un résultat déficitaire de clôture de -3,9 M€ en 2022 alors que l'exercice 2021 était à l'équilibre (excédent de 61 000 €).

Cette dégradation du résultat n'est imputable qu'à titre marginal au rebond de la pandémie de covid-19 survenu au 1^{er} semestre 2022. En effet, les dotations (1,6 M€) du dispositif national de neutralisation des surcoûts covid (RIA n° 2 p. 1 et 2) et reconduit en 2022, sont venues compenser ces surcoûts (1,9 M€) à hauteur de 85,4 % ne laissant à la charge de l'établissement qu'un coût résiduel de 0,3 M€. Rapporté au déficit prévisionnel du RIA n° 2, ce solde de dépenses n'en expliquait que 7 %.

L'aggravation du déficit du budget principal ne réside pas davantage dans un dérapage budgétaire en matière de recours à l'intérim médical. Les charges d'intérim médical reculent fortement de 1,9 M€ (soit une baisse de 27 %), passant de 7,0 M€ en 2021 à 5,1 M€ en 2022, essentiellement du fait de l'accélération des recrutements en 2022 pour diminuer le recours à l'intérim. La réduction du taux de vacance des emplois médicaux constatée en 2022 confirme cette analyse (cf. § 1.3 Le CHJC : un établissement en sous-effectif médical chronique).

D'autres facteurs expliquent bien davantage cette détérioration de la situation financière : la hausse des coûts salariaux et le retour de l'inflation.

- La hausse des coûts salariaux

La hausse des charges de personnel (charges du titre 1) de 5,5 M€ en 2022 s'explique notamment par l'augmentation de 3,5 % de la valeur du point d'indice de la fonction publique. S'agissant du personnel non médical émergeant sur le budget principal, l'établissement a évalué l'impact de cette mesure à 1,5 M€ (RIA n° 2 p. 14) intégralement financé par une dotation AC non reductible de même montant. Sur l'exercice 2023, le coût de cette mesure en année pleine s'élèvera à 3,0 M€ que l'établissement devra financer par ses recettes d'activité. En effet, la garantie de financement prendra fin en 2023 avec le retour du mode de financement par la tarification à l'activité. Quasiment neutre en 2022, la revalorisation des salaires de la fonction

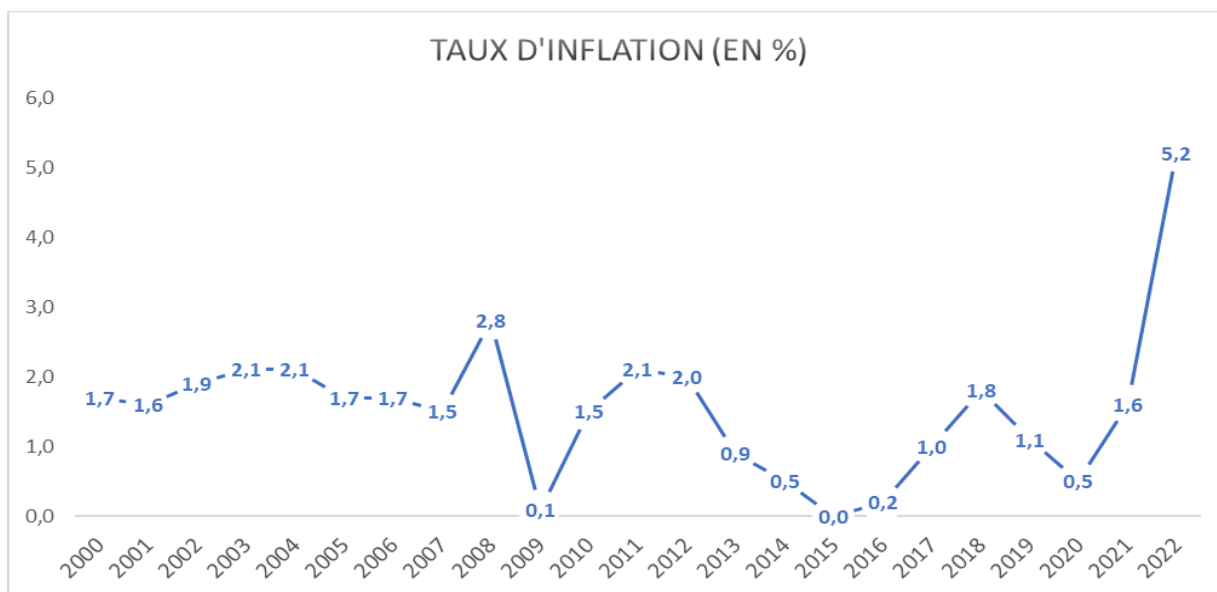
³⁴ L'évolution des modes d'hospitalisation a une incidence sur les recettes des établissements publics de santé : les tarifs des hospitalisations de jours sont nettement moins avantageux que les tarifs des hospitalisations complètes.

publique hospitalière constitue dès lors un risque supplémentaire sur la situation financière en 2023 du centre hospitalier. La même difficulté se posera également pour le personnel médical qui a lui aussi bénéficié d'abondements salariaux en juillet 2022.

- Les risques liés au retour de l'inflation

Depuis fin 2021, le taux de l'inflation en France a progressé pour atteindre 5,2 % en 2022.

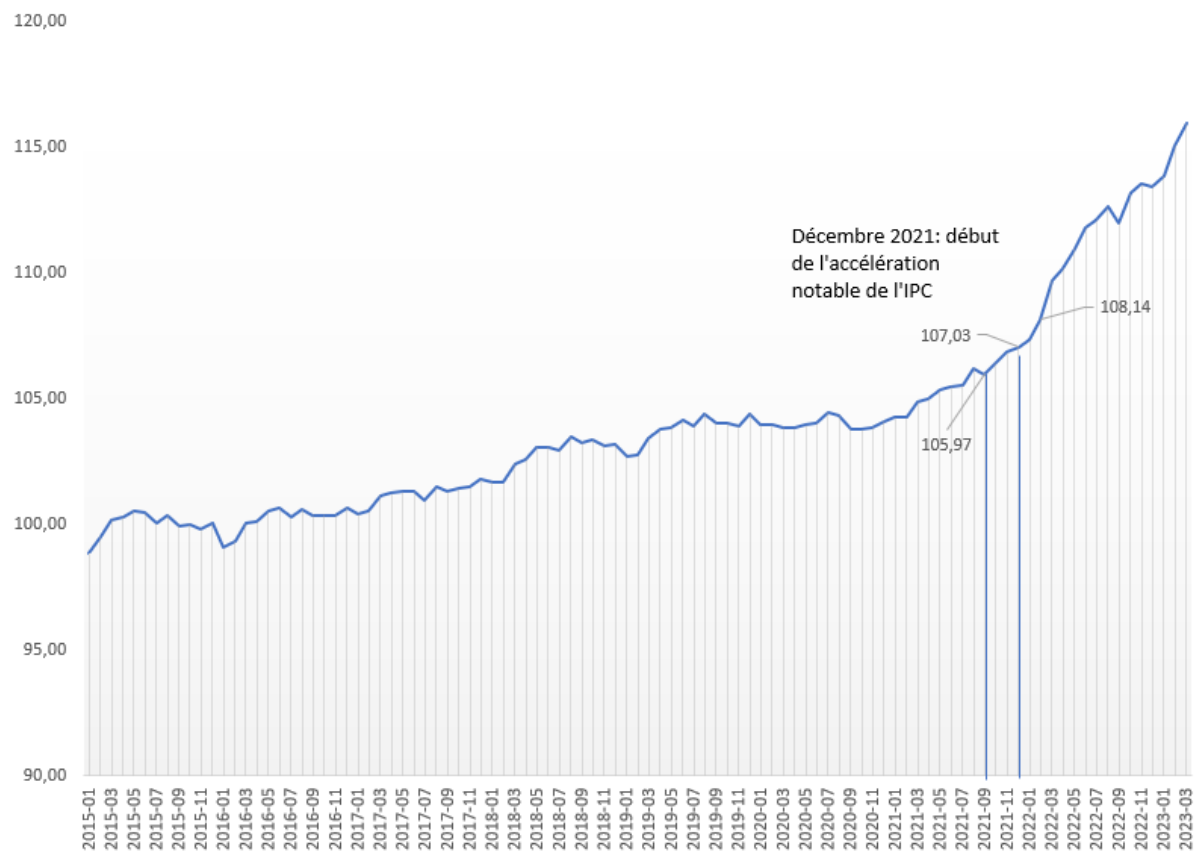
Graphique n° 8 : Évolution du taux d'inflation en France depuis 2000



Source : INSEE. Taux d'inflation national.

Les données les plus récentes sur l'indice des prix à la consommation indique que l'inflation continue son mouvement haussier sur les trois premiers mois de l'année 2023.

Graphique n° 9 : Évolution de l'indice des prix à la consommation



Source : INSEE. Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac.

Outre l'inflation, ces variations de prix peuvent aussi s'expliquer par des évolutions de gamme des fournisseurs, des évolutions sur les volumes consommés et des facteurs exogènes (tensions internationales, évolution des parités monétaires, etc.).

Dans le rapport de présentation du RIA n° 2 de l'exercice 2022, l'établissement a détaillé les effets de l'inflation sur son compte d'exploitation en scindant le coût de l'énergie et les coûts d'achats des médicaments, fournitures médicales, denrées, équipements, matériels et prestations.

Dans l'ensemble, les dépenses de fluides sont passées de 2,5 M€ en 2021 à 3,8 M€ en 2022 soit une progression de 53 % (+1,3 M€) notamment en raison de l'augmentation du coût du gaz (+1,50 M€ sur 2022) bien que compensée en partie par le bénéfice du bouclier tarifaire appliqué par le fournisseur d'électricité du centre hospitalier jusqu'au 31 décembre 2022 (-0,3 M€). La part des fluides dans le total des charges du budget principal atteint désormais 2 % en 2022 contre 1,4 % en 2021.

Le tableau n° 36 détaille l'évolution des consommations énergétiques du site principal en volume et en valeur.

Tableau n° 36 : Consommations énergétiques du site principal du CHJC

	Consommation électrique kWh	Dépense électricité (en €)	Consommation Gaz kWh	Dépense énergie Chauffage (en €)
2018	8 949 599	818 989	11 191 000	531 587
2019	8 207 549	894 285	8 766 020	544 349
2020	8 182 593	873 530	8 066 300	405 359
2021	8 243 492	937 137	11 588 000	582 826
2022	8 049 933	693 811	8 856 774	1 830 806

Source : données de l'établissement (*) dépenses et consommations réelles à la dernière facture reçue (octobre 2022).

L'établissement chiffre les effets de l'inflation sur les coûts d'achats des médicaments, fournitures médicales, denrées, équipements, matériels et prestations à +1,2 M€ pour l'année 2022 (médicaments (+0,5 M€), dispositifs médicaux (dispositifs chirurgicaux, habillement, drapage etc.) (+0,3 M€), dépenses d'alimentation (+0,2 M€), prix des carburants et péages (+37 milliers d'euros), produits d'entretien (+16 milliers d'euros), les coûts de blanchisserie (+15 milliers d'euros), la documentation, les fournitures administratives et informatiques (+0,1 M€).

Le tableau n° 37 recense les augmentations soutenues des prix unitaires de diverses fournitures et divers petits équipements essentiels au fonctionnement de l'établissement sur la période 2019 à 2022.

Tableau n° 37 : Évolution des prix unitaires des fournitures essentielles au fonctionnement du centre hospitalier entre 2019 et 2022

Nom du produit	Unité de distribution	Prix unitaire 2019 (en €)	Prix unitaire 2022 (en €)	Évolution prix 2022/2019	GCS / UNIHA / UGAP...	Commentaires CHJC
Mousse à raser	à la bombe	0,678	1,71	152 %	GCS	
Rinçage lave-vaisselle	au litre	1,144	1,99	74 %	GCS	
Papier photocopie A4 80 G	rame	2,66	4,544	71 %	GCS	
Filtre pour circuit KALINOX	unité	0,39	0,64	64 %	GCS	
Boîte à aiguilles 10l	à la boîte	2,46	3,98	62 %	GCS	Hausse liée au plastique
Sac poubelle 110l noir	au sac	0,104	0,16	54 %	GCS	Hausse liée au plastique
Masque FFP2 bec de canard	unité	0,15	0,228	52 %	GCS	
Réactif VITEK 2	unité	101,16	148,34	47 %	UNIHA	
Tablier usage unique	unité	0,045	0,0652	45 %	GCS	
Essuie- mains	à la feuille	0,0031	0,0044	42 %	GCS	Hausse liée au papier
Gobelet cristal 30 ml	unité	0,06	0,08	33 %	GCS	
Cartouche filtre pour aspirateur ERBE	unité	140,15	184,21	31 %	UGAP	

Nom du produit	Unité de distribution	Prix unitaire 2019 (en €)	Prix unitaire 2022 (en €)	Évolution prix 2022/2019	GCS / UNIHA / UGAP...	Commentaires CHJC
Gant manchette longue N	au gant	0,1555	0,2008	29 %	GCS	Augmentation qui a débutée à cause du covid
Gant vinyle	au gant	0,0149	0,0188	26 %	GCS	Augmentation qui a débutée à cause du covid
Réactif hémosil	unité	277,63	346,94	25 %	RESAH	
Gasoil	au litre	1,2832	1,5803	23 %	UNIHA	Situation mondiale
Atelle genou	unité	8	9,85	23 %	GCS	
Mininebuliseur pédiatrique	unité	0,64	0,78	22 %	GCS	
Essence	au litre	1,2997	1,5803	22 %	UNIHA	Situation mondiale
Détergent lave-vaisselle	au litre	1,398	1,6547	18 %	GCS	
Mininebuliseur adulte	unité	0,62	0,72	16 %	GCS	
Circuit de ventilation adulte	unité	3,45	3,95	14 %	UGAP	
Gant Nitrile	au gant	0,0228	0,0259	14 %	GCS	Augmentation qui a débutée à cause du covid
Masque KALINOX UU adulte	unité	0,55	0,62	13 %	GCS	
Masque oxygène adulte	unité	0,39	0,43	10 %	GCS	
Kit membrane	KIT	455,84	496,87	9 %	UGAP	
tubulure à oxygène	unité	2,87	3,05	6 %	GCS	

Source : données de l'établissement.

L'établissement a cherché à mettre en place de nombreuses actions pour tenter de contrer les effets de l'inflation avec des réductions de consommation de certains matériels et fournitures, des négociations avec les fournisseurs sur les prix.

Mais le risque de fragilisation de la situation financière 2022 en raison de la hausse des coûts salariaux et de l'inflation étant réel, l'établissement a émis deux alertes auprès de l'ARS Centre-Val de Loire (courriers des 23 septembre 2022 et 20 décembre 2022). En décembre 2022, l'établissement anticipait un déficit de l'ordre de 6,7 M€ toutes activités confondues. Le RIA n° 2 anticipait à la mi-février 2023 un déficit consolidé 2022 de 4,0 M€ et de 4,0 M€ sur le budget principal compte tenu des actualisations des produits (notamment intégration des dotations de compensation des surcoûts covid et des surcoûts salariaux liés à la hausse du point d'indice) et des charges.

La quatrième et dernière délégation de crédits intervenue à la mi-avril 2023 ramènerait le déficit du budget principal à 0,3 M€ selon le directeur des affaires financières du CHJC³⁵. Le risque d'une dégradation accrue de la situation financière du centre hospitalier a ainsi été enrayé en 2022 par les dispositifs nationaux de compensation. La diminution des charges d'intérim

³⁵ Aucun document financier détaillant le résultat 2022 ni notification de la dotation de compensation d'inflation n'avaient encore été transmis par l'établissement à la date de dépôt du présent rapport.

médical a constitué un puissant amortisseur pour atténuer l'impact des hausses des coûts d'achat des matières, des prestations et des coûts salariaux.

En conclusion, les principaux facteurs de dégradation de la situation financière de l'établissement reposent sur les conséquences de l'inflation sur les charges courantes (énergies, fluides, médicaments et matières premières) et sur l'augmentation du coût du travail. Ces facteurs exogènes ne sont cependant pas à la main de l'établissement qui par conséquent doit trouver des ressources internes en termes d'économie et de réorganisation pour compenser leur impact sur la situation financière.

3.2.2 La nécessité d'avancer sur les projets d'investissements structurants trop longtemps reportés pour conforter le centre hospitalier Jacques Cœur dans son rôle d'établissement de référence départemental

Les hôpitaux sont tout particulièrement touchés par les hausses des prix d'achats et des coûts salariaux car ils ne peuvent répercuter la hausse des coûts sur les tarifs des séjours et actes hospitaliers. S'agissant d'un secteur économiquement régulé, ces tarifs sont fixés annuellement par les ministères de la santé et des finances. Ils sont publiés en mars au JORF.

Le modèle économique des hôpitaux est exposé au risque d'inflation. L'implémentation des hausses de coûts d'exploitation induites par le mouvement d'inflation générale des prix dans les tarifs MCO n'intervenant qu'avec un décalage, les établissements de santé publics comme privés subissent les conséquences de ces contraintes ce qui entraîne une inévitable dégradation de leurs situations financières.

Les effets du retour en 2022 de l'inflation sur la situation financière du centre hospitalier de Bourges sont d'une particulière intensité et a nécessité une contribution budgétaire conséquente des pouvoirs publics pour éviter des ruptures de trésorerie.

Les indicateurs financiers fondamentaux de la situation financière de l'établissement à fin 2021 ne lui confèrent en effet qu'une capacité très réduite à « encaisser » une nouvelle poussée inflationniste sans aide financière externe. Cela s'est traduit par un recul de l'effort d'investissement en raison d'une marge brute d'exploitation et d'une capacité d'autofinancement insuffisantes pour absorber la croissance des coûts de fonctionnement ;

Tableau n° 38 : Évolution des fonds propres du CH Jacques Cœur 2017-2021

<i>Évolution des fonds propres / En €</i>	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Fonds propres</i>	48 056 143 €	44 590 619 €	45 787 543 €	45 816 397 €	48 601 401 €
<i>dont report à nouveau</i>	- 2 045 287 €	- 4 298 736 €	- 7 548 148 €	- 7 235 045 €	- 8 377 876 €
<i>dont résultat de l'exercice net comptable</i>	- 2 253 449 €	- 2 592 871 €	313 104 €	- 251 030 €	751 692 €
<i>donc apports en capital (y.c. aides ARS)</i>			3 300 000 €		3 179 548 €

Source : comptes financiers 2017-2021.

Tableau n° 39 : Évolution du fonds de roulement du CH Jacques Cœur 2017-2021

FDR / En M€	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fonds de roulement	14,41	14,55	13,80	18,24	16,62	16,25
<i>en jours de charges courantes</i>	35,5	34,8	32,9	42,5	36,7	33,6

Source : comptes financiers 2017-2021, données de l'établissement.

Par ailleurs, nonobstant les aides versées par l'ARS (3,3 M€ en 2019 (restructuration des urgences) et 0,7 M€ en 2021 (fraction de l'aide totale des 3,2 M€ attribuée par le Ségur de la Santé et versée sur neuf ans), le fonds de roulement de l'établissement est fortement grevé par les déficits cumulés. Son niveau équivaut à environ 30 jours de charges de fonctionnement décaissables, c'est-à-dire le niveau considéré comme minimal pour ne pas compromettre la chaîne des paiements d'un établissement de santé. Ce niveau n'est cependant pas suffisant pour absorber un choc externe majeur tel qu'une nouvelle poussée inflationniste.

Enfin, sa capacité à développer ses recettes d'activité est incertaine en raison du sous-effectif médical récurrent et de la concurrence locale livrée par l'Hôpital privé Guillaume de Varye.

Tableau n° 40 : Projection macroéconomique de l'économie française à horizon 2025 (projections établies en mars 2023).

POINTS CLÉS DE LA PROJECTION FRANCE							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIB réel	1,9	-7,9	6,8	2,6	0,6	1,2	1,7
	—	—	—	0,0	0,3	0,0	-0,1
IPCH	1,3	0,5	2,1	5,9	5,4	2,4	1,9
	—	—	—	-0,1	-0,6	-0,1	-0,2
IPCH hors énergie et alimentation	0,6	0,6	1,3	3,4	4,3	3,0	2,1
	—	—	—	-0,1	0,3	0,2	-0,1
Taux de chômage (BIT, France entière, % population active)	8,4	8,0	7,9	7,3	7,5	8,1	8,1
	—	—	—	0,0	0,0	-0,1	-0,2

Données corrigées des jours ouvrables. Taux de croissance annuel sauf indication contraire. Révisions depuis les projections de décembre 2022 en points de pourcentage (calculées sur des chiffres arrondis) indiquées en italique. Projections réalisées sous des hypothèses techniques établies au 15 février 2023.
Sources : Insee pour 2019, 2020, 2021 et 2022 (comptes nationaux trimestriels du 28 février 2023), projections Banque de France sur fond bleu.

Projections macroéconomiques pour la France établies par la Banque de France – mars 2023

Source : Banque de France, Projections macroéconomiques pour la France, mars 2023.

Le risque d'une inflation persistante ne doit pas être écarté. Les projections macroéconomiques de la Banque de France établies pour la France en mars 2023 retiennent que l'inflation se normaliserait à terme à 2 % - cible d'inflation fixée dans le mandat de la Banque centrale européenne - mais pas avant 2025. L'inflation commencerait à se replier en 2023 mais demeurerait à un niveau conséquent de 5,4 % à la fin de l'année 2023 (5,2 % en 2022).

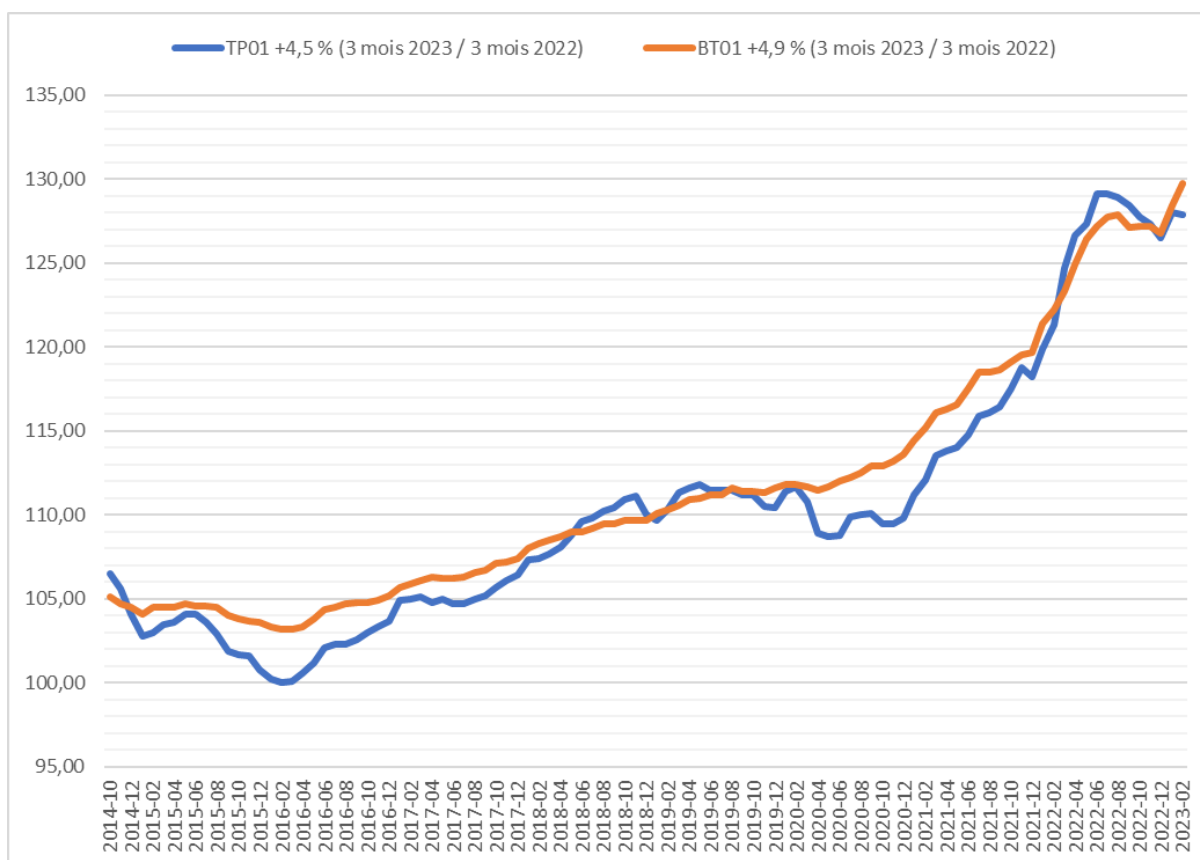
Les effets perturbateurs de l'inflation sur la situation financière du centre hospitalier sont conséquents. Ainsi par exemple, la facture d'électricité acquittée pour le premier trimestre

2023 s'élève à 1,4 M€ contre 0,6 M€ pour l'année entière en 2022. Au vu du niveau de l'autofinancement des exercices antérieurs, ce surcoût risque à lui seul de faire basculer l'établissement dans un cycle de CAF brute négative si l'activité médicale ne retrouve pas une dynamique soutenue.

Comme indiqué *supra*, la capacité à investir d'un établissement public de santé est déterminante pour la modernisation et le confortement de l'offre, le maintien de son attractivité à l'égard des professionnels de santé et les ressources budgétaires futures. La mise en œuvre des projets d'investissement et de financement se fait globalement plus exigeante dans un contexte inflationniste. L'inflation ne menace pas la capacité à investir du centre hospitalier uniquement par une réduction de l'autofinancement disponible *via* la pression sur les coûts d'exploitation mais aussi par l'augmentation des coûts des investissements proprement dits.

Ainsi, sur les trois premiers mois de l'année 2023, comparés à la même période en 2022, les index TP01 et BT01 concernant respectivement les coûts dans les travaux publics et le bâtiment ont progressé de +4,5 % et de +4,9 %. Sur l'année 2022, les évolutions s'établissent à respectivement +7,02 % et +5,93 %.

Graphique n° 10 : Évolution de certains indices de prix impactant l'investissement hospitalier (base 100 en janvier 2010)



Source : INSEE.

Les conséquences de la hausse tendancielle du coût des investissements sont prégnantes pour le centre hospitalier Jacques Cœur avec notamment la reconstruction d'un EHPAD de 98 lits sur le site de Taillegrain dont le coût prévisionnel toutes dépenses comprises (TDC) a

augmenté de 9,8 % (+1,3 M€) en vingt mois passant d'une estimation de 13,34 M€ en juillet 2021 à 14,64 M€ en février 2023.

À ce titre, l'ARS Centre-Val de Loire et le département du Cher, en qualité de financeurs du projet, envisagent chacun de majorer leurs participations de 0,5 M€ afin de neutraliser une grande partie de la progression des coûts du projet.

Il reste cependant à absorber la hausse des coûts d'exploitation du fait de dotations annuelles aux amortissements alourdies (car liées à un bâtiment construit dans une période d'inflation soutenue) de sorte que le prix de journée reste accessible à la patientèle. C'est pourquoi dans un courrier du 16 novembre 2022, le département du Cher relevait que « l'approche financière sur le budget de fonctionnement est à consolider et des efforts de gestion sont attendus » et fixait un prix de journée maximal de 65 € pour ce nouveau bâtiment.

Tableau n° 41 : Coûts prévisionnels de certains des projets structurants reportés du projet d'établissement 2016-2020

<i>Intitulé du projet</i>	<i>Coût prévisionnel du projet (avril 2023)</i>	<i>Aide prévisionnelle à l'investissement (Ségur de la Santé)</i>	<i>Taux d'aide</i>
<i>Restructuration du Service d'Accueil des Urgences</i>	9 036 000 €	3 300 000 €	37 %
<i>Construction unité Hémodialyse et restructuration service de Néphrologie</i>	10 492 000 €	4 452 000 €	42 %
<i>Regroupement extension capacités en lits de soins critiques</i>	6 804 000 €	3 591 000 €	53 %
Total	26 332 000 €	11 343 000 €	43 %

Source : données de l'établissement.

D'une manière générale, s'il est prévu un soutien de l'Etat aux projets structurants figurant au projet d'établissement 2016-2020 (restructuration du SAU, construction unité d'hémodialyse et restructuration du service de néphrologie, regroupement extension des capacités en soins critiques), au titre du volet « soutien à l'investissement » du Ségur de la Santé, les surcoûts engendrés par l'inflation et dont le financement n'est pas assuré, invitent à engager ces travaux dans les meilleurs délais.

Il est patent que les tendances macro-économiques actuelles rendent la mise en œuvre des projets d'investissement et de financement désormais plus exigeante. L'établissement doit en effet faire face à des besoins en investissements urgents. Ainsi le bâtiment principal du site Jacques Cœur conçu à fin 1990 et mis en service en novembre 1994, atteindra en 2024 sa trentième année d'exploitation. Le bâtiment nécessite des investissements pour intégrer les nouvelles technologies médicales sur le plateau technique et le bloc opératoire. Le CHJC a évalué à 16 M€ la reconstruction (12 M€ de travaux et 4 M€ d'équipements) du bloc, seule solution économiquement viable selon l'établissement. En outre, le maintien du potentiel productif des bâtiments impose le renouvellement de gros équipements à prévoir sur la décennie 2023-2033. L'adaptation des bâtiments au changement climatique impose également l'isolation des façades, toitures et menuiseries extérieures pour un budget aujourd'hui estimée à 8,4 M€. L'ensemble des travaux à engager pour la rénovation-restructuration du site s'élève au total

à 25,3 M€ (travaux d'isolation inclus). Mais d'autres investissements comme la mise en conformité de la pharmacie / stérilisation de l'établissement restent encore à chiffrer.

À la lumière des différents éléments exposés précédemment, il apparaît que le centre hospitalier reste fragile pour supporter financièrement seul, sans aide extérieure, les conséquences d'un alourdissement de son endettement pour financer ses besoins en investissements, de surcroît dans un contexte de taux d'intérêt en augmentation.

Recommandation n° 2. : Mettre en œuvre un plan global de financement (PGFP) actualisé en fonction des nouvelles contraintes (inflation, etc.) afin d'atteindre un taux d'investissement conforme à l'état de l'art sur le plan médical et engager une réflexion avec des partenaires extérieurs pour leur financement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Après une demi-décennie marquée par des déficits récurrents qui ont fragilisé sa situation financière et après avoir traversé la gestion de la crise sanitaire qui a mobilisé ses équipes soignantes sur la durée, le centre hospitalier Jacques Cœur est sorti éprouvé de cette période à l'instar de nombreux autres établissements.

Le sous-effectif médical structurel et le recours coûteux à l'intérim médical ont conduit le centre hospitalier à réduire fortement son effort d'investissement et à retarder l'engagement d'opérations structurantes. Le montant cumulé des dépenses d'intérim médical sur la période 2016 à 2021 atteint 37,9 M€ ce qui représente bien davantage que l'effort d'équipement cumulé de la période (15,6 M€).

Aujourd'hui, l'établissement doit faire face à deux défis majeurs qui conditionnent le maintien de l'offre de soins ainsi que son adaptation. D'une part, il doit composer avec une pénurie croissante de personnels qui amplifie les effets du sous-effectif médical récurrent. D'autre part il doit prendre en compte les conséquences du retour de l'inflation qui fragilise sa situation financière. Le risque inflationniste n'a pu être amorti en 2022 qu'avec l'attribution de crédits par l'ARS.

Dans ce contexte de situation financière fragilisée, l'établissement doit s'interroger sur la manière de poursuivre ses investissements structurants. En effet, l'établissement doit réaliser les investissements inscrits au projet d'établissement 2016-2020 (restructuration des urgences, construction d'une unité hémodialyse et restructuration de l'hémodialyse, extension capacitaire de l'unité de soins critiques), ceux nécessaires pour pallier le vieillissement des bâtiments (le site Jacques Cœur atteindra en 2024 ses trente années d'exploitation) et enfin ceux résultant des évolutions techniques médicales qui nécessitent en particulier une profonde refonte du bloc opératoire, sous peine de ne plus être en mesure d'assurer une prise en charge optimale de la patientèle.

Les tensions sur les effectifs médicaux et paramédicaux, l'inflation qui semble s'installer durablement, l'absence de réserves financières et la capacité d'autofinancement insuffisante conduisent donc à anticiper un besoin conséquent d'accompagnement par des partenaires financiers extérieurs à l'établissement pour franchir ce « mur d'investissement » afin qu'il puisse tenir durablement son double rôle d'établissement de proximité pour Bourges et sa périphérie et d'établissement de référence pour le département du Cher.

ANNEXES

Annexe n° 1. Procédure.....	70
Annexe n° 2. Glossaire.....	71
Annexe n° 3. Réponses.....	73

Annexe n° 1. Procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

<i>Objet</i>	<i>Dates</i>	<i>Destinataires</i>	<i>Date de réception des réponses éventuelles</i>
<i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>	16 novembre 2022 reçue le 19 novembre 2022	Mme Agnès Cornillault, ordonnateur en fonction	
<i>Entretien de fin de contrôle</i>	18 avril 2023	Mme Agnès Cornillault, ordonnateur en fonction	
<i>Délibéré de la chambre</i>	30 mai 2023		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	18 juillet 2023 reçu le même jour	M. Pierre-Henri Guillet, directeur par intérim	18 août 2023
	18 juillet 2023 reçu le 24 juillet 2023	Mme Agnès Cornillault, ancien ordonnateur	18 août 2023
<i>Délibéré de la chambre</i>	21 septembre 2023		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	13 octobre 2023 reçu le même jour	M. Pierre-Henri Guillet, directeur par intérim	7 novembre 2023
	13 octobre 2023 reçu le 16 octobre 2023	Mme Agnès Cornillault, ancien ordonnateur	6 novembre 2023

Annexe n° 2. Glossaire

AC	Aides à la contractualisation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BFR	Besoin en fonds de roulement
c/xx	Compte n° xx
CACC	Centre ambulatoire de la chirurgie de la cataracte
CAF	Capacité d'autofinancement
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CDU	Commission des usagers
CH	Centre hospitalier
CHJC	Centre hospitalier Jacques Coeur
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CJF	Code des juridictions financières
CME	Commission médicale d'établissement
CNIS	Conseil national de l'investissement en santé
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
COVID	Corona virus disease
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRC	Chambre régionale des comptes
CREA	Compte de résultat analytique
CRPP	Compte de résultat principal
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique extraordinaire
CVDL	Centre-Val de Loire
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHLS	Direction de l'hôtellerie, de la logistique et de la salubrité
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne des séjours
DNA	Dotation non affectée
Dr	Docteur
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
EPS	Établissement public de santé
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
ETPMR	Emploi temps plein moyens rémunérés
ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
FDR	Fonds de roulement
FIR	Fonds d'intervention régional

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IFSI	Institut de formation de soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de finances de la sécurité sociale
M€	Million(s) d'euro(s)
MCO	Médecine/chirurgie/obstétrique
Md€	Milliard(s) d'euro(s)
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif de dépenses de l'assurance maladie
ORL	Otorhinolaryngologie
ORS	Observatoire régional de santé
PETR	Pôle d'équilibre territorial et rural
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PM	Personnel Médical
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnel Non Médical
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RIA	Rapport infra-annuel
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SC	Soins critiques
SC	Surveillance continue
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNDS	Système national des données de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TBFEPS	Tableau de bord financier des établissements publics de santé
TTC	Toutes taxes comprises
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
USC	Unité de soins critiques
USC	Unité de surveillance continue
USLD	Unité de soins de longue durée
VAM	Variation annuelle moyenne

Annexe n° 3. Réponses



CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR

Bourges, le 17 Octobre 2023

DIRECTION

Tél. : 02.48.48.48.50

Télécopie : 02.48.48.47.76

E-mail : direction@ch-bourges.fr

Nos réf. : DIR PH.G/VC.23.16

Vos réf. : greffe N° D2023-470



Le directeur par intérim

à

Madame Cécile DAUSSIN-CHARPANTIER

Présidente

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 ORLEANS CEDEX

Objet : Rapports d'observations définitives (volet organique et volet urgences)

Madame la présidente,

Par lettre en date du 13 octobre 2023 vous m'avez transmis les deux rapports d'observations définitives relatives à la gestion du Centre Hospitalier Jacques-Cœur dont l'un consacré au contrôle organique et le second dédié au service des urgences pour les exercices 2018 et suivants.

Dans la mesure où je ne suis que directeur par intérim depuis le 30 mai 2023, ces rapports n'appellent pas d'observations particulières de ma part.

Je laisse le soin à mon prédécesseur en charge de cette gestion sur cette période de vous faire part de ses remarques.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur par intérim,

Pierre-Henri GUILLET

Agnès CORNILLAULT



Chambre Régionale et
Territoriale des Comptes,
région Centre-Val-de-
Loire

Bourges, le 06.11. 2023

Objet : Réponse aux ROD 1 concernant le Centre Hospitalier Jacques-Coeur
de Bourges

Madame, Monsieur,

Les rapports d'observations définitives concernant le Centre Hospitalier de
Bourges (volet organique et volet Urgences) n'appellent pas de remarques de
ma part.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations
distinguées.

Agnès CORNILLAULT

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Agnès Cornillaault', with a small flourish at the end.



Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

centrevaleloire@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire