



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DU FOREZ

(Département de la Loire)

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 5 avril 2024

AVANT-PROPOS

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail 2023, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier du Forez pour les exercices 2018 et suivants.

Le contrôle a été engagé par lettre du 4 mai 2023, adressée à M. Edmond MACKOWIAK, directeur¹ du centre hospitalier et ordonnateur de l'établissement public de santé depuis le 1er avril 2020. M. Philippe GIOUSE, nommé directeur par intérim du 1^{er} juillet 2018 jusqu'au 31 mars 2020, a été avisé de l'engagement par lettre du 4 mai 2023.

Monsieur Mustapha KHENNOUF, administrateur provisoire² du centre hospitalier, du 1^{er} janvier 2018 au 30 juin 2018 n'a pu être joint en l'absence de coordonnées postales.

Monsieur Christophe BAZILE, en qualité de Président du conseil de surveillance, a par ailleurs, été informé du contrôle, par courrier du 4 mai 2023.

Le comptable en fonctions, Monsieur Serge GALLART, a été informé de l'engagement de la procédure par un courrier daté du 4 mai 2023.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- la gouvernance ;
- les orientations stratégiques ;
- l'activité ;
- la fiabilité des comptes ;
- l'évolution de la situation financière et des ressources humaines.

Le service des urgences a fait l'objet d'une analyse spécifique dans le cadre d'une enquête inter-juridictions menée par la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes.

Lors de sa séance du 18 janvier 2024, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées selon le tableau ci-dessous :

<i>Destinataire</i>	<i>Date d'envoi</i>	<i>Date Réponse</i>
<i>M Edmond MACKOWIAK, directeur en fonctions</i>	12/02/2024	11/03/2024
<i>M Philippe GIOUSE, ancien directeur</i>	12/02/2024	04/03/2024
<i>M Christophe BAZILE, président du conseil de surveillance</i>	12/02/2024	-
<i>Mme la directrice de l'ARS</i>	12/02/2024	04/03/2024

¹ M. Edmond MACKOWIAK a d'abord été nommé directeur par intérim du CH du Forez à compter du 1^{er} avril 2020 ; puis nommé directeur à compter du 2 novembre 2021.

² M. Mustapha KHENNOUF a été nommé administrateur provisoire du CH du Forez par décision du Ministère des solidarités et de la santé en date du 13 décembre 2017.

RAPPORT A FIN D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

<i>Destinataire</i>	<i>Date d'envoi</i>	<i>Date Réponse</i>
<i>Dr Wilfried PEREZ, président du comité médical d'établissement (extrait)</i>	12/02/2024	-
<i>M le Président GHT Loire (extrait)</i>	12/02/2024	01/03/2024

La chambre régionale des comptes a arrêté, au cours de ses séances du 5 avril 2024, les observations définitives développées ci-dessous.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS	8
1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	9
1.1 Les caractéristiques territoriales et sanitaires des bassins de vie de Feurs et Montbrison	9
1.2 Le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins.....	10
1.2.1 L'offre de soins du centre hospitalier du Forez.....	10
1.2.2 Une fusion des deux structures qui n'a pas permis une mutualisation suffisante.....	11
1.3 Une faible intégration au groupement hospitalier de territoire Loire.....	12
1.3.1 Les orientations prioritaires du GHT	13
1.3.2 Une position de retrait du CHF au regard de l'activité du GHT	14
2 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER	15
2.1 Une instabilité des équipes de direction depuis la fusion.....	15
2.2 Un directoire insuffisamment réuni.....	16
2.3 L'absence de charte de gouvernance	17
2.4 Une absence de documents stratégiques rendant le pilotage difficile	19
2.4.1 L'absence de projet d'établissement depuis la fusion des deux établissements en 2013	19
2.4.2 Un projet médical 2018-2022 ni validé, ni évalué	20
2.4.3 Le projet médical 2023-2027	21
2.4.4 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2021-2024 sans objectifs et indicateurs.....	22
2.5 Les pôles d'activités	24
3 UNE ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER EN REPLI.....	25
3.1 Des capacités d'hospitalisation en baisse en médecine, chirurgie, obstétrique	25
3.1.1 Une capacité d'hospitalisation en baisse et une forte concurrence du CHU stéphanois.....	25
3.1.2 Une baisse de la valeur de l'activité.....	29
3.1.3 Une activité globalement dans la moyenne des établissements de santé.....	30
3.2 Une baisse de l'offre et de l'activité des urgences	36
3.2.1 Une activité des urgences en baisse	36
3.2.2 Un faible degré de gravité des cas.....	39

3.2.3 L'hospitalisation en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).....	42
3.2.4 Une fermeture des urgences de Feurs sous tension.....	43
3.3 Une forte baisse de l'hospitalisation en soins médicaux de réadaptation	44
3.4 La psychiatrie, une activité en progression	44
4 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES.....	47
4.1 Des budgets approuvés avec réserve par l'ARS.....	47
4.2 Des comptes globalement fiables	49
4.2.1 Le suivi des immobilisations.....	49
4.2.2 Le suivi des créances d'exploitation	50
4.2.3 Les reports de charges	50
4.2.4 Autres points de contrôle.....	51
4.3 La perspective d'une certification des comptes en 2024.....	51
5 UNE SITUATION FINANCIÈRE PRÉOCCUPANTE	53
5.1 Des indicateurs financiers en dégradation.....	53
5.1.1 Une marge brute d'exploitation soutenue par les aides massives versées par l'ARS.....	53
5.1.2 Une capacité d'autofinancement brute qui devient négative en 2022.....	55
5.1.3 Un résultat annuel en forte décroissance.....	56
5.2 Des produits de l'activité hospitalière soutenus par les aides de l'ARS	57
5.2.2 Des produits forfaitaires conséquents	59
5.3 Le financement des investissements.....	61
5.4 Une diminution des investissements au regard d'un patrimoine vieillissant.....	63
5.4.1 Un niveau d'investissement en baisse malgré le soutien de l'ARS	63
5.4.2 Un taux de vétusté des immobilisations qui tend à augmenter	64
5.5 La situation bilantielle	66
5.5.1 Le fonds de roulement net global et le besoin en fonds de roulement.....	66
5.5.2 La trésorerie.....	67
5.6 La dette du centre hospitalier du Forez : des emprunts à taux fixe et un encours en forte diminution.....	68
5.6.1 Le désendettement de l'établissement.....	68
5.6.2 Une dette partiellement en dehors des ratios d'alerte	69
6 LA DÉRIVE DES DÉPENSES DE PERSONNEL	71
6.1 Une forte augmentation de la masse salariale du personnel non médical	72
6.1.1 L'absence d'effectifs cibles.....	72
6.1.2 Le nombre important de mesures inflationnistes	73
6.1.3 La gestion du temps partiel	74
6.1.4 Des jours de congés octroyés de manière irrégulière.....	75
6.1.5 L'absentéisme en hausse sur la période 2018-2022	75
6.1.6 Un volume d'heures supplémentaires non maîtrisé	76
6.1.7 Une augmentation conséquente des temps partiels thérapeutiques.....	77

6.1.8 Le cloisonnement des équipes de remplacement répartis sur chaque pôle.....	78
6.2 Le personnel médical : des charges en augmentation d'un quart sur la période.....	78
6.2.1 Le recours à des personnels contractuels	78
6.2.2 Le recrutement de nouveaux praticiens contractuels depuis la réforme de 2022	79
ANNEXES	83

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier du Forez (CHF) est un hôpital à vocation généraliste. Du fait de sa double implantation à Feurs et à Montbrison, il relève de deux bassins de vie distincts. Son territoire est caractérisé par une population vieillissante de façon plus prononcée que sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'absence de documents stratégiques définissant un cap pour l'établissement

Les équipes de direction de l'établissement ont connu un turn-over important. Cette situation explique, en partie, l'absence de lignes directrices et le déficit de mesures nécessaires qui auraient conduit, sinon au redressement de l'établissement, à tout le moins à la stabilisation de ses orientations stratégiques.

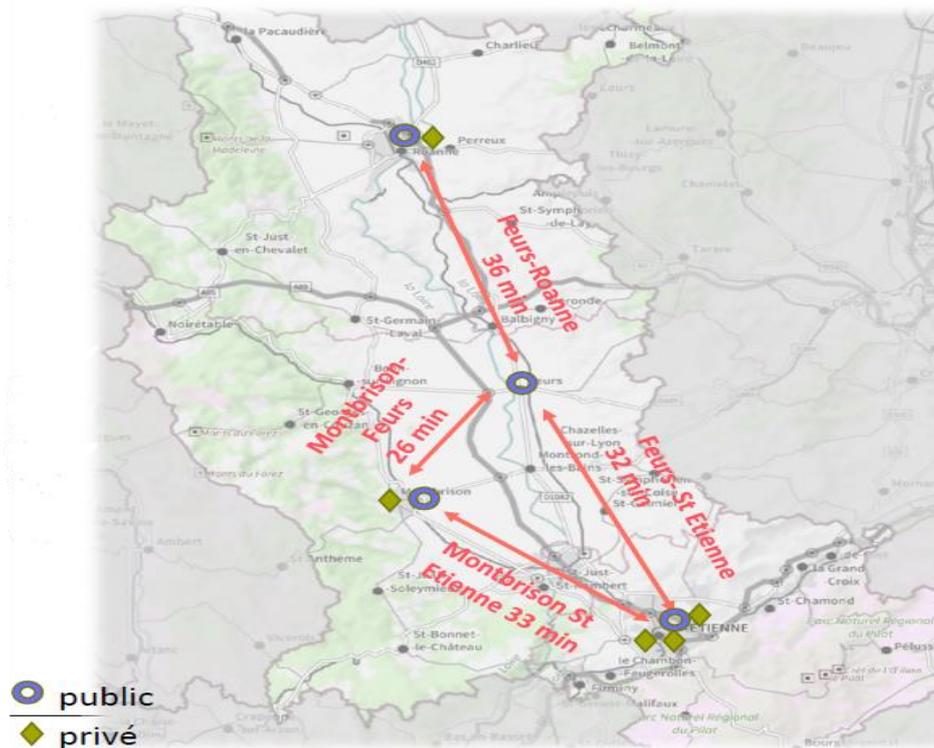
Lors de la période d'administration provisoire (1^{er} semestre 2018), un projet médical avait été ébauché mais non validé et non appliqué. Ce dernier soulignait les indispensables efforts de rationalisation de l'activité et la coopération nécessaire avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) Loire.

L'analyse du projet médical 2023 - 2027 du CHF ne laisse pas apparaître de tels objectifs. Ce projet reflète l'absence de volonté du centre hospitalier de mettre en cohérence son projet médical avec le projet médical partagé du GHT Loire et la mise en place d'un travail collaboratif avec ce dernier entretenant ainsi une « certaine culture de l'isolement ». Le projet d'établissement³ (le premier depuis la fusion des deux sites) est en cours d'élaboration et devrait être finalisé courant 2024. L'établissement doit également poursuivre ses efforts de rationalisation de ses activités afin d'éviter d'en doubler certaines.

Une tendance globale au déclin de l'activité hospitalière

Le nombre de lits est en baisse dans toutes les disciplines durant la période 2018-2023. L'établissement n'a pas retrouvé, en 2023, le niveau d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique d'avant Covid mais l'activité ambulatoire, en revanche, a progressé fortement. Le CHF subit également un taux de fuite vers le CHU stéphanois notamment pour les pathologies les plus sévères. Par ailleurs, la chambre relève que l'évolution en valeur de l'hospitalisation complète recule de 6 % depuis 2018, ce qui indique que les actes pris en charge au centre hospitalier du Forez sont moins rémunérateurs.

³ Article L 6143-2 du code de la santé publique : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche.* »



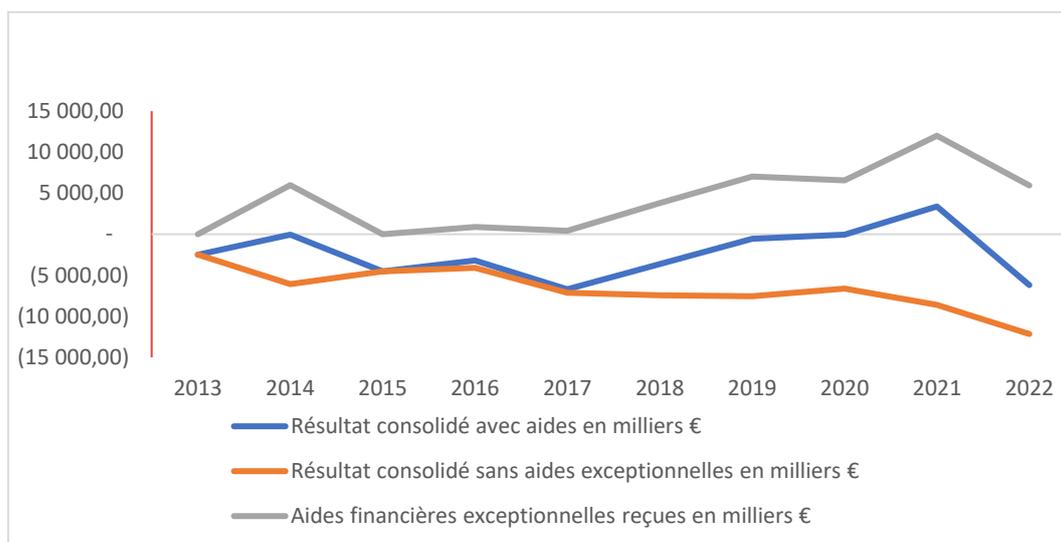
Les urgences du CHF ont connu une baisse de leur activité, avec une forte proportion de patients dont l'état de santé s'avère peu sévère et qui auraient pu pour nombre d'entre eux être pris en charge par la médecine de ville.

L'année 2023 a été marquée par la fermeture des urgences de Feurs. Le déport s'effectue sur les urgences de Montbrison et du CHU de Saint-Etienne mais également sur les maisons médicales de Montbrison, de Feurs et du centre de soins non programmés.

Un établissement aux finances fortement dégradées, malgré les aides massives de l'ARS

Depuis la fusion des deux sites en 2013, le CH du Forez enregistre un résultat consolidé déficitaire (hormis en 2021), qui se creuse sur la période sous revue, malgré les aides financières exceptionnelles reçues de l'autorité de tutelle.

Historique des déficits depuis la fusion (tous budgets confondus)



Source : CH du Forez

Les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours d'une part, et des actes et consultations d'autre part, n'ont que très faiblement progressé de 1,4 % en moyenne annuelle sur la période. Les produits forfaitaires ont connu une forte hausse (globalement de l'ordre de 55 % entre 2018 et 2022). Les augmentations de dotations ont permis, notamment, de financer les surcoûts liés à la crise sanitaire ainsi que les mesures salariales découlant du Ségur de la santé⁴ et les revalorisations (liées à l'augmentation du point d'indice).

La dynamique d'évolution des charges de gestion, à partir de l'année 2020, s'explique par la hausse des dépenses de personnel du budget principal - globalement de l'ordre de 30 % entre 2018 et 2022 - et qui représentent une part croissante des produits bruts d'exploitation, évoluant de l'ordre de 77 % en 2019, à 79 % en 2020 et 83,7 % en 2022. Ce ratio place le CH du Forez bien au-dessus de la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national. Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer la dérive de la masse salariale alors que l'activité de l'hôpital est en baisse : l'absence d'effectifs cibles dans les services de l'hôpital ; une inflation conséquente des heures supplémentaires ; une gestion perfectible des remplacements des personnels ; enfin, les revalorisations Segur et les recrutements dans le contexte tendu du Covid.

Les difficultés financières de l'établissement ont notamment pour conséquence la détérioration du taux de renouvellement des immobilisations et son corollaire, leur vétusté grandissante. En conséquence, la priorité du CHF est de rétablir un taux de marge lui permettant de financer son ambitieux programme d'investissements. En 2023, la trésorerie est qualifiée de

⁴ A la suite de la crise sanitaire du COVID-19, le « Ségur de la santé », par référence au siège du ministère de la santé avenue de Ségur à Paris, est un cycle de négociations ayant réuni, du 25 mai au 10 juillet 2020, le Premier ministre, le ministre des solidarités et de la santé, et les représentants de tout le système de santé afin d'engager en urgence des transformations en profondeur visant à maintenir et développer une offre de soins de qualité et accessible à tous. Au terme de ces échanges, le ségur de la Santé a retenu 33 mesures d'application.

critique par l'établissement. En effet, au premier semestre de cette même année, le délai global de paiement moyen dépasse 110 jours. A l'inverse, le niveau d'endettement ne présente pas de difficultés spécifiques. L'encours de la dette a diminué de façon significative entre 2018 et 2022. Son montant s'est en effet contracté de 29,2 % sur la période sous revue, soit une dette de 9,7 M€.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Mutualiser les activités développées sur les deux sites afin de viser une meilleure complémentarité et offrir une réponse adéquate aux territoires.

Recommandation n° 2. : Établir une charte de gouvernance au sein de la commission médicale d'établissement.

Recommandation n° 3. : Finaliser le projet d'établissement sans délai, avec les documents stratégiques subséquents en cohérence avec le projet médical partagé du GHT Loire.

Recommandation n° 4. : Compléter le CPOM 2021-2024 par voie d'avenant pour en fixer les objectifs et les indicateurs.

Recommandation n° 5. : Établir les contrats de pôle pour en préciser les objectifs et les moyens.

Recommandation n° 6. : Déterminer des effectifs cible pour chaque service afin de piloter finement l'évolution de la masse salariale.

Recommandation n° 7. : Faire une application effective de la journée de solidarité et se conformer aux dispositions relatives à l'octroi des jours de fractionnement.

Recommandation n° 8. : Respecter les conditions de recours aux contrats de motif 2.

1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Les caractéristiques territoriales et sanitaires des bassins de vie de Feurs et Montbrison

Le CH du Forez, du fait de sa double implantation à Feurs et à Montbrison, relève de deux bassins de vie distincts. Il subit la concurrence de Roanne et de Saint-Etienne.

Le bassin de vie de Feurs⁵ s'étend sur la commune de Feurs et les 12 communes situées dans son environnement proche. Il couvre une population de près de 15 955 habitants, qui connaît une progression modérée (2008 : 14 574 habitants ; Source : SIRSé – Système d'information inter-régional en santé). Le bassin de vie se caractérise par un phénomène de vieillissement de la population, plus prononcé qu'au niveau régional et national. Les habitants âgés 65 ans et plus y représentaient ainsi 25,5 % de la population en 2022 contre 19,8 % au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Le territoire de Feurs bénéficie d'une situation plus favorable que le reste de la région. Le taux de chômage des 15 à 64 ans atteignait ainsi 8,8 % en 2022 contre 11,5 % dans l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les personnes couvertes par le revenu social de solidarité (RSA) représentaient par ailleurs 2,5 % de la population en 2022 contre 4,1 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes la même année. De même, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) s'élevait à 4,3 % de la population totale en 2022, soit un taux nettement supérieur à celui enregistré à l'échelle régionale (3 % de la population la région Auvergne-Rhône-Alpes) (source : site BALISES de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes).

Le bassin de vie de Montbrison s'étend sur la commune de Montbrison et les 27 communes situées dans son environnement proche. Il couvre une population de près de 40 399 habitants, qui connaît une progression modérée (2008 : 36 827 habitants ; Source : SIRSé). Le bassin de vie se caractérise par un phénomène de vieillissement de la population légèrement plus prononcé qu'au niveau régional et national. Les habitants âgés de 65 ans et plus représentaient ainsi 21,7 % de la population du bassin de vie de Montbrison en 2022 contre 19,8 % au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Le territoire de Montbrison connaît également un taux de chômage plus faible que celui de la région. Pour les 15 à 64 ans, il s'élevait ainsi à 9,9 % en 2022 contre 11,5 % dans l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les personnes couvertes par le revenu social de solidarité (RSA) représentaient une proportion de la population semblable à celle de Feurs. Enfin, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) s'élevait à 3,3 % de la population totale en 2022, soit un taux légèrement supérieur à celui enregistré à l'échelle régionale (source : site BALISES de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes).

Les deux bassins de vie ont des pathologies avoisinant les moyennes régionales. Bien que la proportion de personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) apparaisse

⁵ Au sens de l'INSEE, un bassin de vie correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

légèrement inférieure à celle constatée au niveau régional (16 % de bénéficiaires d'une ALD sur les deux bassins de vie en 2022 contre 17,2 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes), la population des deux bassins de Feurs et de Montbrison présente plusieurs points de fragilité en matière de santé. Le nombre de décès prématurés - survenus avant l'âge de 65 ans – au sein de la population du bassin de vie de Feurs apparait similaire à celui enregistré à l'échelle de la région : 1,7 % de personnes sont, en effet, décédées de manière prématurée pour 100 000 habitants sur ce bassin de vie, en moyenne annuelle, sur la période 2012 à 2016, contre une moyenne de 1,6 % de personnes décédées de façon prématurée au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes. A l'identique, le bassin de vie de Feurs ne se démarque pas en matière de décès par maladie cardio-vasculaires 2,1 % contre 1,9 % pour la région ARA (source : site BALISES).

1.2 Le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins

1.2.1 L'offre de soins⁶ du centre hospitalier du Forez

Le centre hospitalier du Forez se présente comme un hôpital à vocation généraliste dont la part de l'ambulatoire augmente très sensiblement sur la période. Doté de 314⁷ lits et places, il dispose d'un effectif (budget principal) de près de 1 234 emplois équivalents temps plein (ETP), dont 136 personnels médicaux (56 praticiens hospitaliers et 32 internes et 48 contractuels, données 2022). Le montant des charges⁸ atteignait 81 M€ (budget principal) en 2022.

Tableau n° 1 : La répartition des lits par site et par activités (MCO/Psychiatrie/SSR/UHCD)

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Montbrison	Feurs								
Médecine	86	58	86	62	86	62	62	43	62	43
Chirurgie	30		30		30		24		24	
Obstétrique	15		15		15		15		13	
Psychiatrie	28		28		31		31		31	
SSR		60		60		60		44		44
UHCD	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Source : CH du Forez

Durant la période sous revue, l'offre de soin a diminué et plus particulièrement en 2018 : les soins intensifs de cardiologie de Feurs ont fermé au 1er mai 2018 ; la biologie médicale spécialisée a partiellement été externalisée au CHU de Saint Etienne en juillet 2018 ; les lits

⁶ Montbrison dispose, dans l'offre de soin, d'une clinique (clinique nouvelle du Forez) qui pratique la chirurgie ambulatoire et les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge de l'appareil locomoteur et des affections neurologiques. La clinique dispose de 65 lits de soins médicaux et de réadaptation, de 6 places de chirurgie ambulatoire pour un effectif de 17 médecins.

⁷ Rapport activité 2022 : 314 lits et places secteur sanitaire + 194 lits secteur médico-social.

⁸ Charges nettes de personnel avec charges sociales.

d'hébergement du centre de périnatalité de Feurs ont été arrêtés en juillet 2018. Plus récemment (avril 2023), le service des urgences de Feurs a fermé.

Désormais, le CH du Forez offre à ses deux bassins de vie les services hospitaliers suivants :

- Le site de Feurs regroupe un service de médecine (hospitalisation complète et de jour), des soins de suite et réadaptation avec une spécialisation pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, un service de psychiatrie adulte (hospitalisation de jour) et un service de pédopsychiatrie. Il propose des consultations de médecine, addictologie, spécialités chirurgicales, anesthésie, gynécologie, gériatrie (bilan mémoire). Il met en œuvre et coordonne les actions de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé pour donner à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa santé. Il dispose d'un plateau technique avec imagerie médicale et scanner, endoscopie digestive sans anesthésie et de cardiologie, d'un court séjour gériatrique et d'une IRM.
- Le site de Montbrison regroupe un service d'urgence/SMUR, un service de médecine d'hospitalisation complète et un service de semaine et de jour, des soins intensifs polyvalents, un service de psychiatrie adulte (hospitalisation complète et de jour, appartements thérapeutiques). Le site propose une offre de soins complète en chirurgie et développe ainsi l'activité ambulatoire. Le site dispose également d'un pôle mère-enfant qui propose une prise en charge globale : maternité, gynécologie, pédiatrie qui travaille en lien avec les urgences en journée, et un service de pédopsychiatrie. Des consultations de médecine, addictologie, éducation thérapeutique, spécialités chirurgicales, anesthésie, pédiatrie, obstétrique et douleur sont proposées. Le plateau technique comprend imagerie, scanner, IRM, laboratoire, et pharmacie.
- Un centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et trois EHPAD en direction commune.

1.2.2 Une fusion des deux structures qui n'a pas permis une mutualisation suffisante.

Le Centre hospitalier du Forez est issu de la fusion, en 2013, des centres hospitaliers de Montbrison et de Feurs. L'objet de cette fusion était de susciter une logique de complémentarité entre ces deux établissements, en tenant compte de la proximité relative du CHU de Saint-Étienne.

Cette fusion s'est heurtée à la persistance d'une culture professionnelle propre à chaque site et d'une résistance à s'intégrer dans le nouvel ensemble. Cela s'est traduit par le refus de la mutualisation de la biologie, une conflictualité forte interne à la communauté médicale clivée dans une logique de site, et le refus de mutations des paramédicaux entre sites, certains préférant quitter l'établissement.

En 2018, les principaux éléments du plan global d'actions et de redressement proposé par la direction visaient à supprimer les doublons d'activité en ajustant l'offre de soins sur les deux sites.

En 2023, la répartition des activités entre les deux sites laisse toujours apparaître des doublons pour toutes les consultations en MCO, assurées par des équipes différentes.

Ce dispositif en bi-site, dotés partiellement d'activités similaires, nécessite un surcroît de recrutement dans un contexte de pénurie de praticiens hospitaliers et conduit ipso facto à des surcoûts d'exploitation.

Tableau n° 2 : Répartition par site des activités du CH du Forez en 2023

Activités	FEURS	MONTBRISON
<i>Pole médico chirurgical ambulatoire</i>	X (consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Consultation médecine</i>	X (consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Obstétrique</i>	X (consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Maternité (pole mère enfant)</i>		X (consultation et hospitalisation)
<i>Chirurgie polyvalente</i>	X(consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Chirurgie digestive</i>	X(consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Chirurgie Orthopédie traumatologie</i>	X(consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Chirurgie urologie</i>	X(consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Gériatrie</i>	X	
<i>SSR/SMR</i>	X	
<i>Psychiatrie</i>	X (H de jour et consultation)	X (consultation et hospitalisation)
<i>Imagerie médicale/Scanner</i>	X (IRM)	X (+IRM+labo)
<i>Urgences</i>	(Fermeture avril 2023)	X

Source : site @ CHF (MAJ 20/06/2023)

Dès lors, un scénario possible de développement du CHF aurait pu viser une complémentarité de chaque site. Par exemple, le CHF aurait pu s'organiser avec des prises en charges médicales et chirurgicales sur le site de Montbrison et un aval sur Feurs (SSR) notamment avec une spécialisation en gériatrie. L'orientation du projet médical 2022-2027 a, au contraire, tendance à renforcer l'organisation bi-site (cf. infra).

Recommandation n° 1. : Mutualiser les activités développées sur les deux sites afin de viser une meilleure complémentarité et offrir une réponse adéquate aux territoires.

1.3 Une faible intégration au groupement hospitalier de territoire Loire

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place obligatoire des groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour tous les hôpitaux publics. L'objectif de ces groupements est de renforcer les coopérations entre établissements publics de santé membres d'un groupement par la mise en œuvre d'une stratégie de groupe public. Celle-ci vise à proposer aux usagers une offre de soins complète et graduée sur le territoire du GHT, organisée autour de parcours de soins clairement identifiés. Non doté de la personnalité juridique, chaque GHT repose sur un établissement dit support, assurant pour le compte des

établissements membres certaines fonctions mutualisées (système d'information, achats, formation continue, information médicale...).

Le comité stratégique plénier coordonne les actions et s'assure de la mise en œuvre de la convention constitutive et du projet médical partagé. Le bureau du comité stratégique propose au directeur de l'établissement support des orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Pour le GHT Loire, l'établissement support est le CHU de Saint-Etienne. Le GHT n'est pas employeur et chaque établissement membre conserve son autonomie de fonctionnement.

Pour plus d'opérationnalité, le GHT Loire est constitué autour de 3 bassins de proximité dont les établissements pivots sont le CHU de Saint-Etienne (dont le CH du Forez), le CH de Roanne et le CH Ardèche-Nord à Annonay. Chacun de ces bassins de proximité a décliné son propre volet du Projet Médical Partagé.

Schéma n° 1 : Le GHT Loire en chiffres



1.3.1 Les orientations prioritaires du GHT

Aux termes de la convention constitutive de juin 2016, le GHT Loire a défini 6 orientations prioritaires relatives au projet médical partagé :

- Orientation n°1 : coordination de la gestion des emplois médicaux ;
- Orientation n°2 : coordination du dossier patient ;
- Orientation n°3 : organisation et développement de la recherche ;
- Orientation n°4 : organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- Orientation n°5 : développement d'activités transversales communes ;
- Orientation n°6 : développement de projets médicaux de bassins de proximité.

Le GHT pourrait être à même de constituer un appui précieux pour le CHF. En effet, l'établissement support du GHT, le CHU de Saint-Étienne, gère pour le compte de l'ensemble de ses membres⁹ :

⁹ Avenant n° 3 du 31 décembre 2022 à la convention constitutive de 2016.

- Un système d'information hospitalier convergent ;
- Un département de l'information médicale ;
- La fonction achats ;
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ;
- La définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels ;
- La gestion des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement.

1.3.2 Une position de retrait du CHF au regard de l'activité du GHT

La chambre a relevé une participation contrastée du CHF aux activités du GHT Loire. Ainsi, l'analyse des comptes-rendus du comité stratégique du GHT (COSTRAT)¹⁰ laisse apparaître, de la part du CHF, une volonté de se tenir à l'écart des synergies développées par le GHT. Le compte-rendu du comité stratégique du 25 novembre 2022 fait état de la rencontre entre les directeurs du CHU de Saint-Etienne, du CH de Firminy, de l'Hôpital du Gier et du CHF, afin d'aborder la question du positionnement du CH du Forez par rapport au GHT Loire et le sujet de l'articulation du projet médical de l'établissement avec celui du territoire, avec l'intégration nécessaire dans les filières médicales. Le compte-rendu note « *qu'il existe une certaine culture d'isolement [du CHF] et que le cadre de discussion sur l'intégration au sein du GHT Loire reste sensible* ».

Le président du COSTRAT conclut que : « *le GHT va poursuivre ses travaux collectifs sans le CH du Forez qui ne souhaite pas s'y associer pleinement et qu'il sera temps, lorsque le projet médical et d'établissement du CHF aura été arrêté, que ce dernier réintègre les processus communs.* »

En réponse aux observations faites relatives à la position de retrait du CHF dans le cadre du GHT Loire, l'ordonnateur a souhaité préciser que : « *le GHT Loire n'a pas encore mis en place une gestion territoriale par exemple du DIM¹¹, à la différence de celle de la fonction achat (à laquelle le CHF est totalement intégrée) ou du SIH convergent (en cours car le SDSIH du GHT a été validé en décembre 2023, et le CHF a bien l'intention de s'y intégrer parfaitement), ou encore d'équipes médicales de territoire.* »

La chambre rappelle que, parmi les fonctions devant être obligatoirement mutualisées par les membres du GHT, figurent la gestion d'un système d'information hospitalier convergent, la gestion d'un département de l'information médicale, la fonction des achats et la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de formation

¹⁰ Composition COSTRAT.

¹¹ DIM = département d'imagerie médicale, service qui gère l'information de santé des patients, y compris les données personnelles dans un centre hospitalier

continue (et depuis le 1^{er} janvier 2022, la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences), conformément aux dispositions de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique.

Ainsi, à titre d'exemple, l'achat par le GHT du logiciel qui traite le dossier des patients a été mise en œuvre dans l'ensemble des établissements hospitaliers de la Loire, à l'exception du CHF. Ce dernier a préféré acquérir dans l'urgence (en raison de l'obsolescence critique du logiciel existant) un logiciel différent. Ce choix est à la fois regrettable en termes d'optimisation de l'achat public mais également en matière de fluidité des échanges de données entre établissements et demeure contraire aux dispositifs réglementaires¹² qui imposent une convergence des systèmes d'information médicale. Inversement, les actions de formation portées par le GHT sont efficaces et laissent apparaître une bonne coopération avec le CHF.

L'ordonnateur précise en réponse aux observations provisoires que « Suite à la validation du SDSIH du GHT en décembre 2023, il va remplacer cette solution informatique par le DPI Easily, car enfin ce dernier sera déployé sous sa nouvelle forme (version unique). Le CHF va aussi participer à la DSI du GHT créée à cette occasion. »

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier du Forez est un hôpital à vocation généraliste. Il dispose de deux sites, à Feurs et Montbrison, dans des bassins de vie plutôt vieillissants. La fusion des deux structures, en 2013, n'a pas permis de dépasser le cadre d'un environnement professionnel propre à chaque site. L'établissement doit poursuivre des efforts de mutualisation de ses activités afin d'éviter d'en doubler certaines.

Dans le cadre des relations entre le CHF et le GHT Loire, la chambre note une faible participation du CHF aux activités du GHT Loire. L'analyse des comptes rendus du comité stratégique du GHT laisse apparaître, de la part du CHF, une volonté de se tenir à l'écart des synergies développées par le groupement.

2 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER

2.1 Une instabilité des équipes de direction depuis la fusion.

Les équipes de direction de l'établissement fusionné ont connu, depuis 2013, un turnover important (ordonnateur comme encadrement supérieur). Cette situation explique, en partie, l'absence d'orientations stratégiques et le déficit de mesures nécessaires au redressement de l'établissement.

¹² Décret 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT.

Tableau n° 3 : L'instabilité managériale depuis 2013

<i>Période de direction depuis la fusion 2013</i>	Directeur de l'établissement
01/01/2013-23/04/2015	Alain TOUREZ
24/04/2015-01/08/2017	Marie-Andrée PORTIER-PEYRON
03/08/2017-31/12/2017	Véronique BOURRACHOT (intérim)
01/01/2018-30/06/2018	Mustapha KHENNOUF (administrateur provisoire) + Alain LOPEZ
01/07/2018-31/03/2020 (<i>intérim en temps partiel</i>)	Philippe GIOUSE (CHU St Etienne)
01/04/2020 – 02/11/2021	Edmond MACKOWIAK (intérim)
02/11/2021 à aujourd'hui	Edmond MACKOWIAK

Source : CHF/CRC

Depuis 2013, le CHF n'a jamais mis en place de projet d'établissement ni de projet médical. Cette situation d'absence d'orientations stratégiques s'est avérée peu propice au bon fonctionnement de l'établissement et a même contribué à placer ce dernier sous administration provisoire (arrêté¹³ du 1er décembre 2017 du directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes). Cette procédure a été motivée par une situation financière dégradée et une absence de perspectives de redressement faute de plan de retour à l'équilibre.

L'arrêté indiquait que, pendant la période d'administration provisoire, les administrateurs provisoires exerçaient les attributions du directeur. Il était également prévu le maintien des attributions et missions du conseil de surveillance. De plus, par décision du 13 décembre 2017, la ministre des solidarités et de la santé désignait Monsieur Mustapha Khennouf et le Docteur Alain Lopez, respectivement inspecteur des affaires sociales et personnalité qualifiée pour assurer cette administration provisoire à compter du 1^{er} janvier 2018 pour une durée de six mois. Néanmoins, cette administration provisoire a été de trop courte durée pour pouvoir mettre en place des mesures de redressement et s'apparentait plus à un intérim qu'à une réelle administration provisoire. La chambre relève qu'à l'issue de celle-ci, il n'a pas été produit de rapport définitif pour cette période, ni de projet médical validé.

2.2 Un directoire insuffisamment réuni

Les compétences décisionnaires au sein de l'hôpital sont réparties entre le directoire et le conseil de surveillance.

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

Son organisation et son fonctionnement sont définis aux articles L. 6143-7-5 et D. 6143-35 du code de la santé publique. Il regroupe, autour du directeur, le président de la commission médicale d'établissement, le président de la commission des soins infirmiers et des

¹³ Arrêté 2017-7162 du 1er décembre 2017 du DG ARS ARA plaçant le CHF sous administration provisoire.

responsables médicaux et administratifs. Son rôle est de préparer le projet d'établissement, d'approuver le projet médical, et de conseiller le directeur sur les principaux sujets de fonctionnement de l'établissement.

Le directoire est tenu de se réunir au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé, ce qui n'a pas été le cas s'agissant de l'hôpital du Forez, à l'exception de l'année 2022.

Tableau n° 4 : Nombre de réunions du directoire du CH du Forez

	2018 (administration provisoire)	2019	2020 (Covid)	2021 (Covid)	2022	2023
Nombre réunions	4	6	3	7	8	7

Source : Données CH Forez

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce le contrôle permanent de la gestion. Il lui appartient de délibérer sur le projet d'établissement, le compte financier ou encore le rapport annuel sur l'activité. Il est également consulté, pour avis, sur les décisions d'importance comme la politique de santé, la politique immobilière ou encore le règlement intérieur¹⁴.

Le conseil de surveillance est composé de 9 à 15 membres¹⁵ ayant voix délibérative, répartis en trois collèges disposant d'un même nombre de membres (représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel et personnalités qualifiées).

Présidé par M. Christophe BAZILE, maire de Montbrison depuis 2014 et également président de la communauté d'agglomération Loire Forez agglomération depuis 2020, le conseil de surveillance du CH du Forez est régulièrement composé (15 membres avec voix délibérative).

La chambre a pu constater la tenue régulière de l'instance qui s'est réunie de 2018 à 2023, en moyenne quatre à cinq fois par an, conformément à l'exigence légale d'un minimum de quatre réunions annuelles prévue par le code de la santé publique en son article R. 6143-11.

2.3 L'absence de charte de gouvernance

La gouvernance de l'hôpital (directoire, conseil de surveillance) s'appuie sur plusieurs instances consultatives, dont la commission médicale d'établissement et le comité social d'établissement.

La commission médicale d'établissement (CME) assure la représentation du personnel médical. La durée de son mandat est de quatre ans. Elle élabore la stratégie médicale de l'établissement, ainsi que le projet médical en lien avec le projet médical partagé porté par le

¹⁴ Article L. 61343-1 du code de la santé publique.

¹⁵ Depuis la loi RIST, peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'EPS et un sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'EPS, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.

groupement hospitalier de territoire. Elle contribue également à la politique d'amélioration continue des soins, propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, et est consultée sur les questions intéressant la vie de l'établissement.

La présidence de la commission médicale d'établissement occupe un rôle stratégique au sein de l'établissement. La fonction est confiée au Dr. Wilfried Perez depuis 2023.

L'ordonnance du 17 mars 2021 relative à la médicalisation des décisions à l'hôpital ainsi que les décrets n° 2021-675 et n° 2021-676 modifient les modalités de gouvernance au sein des établissements publics de santé à compter du 1er janvier 2022. Elle octroie au corps médical un pouvoir de décision accru dans la gestion de l'hôpital. A cette fin, le président de la CME devient co-décisionnaire avec le directeur pour la nomination des chefs de pôle et pour le retrait des fonctions de chef de pôle.

L'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique issue de cette ordonnance prévoit l'obligation de conclure « *une charte de gouvernance* » entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement ayant pour objet « *les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement* », « *pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles* ».

L'objectif de cette charte de gouvernance est d'associer le président de la commission médicale d'établissement à la gestion de l'établissement. A ce jour, le CH du Forez n'a pas été en mesure de produire cette charte.

Recommandation n° 2. : Établir une charte de gouvernance au sein de la commission médicale d'établissement.
--

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

La composition et la fréquence de réunion de cette instance sur la période sous revue n'appellent pas d'observation particulière.

2.4 Une absence de documents stratégiques rendant le pilotage difficile

2.4.1 L'absence de projet d'établissement depuis la fusion des deux établissements en 2013

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

L'ordonnateur affirme que le projet d'établissement devrait voir le jour en décembre 2024 selon le planning ci-dessous.

Tableau n° 5 : Les prémices d'un projet d'établissement à l'horizon 2024

	Éléments en cours	Date prévisionnelle d'achèvement
<i>Le projet médical</i>	Actualisation du Projet Médical 2023 dans le cadre du PE	Juin 2024
<i>Le projet de prise en charge des patients</i>	Projet de soins présenté en CSIRMT ¹⁶ le 14/12	Décembre 2023
<i>Le projet immobilier</i>	Intervention de la Société MUPY suite à appel d'offre -	Juin 2024
<i>Le projet informatique</i>	Validation du SDSIH ¹⁷ du GHT en décembre 2023 puis élaboration du SDSIH du CHF -	Décembre 2024
<i>Le projet psychologique</i>	A lancer	Décembre 2024
<i>Le projet social</i>	A lancer	Décembre 2024
<i>Le projet de gouvernance et de management</i>	Elaboration des contrats de pôle en cours Elaboration d'une « charte de gouvernance » en cours -	Décembre 2024

Source : Données CH du Forez

¹⁶ Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.

¹⁷ Schéma Directeur du Système d'Information.

Recommandation n° 3. : Finaliser le projet d'établissement sans délai, avec les documents stratégiques subséquents en cohérence avec le projet médical partagé du GHT Loire.

2.4.2 Un projet médical 2018-2022 ni validé, ni évalué

L'absence de projet médical finalisé depuis la fusion de 2013 est le résultat à la fois de circonstances locales et organisationnelles.

D'une part, il convient de souligner qu'au sein du conseil de surveillance les oppositions entre élus issus de territoires différents et concurrents ont rendu difficile un consensus.

D'autre part, concernant les communautés médicales et selon l'ARS, les deux établissements semblent avoir été dans une démarche de défiance et de concurrence entraînant une incapacité à produire un projet d'établissement et à travailler ensemble dans une direction commune. Depuis, ce climat initial de défiance entre les communautés médicales a évolué. Il convient de souligner que le nouveau président de la commission médicale d'établissement est un médecin gériatre exerçant sur le site de Feurs.

Enfin, d'un point de vue organisationnel, il peut être rappelé que le CHF a connu cinq directions différentes depuis sa constitution (cf. supra), rendant difficile toute démarche de moyen/long terme.

La précédente ébauche de projet médical datée de juin 2018 avait été élaborée lors de la période d'administration provisoire (1^{er} semestre 2018). Celle-ci avait fixé trois objectifs structurants déclinés en axes opérationnels :

- développer les soins en ambulatoire et de proximité en s'appuyant sur le GHT, en renforçant les liens avec le CHU dans le cadre d'une convention cadre, et en localisant sur le CHF des réponses à des besoins du GHT et des établissements médico-sociaux de la plaine du Forez ;
- renforcer la présence du CH sur la zone de Feurs, tout en améliorant l'efficacité de l'établissement, en adaptant l'offre de soins du CHF aux capacités de l'établissement pour la soutenir et consolider l'orientation spécialisée des services ;
- réduire les charges de fonctionnement avec une mise en place d'une contractualisation avec les pôles médicaux englobant chacun des services et activités implantés sur ses deux sites, en limitant le recours aux intérimaires et en réduisant le nombre des lignes d'astreinte, et en mutualisant avec le CHU une part des activités de biologie médicale.

Le projet médical 2018-2022 n'a jamais été validé ni évalué.

La chambre note que les objectifs de maîtrise des dépenses de fonctionnement ainsi que la contractualisation avec les pôles n'ont pas été mis en œuvre (cf. infra).

Le GHT Loire a dressé un bilan des projets médicaux 2018-2022 des établissements relevant de son territoire et a, plus spécifiquement, relevé les difficultés suivantes concernant le CHF :

- difficultés importantes à pourvoir l'ensemble des postes vacants d'urgentistes ;

- forte dépendance au temps de travail additionnel (TTA) des urgentistes à un niveau déjà très haut et ne pouvant être augmenté sans risque et à l'intérim très volatile et de qualité variable entraînant de fortes tensions en périodes critiques.

2.4.3 Le projet médical 2023-2027

Le CH du Forez a indiqué qu'un nouveau projet médical 2023-2027 devrait voir le jour. La chambre n'a eu communication que d'un diaporama intitulé « Projet médico-soignant 2023-2027 ». Dans ce document de 44 pages, seules 20 pages concernent directement les axes du projet médical. Selon l'ordonnateur, le document était en cours de finalisation durant l'été 2023, bien qu'il ait été adopté par le directoire le 3 janvier 2023 et présenté au conseil de surveillance le 30 janvier de la même année.

Selon le document communiqué, le projet médical est structuré comme suit (cf. glossaire en annexe n°1) :

- Organisation bi-site des activités de médecine et gériatrie : mettre en œuvre et piloter les évolutions des capacités d'accueil en médecine et gériatrie, anticiper les besoins RH en termes de recrutement et de formation ;
- Activité de SSR : transition des SSR vers les SMR, création de lits en SSR, consolider l'adressage préférentiel des patients hospitalisés sur le site de Montbrison vers le SSR de Feurs ;
- Psychiatrie : Consolider l'articulation avec les urgences ;
- Pôle mère-enfant : Développement du partenariat avec le CHU ;
- Des parcours innovants en chirurgie : RAAC¹⁸ et ambulatoire ; améliorer les parcours patients et simplifier les circuits, rendre le patient acteur de sa prise en charge : déployer le « patient debout » pour aller au bloc opératoire ;
- Organisation bi-site des urgences ; le conseil de surveillance de décembre 2023 a acté le non renouvellement de l'autorisation de l'activité d'urgence à Feurs ;
- Pôle transversal : Développer et consolider les activités de pharmacie au CH du Forez, Etudier les opportunités de développer encore les partenariats avec le privé en imagerie, Etudier les évolutions possibles du laboratoire dont un partenariat avec le privé ou le public en biologie médicale, et mettre en œuvre les transformations identifiées en conséquence ;
- Organisation managériale des équipes : Former les managers de pôle et de service aux compétences managériales, cadrer et valider les nouveaux projets dès leur démarrage, définir les indicateurs et tableaux de bord de chaque pôle et service, de suivi de projet ;
- Parcours de soins et relations avec la ville : état des lieux actualisé des dispositifs d'orientation coordination ville/hôpital du territoire pour chaque parcours, recueil des besoins des partenaires de la ville, formalisation et enrichissement progressif des parcours par les équipes de spécialité avec l'appui de l'équipe d'accompagnement ;
- Projection des besoins capacitaires : en médecine : passage de 43 lits à 68 sur Feurs et passage de 40 lits à 56 lits sur Montbrison ; en chirurgie : passage de 36 lits à 19 lits.

¹⁸ Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie.

La chambre souligne que ce projet médical 2023-2027 maintient le dispositif en bi-site et augmente le capacitaire. Pourtant, l'ARS a émis de nombreuses réserves sur le document produit qui ne correspond pas aux orientations du schéma régional de santé :

- le projet médical 2023-2027 ne tient pas assez compte des contraintes actuelles de démographie médicale en doublonnant toujours un certain nombre d'activités et donc d'équipes soignantes, contrairement aux orientations du schéma régional de santé. A titre d'exemple, le projet indique maintenir les urgences de Feurs ou encore développer une équipe SMR à Montbrison en plus de celle de Feurs ;
- l'implication au sein du GHT pourrait être accentuée. Par exemple, le recours au laboratoire privé local en lieu et place du laboratoire du CHU n'apporterait pas toute satisfaction ;
- l'absence de projet de coopération concrète avec la clinique privée de Montbrison, qui assure pourtant, en partie, l'aval en SMR du site de Montbrison.

Par ailleurs, la chambre a analysé le projet médical partagé du GHT Loire ainsi que sa déclinaison locale (projet médical territorial Loire Sud et Centre du GHT) au regard du projet médical du CH du Forez. Cette analyse laisse apparaître une quasi absence de prise en compte des démarches et des outils proposés par le GHT. Seule la possibilité d'un partenariat avec le public ou le privé en matière de biologie médicale est évoquée.

En complément du projet médical partagé Loire, les CHU de St Etienne, le CH du Forez, l'hôpital du Gier, et l'hôpital Le Corbusier Firminy décident de verser au projet médical du GHT la démarche du bassin stéphanois dénommée « Projet Médical Territorial Loire Sud et Centre », présentée à plusieurs COPIL et validée en novembre 2015 avec l'ARS.

A nouveau, le projet médical du CH du Forez prend peu en considération cette déclinaison locale du projet médical du GHT Loire.

2.4.4 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2021-2024 sans objectifs et indicateurs

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'agence régionale de santé (ARS) autorité de tutelle, et les établissements de santé constituent un outil de régulation de l'offre de soins. Ils s'appuient sur les principes suivants : la pluri-annualité, une procédure de négociation, un suivi périodique et une évaluation finale du contrat.

Les principaux enjeux d'un CPOM tiennent :

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

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

Pour le CHF, trois CPOM se sont succédé sur la période de contrôle : un premier couvrant la période 2013-2018, un deuxième intermédiaire couvrant le seul exercice 2019, dans l'attente de la déclinaison du projet régional de santé (PRS) de 2018-2028, puis un troisième couvrant la période 2021-2024.

Le CPOM 2013-2018 a défini les objectifs suivants :

- engagements en rapport avec le positionnement de l'établissement, en référence aux annexes territoriales du SROS-PRS¹⁹ (coopération avec le CHU ; collaboration avec les dispositifs de ville) ;

- engagements en lien avec la situation économique de l'établissement (améliorer la soutenabilité financière par une organisation interne plus efficiente).

Au terme du premier CPOM, un bilan précontractuel (préparatoire au nouveau CPOM) a été réalisé fin 2017 faisant apparaître une atteinte globale de ses objectifs. Néanmoins, ce bilan a fait l'objet de commentaires de l'ARS :

- une réorganisation des services de l'établissement a été effectuée de 2013 à 2018 avec le regroupement de différentes activités sur un seul site (chirurgie, chimiothérapie, biologie), la mise en place de coopérations, et l'amélioration de l'utilisation du logiciel Viatrajectoire²⁰ par les services MCO. Néanmoins, l'ARS souligne que l'activité biologie, la logistique transport entre les sites de Feurs et de Montbrison restent problématiques ;

- l'activité de chirurgie ambulatoire a fortement augmenté mais dispose d'une marge de progression. En effet, en 2017, 28 % des séjours chirurgicaux auraient pu relever de la chirurgie ambulatoire (contre 55 % en 2013, 50 % en 2014, 40 % en 2015 et 31 % en 2016). Enfin, l'ARS souligne, sur cette période, une saturation du service des urgences et à l'inverse une sous-utilisation des services de la psychiatrie en raison d'une faible capacité de l'aval médico-social ;

- les dépenses ont diminué entre 2013 et 2017 de 1,176 M€ (- 1,3 %), dont 705 000 € de réduction des charges de personnel (- 1,1 %). Mais une diminution plus rapide des recettes (perte de 5,5 M€), essentiellement liée à l'activité, n'a pas permis à l'établissement de rétablir sa situation financière.

Le CPOM 2021-2024 est un document plus concis et ramassé dans ses orientations et objectifs (14 pages contre 174 pages pour le précédent). En raison du contexte sanitaire lors de la période de son élaboration, le CPOM ne comprend que des engagements légaux et réglementaires. Les objectifs et indicateurs devraient être déterminés par voie d'avenant. L'ordonnateur précise que l'absence du nouveau projet médical ne permet pas l'élaboration du nouveau CPOM.

¹⁹ Schéma Régional d'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé.

²⁰ ViaTrajectoire permet de trouver facilement le ou les établissements capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire à différents moments de la vie de chaque individu, à différents moments du parcours de soins.

Recommandation n° 4. : Compléter le CPOM 2021-2024 par voie d'avenant pour en fixer les objectifs et les indicateurs.

2.5 Les pôles d'activités

Le code de la santé publique prévoit en son article L. 6146-1 que le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement.

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur signe, avec le chef de pôle, un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Le contrat de pôle est conclu pour une période de quatre ans.

Le CH du forez s'est doté de 7 pôles.

Organigramme n° 1 : Les pôles du CH du Forez 2023

<p>POLE CHIRURGIE Chef de pôle : Dr D. GOUTALAND Cadre de pôle : C. CREPIAT Directeur référent : P. HUYNH</p>	<p>POLE TRANSVERSAL Chef de pôle : Dr H. RUIZ-ASFARI Cadre de pôle : F. ROBERT Directrice référente : L. BREVISSE</p>	<p>POLE PSYCHIATRIE Chef de pôle : Dr D. ROBERT DE BEAUCHAMP Cadre de pôle : E. LOI Directrice référente : F. ROUDIER</p>	<p>POLE MERE ENFANT Chef de pôle : Vacant Cadre de pôle : C. CREPIAT Directrice référente : A. DUBEUF</p>	<p>POLE MEDICO CHIRURGICAL AMBULATOIRE Chef de pôle : Dr M. KASPI Cadre de pôle : D. DOS SANTOS Directeur référent : P. HUYNH</p>	<p>POLE URGENCES REA MEDECINE Chef de pôle : Dr M. MURGIER Cadre de pôle : A. BONNEFOY Directrice référente : MC. GAREL</p>	<p>POLE GERIATRIE Chef de pôle : Dr W. PEREZ Cadre de pôle : N. RAT Directrice référente : C. HUYNH</p>
--	--	--	--	---	---	--

Source : Rapport d'activités 2022

A ce jour, le CH du Forez n'a pas de contrat de pôle. Selon l'ordonnateur, cette contractualisation devrait suivre l'élaboration du projet d'établissement en 2024. L'élaboration des contrats de pôle est essentielle pour permettre de faire évoluer les organisations des pôles vers plus de mutualisation.

Recommandation n° 5. : Établir les contrats de pôle pour en préciser les objectifs et les moyens.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les équipes de direction de l'établissement fusionné ont connu un turn-over important (ordonnateur comme encadrement supérieur). Cette situation explique, en partie, l'absence de lignes directrices et le déficit de mesures nécessaires qui auraient conduit sinon au redressement de l'établissement, à tout le moins à la stabilisation de ses orientations stratégiques.

Le projet d'établissement (le premier depuis la fusion des deux sites) est en cours d'élaboration et devrait être finalisé courant 2024. Lors de la période d'administration provisoire (1^{er} semestre 2018), un projet médical avait été ébauché mais non validé et non appliqué. Ce dernier soulignait les indispensables efforts de rationalisation de l'activité, notamment sur le site de Feurs, et la coopération nécessaire avec le GHT Loire. L'analyse du projet médical 2023 - 2027 du CHF ne laisse pas apparaître de tels objectifs. Ce projet reflète à la fois le renforcement d'une activité bi-site et l'absence de volonté de l'établissement de mettre en cohérence son projet médical avec le projet médical partagé du GHT Loire, entretenant ainsi une « certaine culture de l'isolement ».

3 UNE ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER EN REPLI

3.1 Des capacités d'hospitalisation en baisse en médecine, chirurgie, obstétrique

3.1.1 Une capacité d'hospitalisation en baisse et une forte concurrence du CHU stéphanois

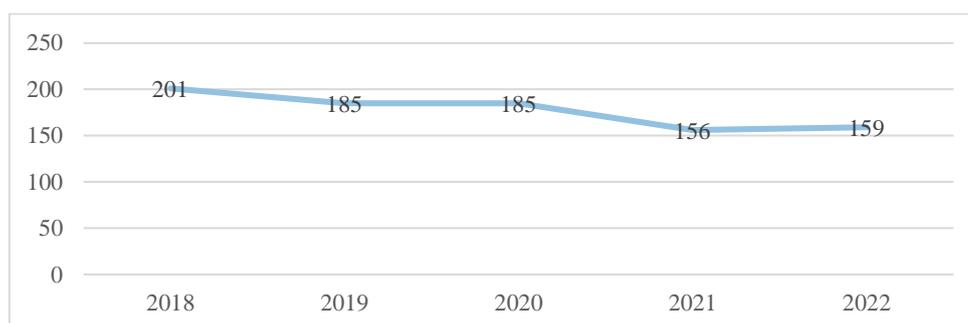
Au-delà des ressources humaines médicales et paramédicales disponibles, l'évolution de l'activité est conditionnée par les capacités d'hospitalisation, lesquelles s'apprécient en nombre de lits (pour l'hospitalisation complète) et en nombre de places pour l'ambulatoire (prise en charge sans nuitée). Si un sous-dimensionnement des capacités a des incidences

négatives sur l'organisation des prises en charge, un surdimensionnement des lits et places installés peut engendrer des surcoûts en termes de charges fixes.

De 2018 à 2022, 42 lits ont été supprimés, soit une réduction de 21 % des capacités d'hospitalisation. La médecine est principalement concernée par cette baisse (34 lits) mais également la chirurgie (6 lits) et enfin l'obstétrique (2 lits).

Différents évènements expliquent cette baisse, notamment la difficulté de recrutement des personnels médicaux et la fermeture du service de cardiologie sur le site de Feurs.

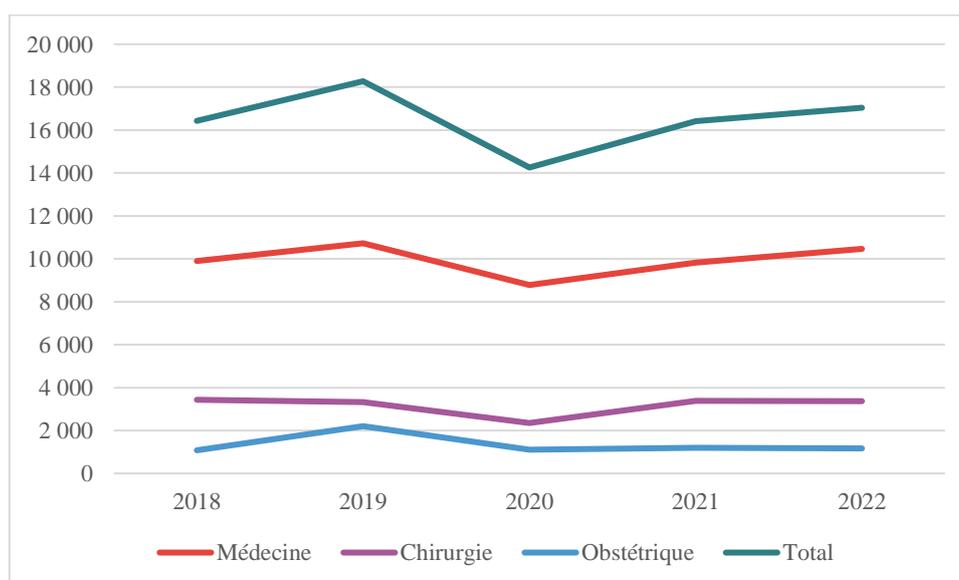
Graphique n° 1 : Évolution du nombre de lits en MCO 2018-2022



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

Les données issues du l'établissement laissent apparaitre en médecine comme en chirurgie, un retour progressif au nombre de séjours d'avant Covid. Seule l'obstétrique n'a pas retrouvé son niveau d'activité d'avant 2019. Au total, le nombre de séjours en 2022 (17 034) reste en repli au regard de l'exercice 2019 qui comptait 18 276 séjours.

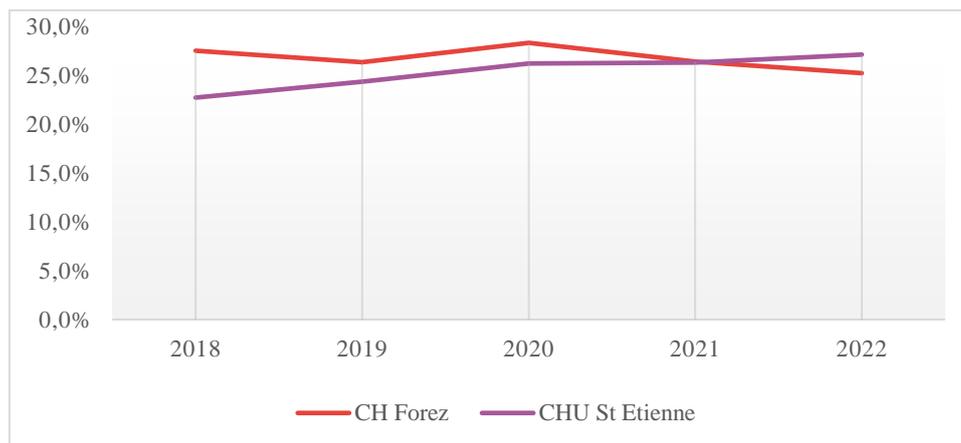
Graphique n° 2 : Évolution du nombre de séjours 2018-2022



Source : Données CH du Forez

Comme l'indique le graphique ci-dessous, le CH du Forez voit sa part d'activité chirurgicale, sur sa zone d'attractivité, lentement décliner au profit du CHU de Saint-Étienne. Ce phénomène s'accroît puisque l'établissement n'a plus, depuis 2022, le plus grand nombre de séjours sur sa zone d'attractivité. La part de la patientèle du CH du Forez pour cette catégorie d'activité s'établissait à 25,2 % en 2022, contre 27,1 % pour CHU de Saint-Etienne et 13,9 % pour l'hôpital privé de la Loire (source : Hospidiag).

Graphique n° 3 : Évolution de la part d'activité chirurgicale du CH du Forez et du CHU de Saint-Etienne sur la zone d'attractivité du CH du Forez



Source : Hospidiag

Néanmoins, la chirurgie digestive et la chirurgie orthopédique sont les activités chirurgicales les mieux positionnées du CHF. Elles drainent 22 % et 36 % de l'activité sur la zone de soins.

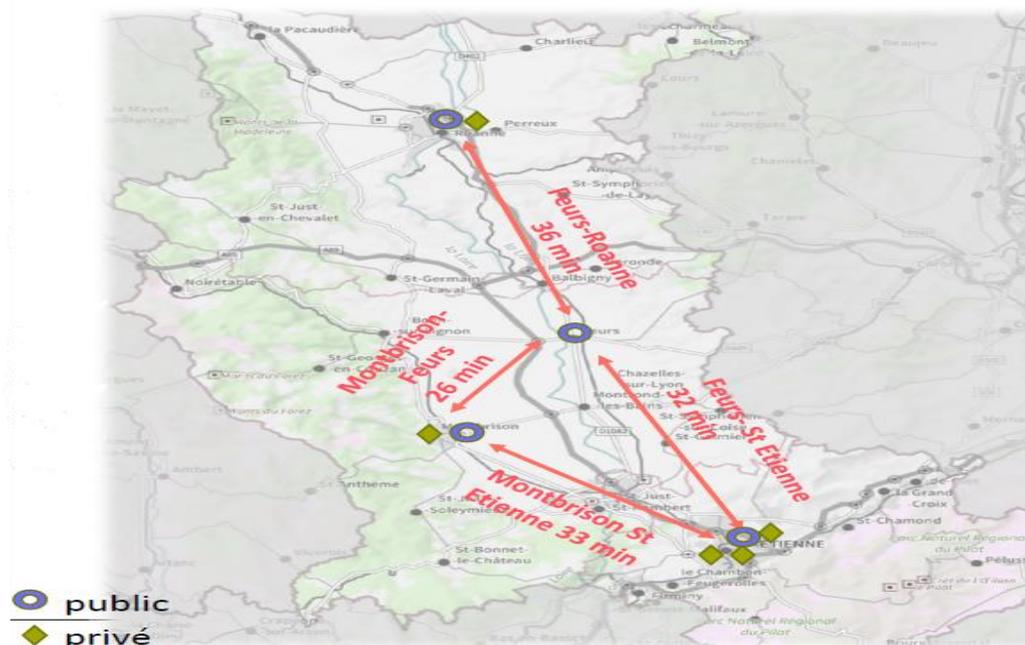
L'activité de chirurgie a régressé de 7 % entre 2018 et 2022. Cette diminution s'explique principalement par la crise sanitaire, avec une chute d'activité marquée de - 26 % entre 2019 et 2020. D'autres facteurs sont avancés par l'établissement, comme le renoncement d'une partie de la population à recourir aux soins (entraînant le risque de pathologie plus sévères à moyen terme) et la difficulté de recrutement des personnels médicaux.

A l'inverse, le CH du Forez conserve le plus grand nombre de séjours en médecine, en hospitalisation complète sur sa zone d'attractivité : la part de sa patientèle sur ce territoire s'établissait à 41,9 % en 2022 contre respectivement 27,2 % pour le CHU de Saint-Étienne, 8 % pour l'hôpital privé de la Loire et 5,4 % pour la clinique nouvelle du Forez (source : Hospidiag).

Enfin, dans le domaine de l'obstétrique, l'hôpital du Forez apparaît majoritaire sur sa zone d'attractivité. La part de sa patientèle dans cette discipline atteignait 58,1 % en 2022 quand celle du CHU de Saint-Etienne, en deuxième position sur ce territoire, s'élevait à 24,1 % (source : Hospidiag).

Globalement, les patients des deux territoires vont majoritairement se faire soigner en dehors du CHF.

Carte n° 1 : L'offre de soin dans un rayon de 30 minutes du CHF

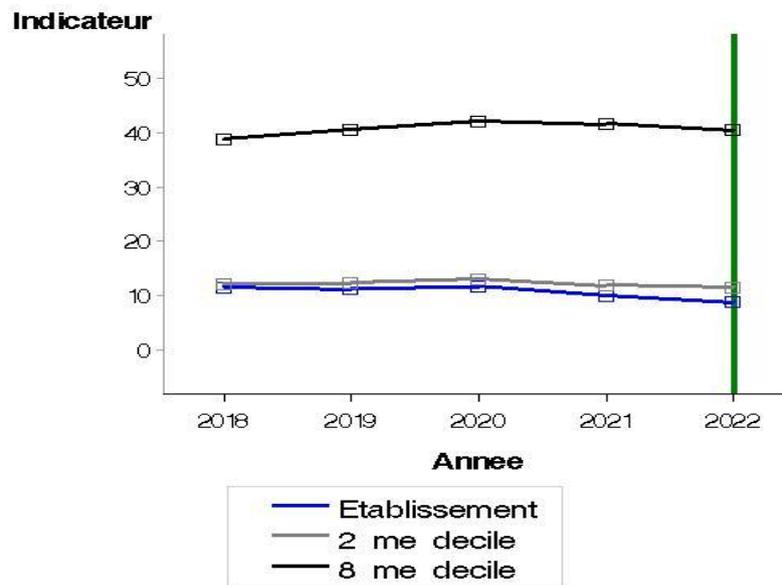


Source : CHF

En moyenne, les populations de ces deux bassins de vie recourent de manière importante, soit par adressage de la médecine de ville, soit par préférence personnelle, aux établissements stéphanois notamment lorsque leurs pathologies s'avèrent aiguës. Le CH du Forez se situe dans le groupe des établissements qui traitent peu des pathologies de niveau de sévérité élevé²¹ (3 et 4).

²¹ Pour chaque GHM, 4 niveaux de sévérité existent, le niveau 1 étant le niveau de base, sans sévérité. Le niveau de sévérité est déterminé à partir des co-morbidités associées (ex : diabète, anorexie...), des durées minimales de séjours et de l'âge.

Graphique n° 4 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4

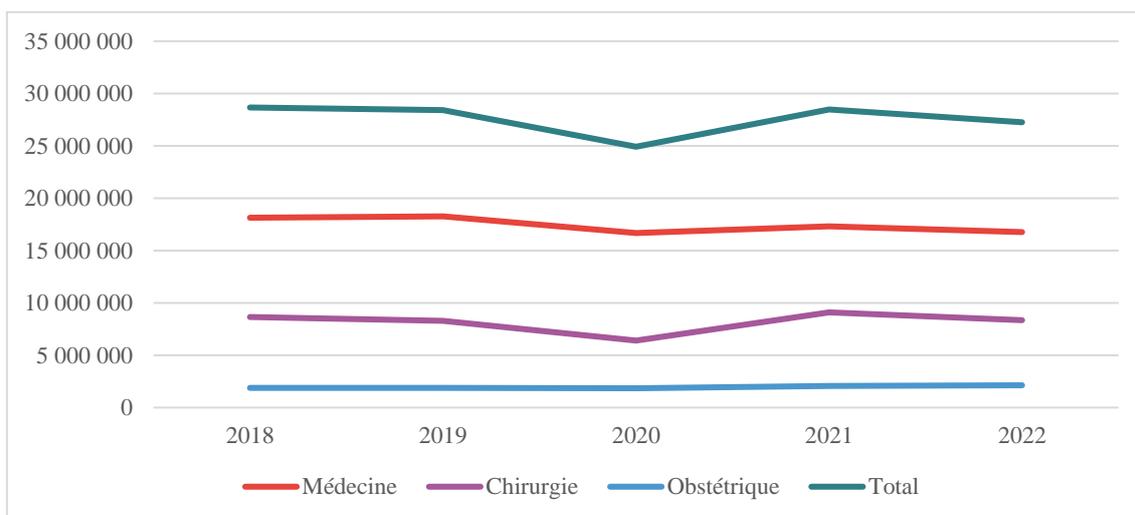


Source : Hospidiag

3.1.2 Une baisse de la valeur de l'activité

La valeur totale des séjours a connu une forte baisse en 2020 (sous l'effet du Covid) et n'a pas retrouvé son niveau d'avant crise (2018 : 34,83 M€ / 2022 : 32,83 M€). Notamment, la valorisation de la médecine a chuté de 11 % sur la période sous revue (soit une baisse de recettes de 2,5 M€).

Selon le rapport d'activité 2022, 60 % des valorisations de l'établissement sont générées par le digestif, l'orthopédie, la traumatologie, la pneumologie, l'obstétrique et le cardio-vasculaire. Par rapport à 2018, les activités de digestif et de cardio vasculaire sont en net recul.

Graphique n° 5 : Évolution de la valorisation 2018-2022

Source : Rapport d'activité CH Forez 2022

Malgré un équipement permettant une activité de chirurgie prenant en charge le patient de l'opération jusqu'aux soins de suite, il apparaît que chaque départ de médecin²² « historique », doté d'une patientèle importante, est remplacé par des médecins à temps partiels ne disposant pas d'une telle patientèle. Par voie de conséquence, ces médecins traitent davantage les soins de suite opératoire (retrait d'équipements médicaux, consultations post opératoires) que l'acte chirurgical en lui-même, celui-ci étant réalisé dans des structures plus importantes de type CHU. On observe également des praticiens qui consultent au CHF mais pratiquent les interventions chirurgicales au CHU notamment.

3.1.3 Une activité globalement dans la moyenne des établissements de santé

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

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

3.1.3.1 L'occupation des lits : une hétérogénéité au regard des disciplines et des sites

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

²² A titre d'exemple, en 2021 un chirurgien « historique » spécialisé en orthopédie.

contexte, les taux d'occupation des lits atteignent, en fin de période, des niveaux très disparates en fonction des activités et des sites. Ainsi, en 2022, en médecine, le taux était de 93 % (pour 88,7 % concernant le 8^{ème} décile). Le taux d'occupation en chirurgie a retrouvé son niveau d'avant Covid avec 107,2 % en 2022 (contre 103 % en 2018). Enfin, en obstétrique le taux d'occupation (50 % en 2022) est resté constant mais très en deçà des taux les plus faibles de sa catégorie (8ème décile en 2021 : 73,1 %).

Tableau n° 6 : Les taux d'occupation des lits par discipline (hors ambulatoire)

		2018	2019	2020	2021	2022
<i>Médecine</i>	Nombre de lits	154	154	154	136	115
	<i>Taux d'occupation des lits (en %)</i>	82,9	78,8	72,1	81,7	93
<i>Chirurgie</i>	Nombre de lits	20	20	20	16	21
	<i>Taux d'occupation des lits (en %)</i>	103,0	94,1	80,1	84,4	107,2
<i>Obstétrique</i>	Nombre de lits	30	30	30	30	23
	<i>Taux d'occupation des lits (en %)</i>	46,8	46,7	46,0	45,5	50

Source : Hospidiag

3.1.3.2 L'hospitalisation complète : des durées moyennes de séjours conformes aux moyennes nationales

L'indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) permet de comparer sur la base du « casemix²³ » les durées moyennes de séjours de l'établissement, comparativement à des durées moyennes de séjour de référence. L'IP-DMS doit idéalement tendre vers 1, voire se situer en deçà de cette valeur.

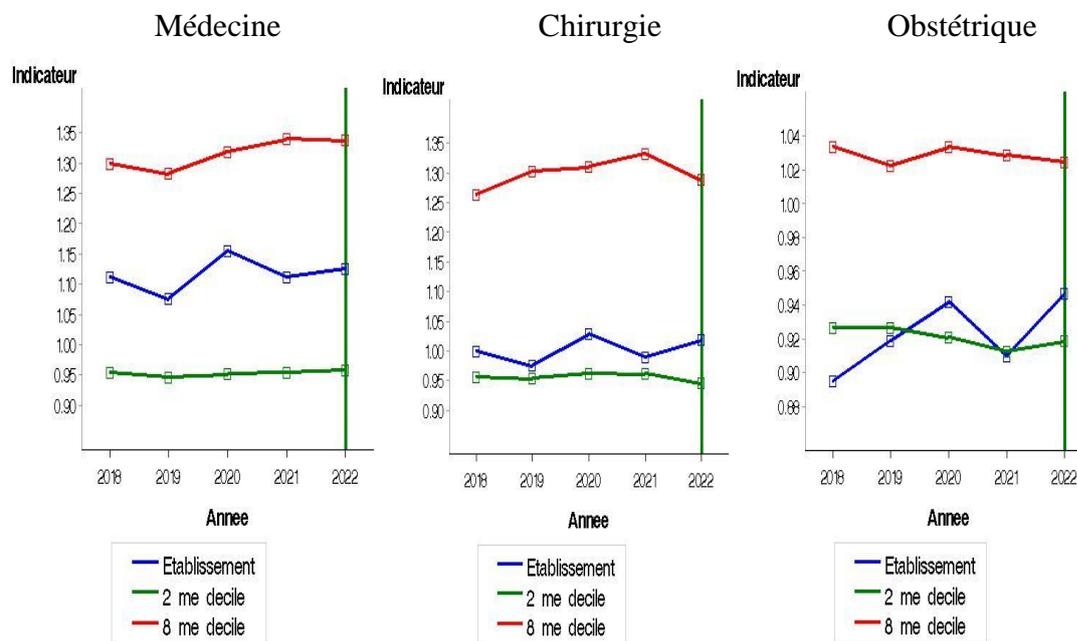
L'IP-DMS en médecine a été supérieur à 1 sur la totalité de la période. Néanmoins, il se situait dans la moyenne des établissements de même catégorie.

En chirurgie, l'établissement est proche, sur toute la période, des valeurs observées pour les 20 % des établissements les plus performants de sa catégorie.

Enfin, l'obstétrique présente des valeurs inférieures à 1 tout au long de la période, permettant à l'hôpital du Forez d'être proche des 20 % des établissements les plus performants de sa catégorie jusqu'en 2020. Depuis lors, les durées moyennes de séjours en obstétrique se sont allongées sur la période d'analyse, avec cependant une valeur continûment en deçà de 1.

²³ Terme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades (GHM), par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation, par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile, par catégorie majeure de diagnostic (CMD), par catégorie majeure clinique (CMC).

Graphique n° 6 : Durée de séjour : évolution comparée de l'IP-DMS du CHF et des établissements de même catégorie



Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.

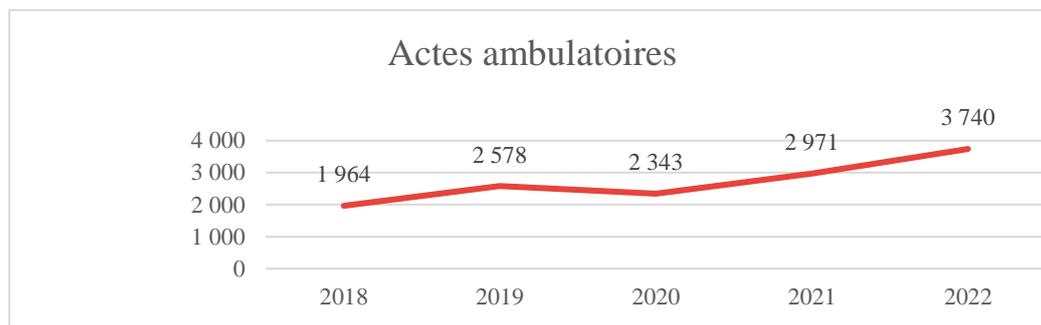
Source : CRC à partir des données disponibles sur Hospidiag.

3.1.3.3 Le virage ambulatoire²⁴ : une progression à la hauteur des établissements les plus performants de sa catégorie

L'activité ambulatoire du CHF a très fortement progressé durant la période sous revue (+ 90 %).

Cette évolution nécessite une forte capacité d'adaptation du CHF car les besoins ne sont pas les mêmes en comparaison des séjours (pas de dispositifs nocturnes, des soins de suite moins lourds...). C'est un enjeu managérial complexe car il convient de faire évoluer le personnel non médical à ces nouvelles pratiques dans des délais relativement courts.

²⁴ Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital (Rapport de la Cour des comptes octobre 2018) : « La conversion de prises en charge de jour requière de profondes réorganisations des soins à l'hôpital. La gestion des flux de patients doit y être fluidifiée dans le temps et l'espace, afin d'éliminer les « temps morts » de la prise en charge, ce qui suppose une coordination fine et réactive des différents temps médicaux et non médicaux. L'organisation hospitalière, historiquement liée à l'hébergement et structurée autour de services dotés de lits d'hospitalisation conventionnelle et les pratiques professionnelles des personnels soignants et administratifs (nature des actes et soins pratiqués, rythme de travail) s'en voient bouleversées. Le virage ambulatoire implique aussi des progrès majeurs en matière de coordination des prises en charge entre la ville et l'hôpital et de renforcement de l'accès aux soins primaires et à l'hospitalisation à domicile. Il s'agit de prévenir des hospitalisations en établissement, d'en limiter la durée et les effets délétères sur l'état des patients et d'accompagner ces derniers à leur retour à domicile, en prévenant ainsi de nouvelles hospitalisations. »

Graphique n° 7 : Progression de l'activité en médecine ambulatoire.

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

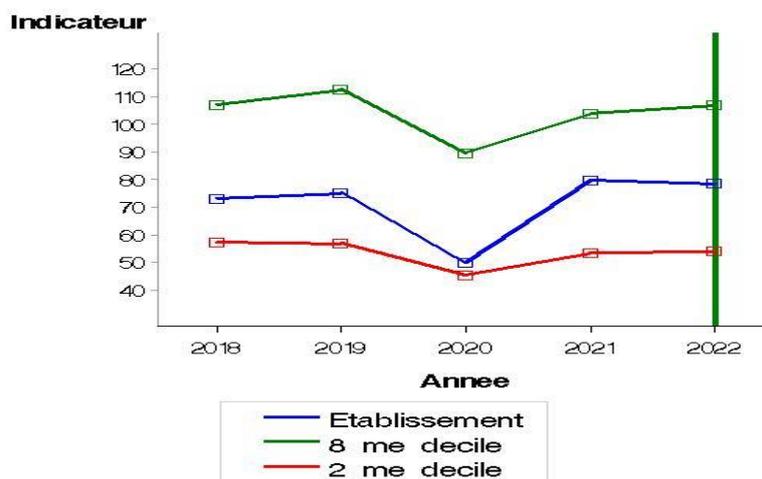
Les séjours en ambulatoires au CH du Forez ont représenté en moyenne 20 % de la zone d'attractivité entre 2018 et 2022 devant la clinique du Parc (17 %) et l'hôpital de la Loire (15 %). Le CHF a vu ses performances se dégrader en 2020 mais a retrouvé une forte progression dès 2021.

En termes de taux d'occupation des places, proche de 80 %, le CH du Forez se situe dans la moyenne des établissements de sa catégorie.

Tableau n° 7 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire

Chirurgie ambulatoire	2018	2019	2020	2021	2022
Taux d'utilisation des places	73,3 %	75,4 %	50 %	79,7 %	78,6 %

Source : Hospidiag

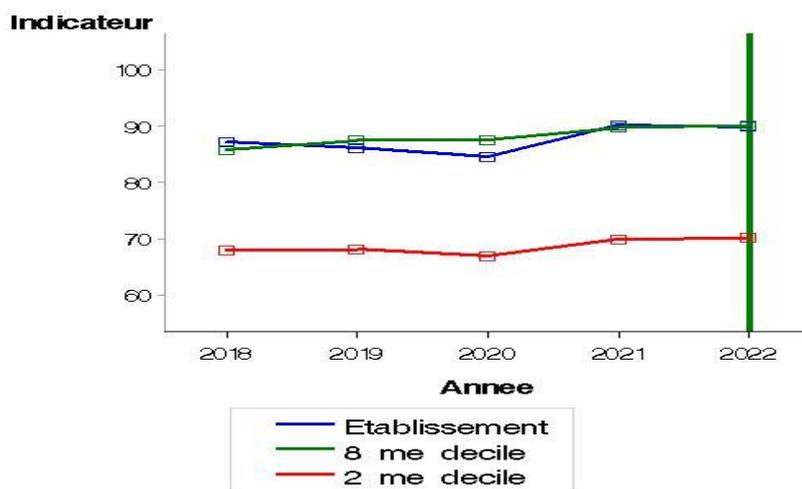
Graphique n° 8 : Taux d'occupation des places en ambulatoire dans les établissements de même catégorie

Lecture : le 8ème décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 2ème décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.

Source Hospidiag

Enfin, l'analyse des 18 gestes marqueurs²⁵, qui mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, place le CHF parmi les établissements les plus performants de sa catégorie et connaît une progression constante de ce taux (2018 : 87,22 % / 2022 : 90,02 %).

Graphique n° 9 : Évolution comparée du taux²⁶ des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire du CHF et des établissements de même catégorie



Lecture : le 8ème décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 2ème décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.

Source : Hospidiag

3.1.3.4 Une forte mobilisation des plateaux techniques

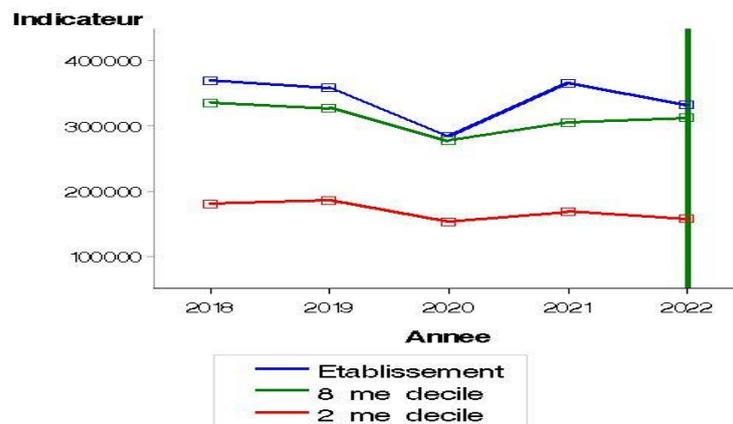
Le nombre de points d'indice de coût relatif (ICR), déterminé par salle d'intervention chirurgicale, permet de mesurer le niveau de mobilisation du plateau technique opératoire d'un établissement.

Les données relevées pour le centre hospitalier du Forez le placent depuis 2018 – avec ses 3 salles d'intervention chirurgicale - dans les 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants en ce domaine. L'établissement comptabilisait ainsi 332 984 ICR par salle d'intervention en 2022, pour un niveau moyen d'ICR supérieur ou égal à 313 327 constaté pour les 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants.

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

²⁵ Selon le site Hospidiag «Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche.

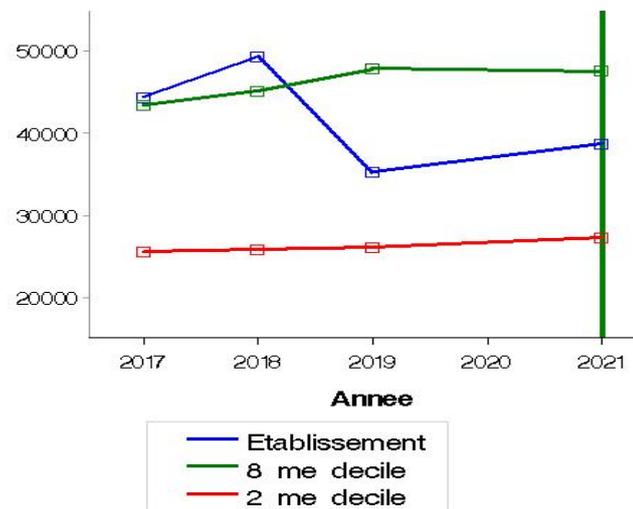
²⁶ Cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, au travers de l'analyse des 18 gestes marqueurs. Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche.

Graphique n° 10 : ICR par salle d'intervention

Lecture : le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.

Source Hospidiag

Par ailleurs, le nombre d'examens de biologie par technicien s'élevait en 2021, avec 38 797 examens, éloigné de celui des 20 % d'établissements de même catégorie qui enregistraient les meilleurs ratios durant cette même année (47 628 examens en 2021). Un décrochage a été constaté dès 2019 (35 295 examens) et n'a pas été rattrapé depuis lors. Ce constat met en évidence un niveau plus faible de productivité du personnel de laboratoire du centre hospitalier. Cette baisse s'explique par le transfert des analyses bactériologiques au CHU de Saint-Etienne et le maintien des personnels en poste.

Graphique n° 11 : Nombre d'examen de biologie par techniciens

Lecture : le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.

Source Hospidiag 2021

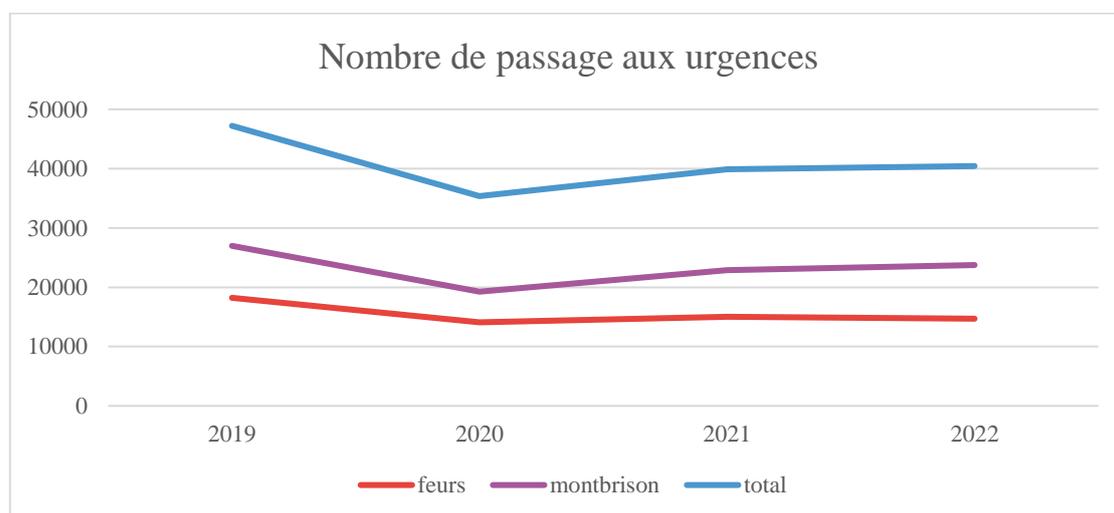
3.2 Une baisse de l'offre et de l'activité des urgences

3.2.1 Une activité des urgences en baisse²⁷

3.2.1.1 Les urgences du CHF accueillent des profils de patients variés

Le nombre de passages aux urgences a nettement chuté en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire, avec 35 368 rapports de passage aux urgences. En effet, et conformément à la tendance observée à l'échelle régionale, le nombre de venues dans les structures d'urgences foréziennes a notablement diminué sous l'effet de la mise en œuvre des mesures de confinement de la population, édictées cette année-là²⁸.

Graphique n° 12 : Évolution du nombre de passages aux urgences



Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHF

Postérieurement à 2020, le nombre de passages aux urgences n'est pas revenu à son niveau d'avant crise sanitaire. 40 456 résumés de passage aux urgences (RPU) ont ainsi été comptabilisés au titre de l'année 2022 (contre 47 215 en 2019).

L'exercice 2023 est marqué par la fermeture des urgences de Feurs. Le déport s'effectue sur les urgences de Montbrison et du CHU de Saint-Etienne mais également sur les maisons médicales de Montbrison et de Feurs ainsi que sur le centre de soins non programmés de Feurs.

²⁷ Fermeture des urgences de Feurs en avril 2023.

²⁸ Ainsi, durant le seul mois d'avril 2020 (soit la première période de confinement), près de 1 000 passages de moins ont été comptabilisés par rapport au mois d'avril 2019.

De multiples facteurs influent sur le niveau de recours aux urgences hospitalières

Des facteurs nombreux et divers peuvent conduire une population donnée à se tourner vers un service d'urgence, en cas de besoin de prise en charge médicale. La combinaison de ces facteurs, sur un territoire, a ainsi une incidence directe sur le taux de recours aux urgences hospitalières.

Dans une étude parue en septembre 2017, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) identifiait deux grandes catégories de déterminants territoriaux à l'origine du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation²⁹.

Les premiers facteurs identifiés tiennent aux caractéristiques de la population locale et, plus précisément, à l'état de santé, au niveau de vie et à la situation géographique des personnes concernées. L'IRDES notait ainsi que les communes caractérisées par des taux de mortalité plus élevés, une population plus âgée et une proportion de personnes âgées en ALD plus importante ont des taux de recours aux urgences plus élevés. De plus, le taux de recours aux urgences est plus faible dans les communes où le revenu médian est plus élevé. On constate aussi un effet significatif de la proximité géographique des services d'urgence sur le recours. Plus la commune est située près d'un service d'urgences, plus le taux de recours aux urgences est élevé.

La seconde catégorie de facteurs est liée à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire considéré. D'abord, dans les communes où la part de consultations (rémunérées) en permanence des soins est plus élevée, les taux de recours aux urgences sont plus faibles. Ensuite, l'accessibilité des médecins généralistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et des ophtalmologistes permet de réduire le recours aux urgences.

La presque totalité des quarante mille patients accueillis en 2022 au sein de la structure des urgences sont domiciliés à moins d'une heure de route du CHF. Seulement plus de 3 % des patients provenaient de territoires situés à plus d'une heure de route de l'établissement, en 2022 (source : données de l'ORU fournies par le CHF).

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) relevait dans une étude de mars 2017, que « *Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière. Leurs conditions de vie et les affections liées à l'âge entraînent une fragilité supplémentaire chez ces patients. Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes* »³⁰. Une forte proportion de personnes âgées parmi les patients fréquentant un service des urgences induit ainsi une plus grande complexité des prises en charge pour cette structure.

En 2022, au sein de la structure forézienne, la part de patients âgés de 75 ans et plus correspond à 19,6 % sur le site de Feurs et 13,9 % sur le site de Montbrison depuis plusieurs années.

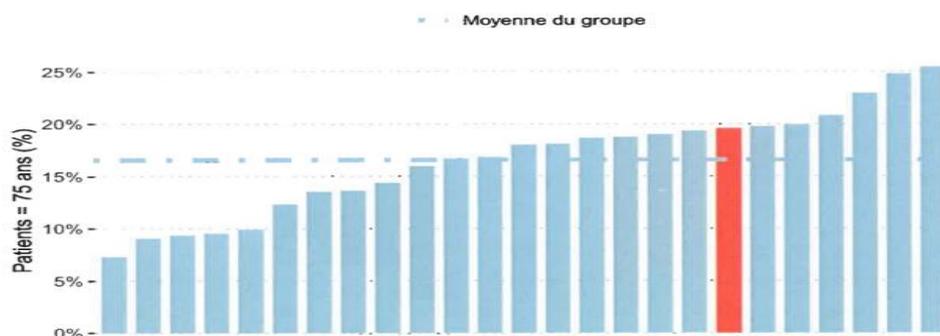
Cette proportion de personnes âgées apparait comme plus importante sur le site de Feurs que celle rencontrée dans les structures d'urgence disposant d'un volume d'activité comparable

²⁹ « Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation », DT n° 72, IRDES, septembre 2017.

³⁰ DREES, Etudes et Résultats n°1007, mars 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier ».

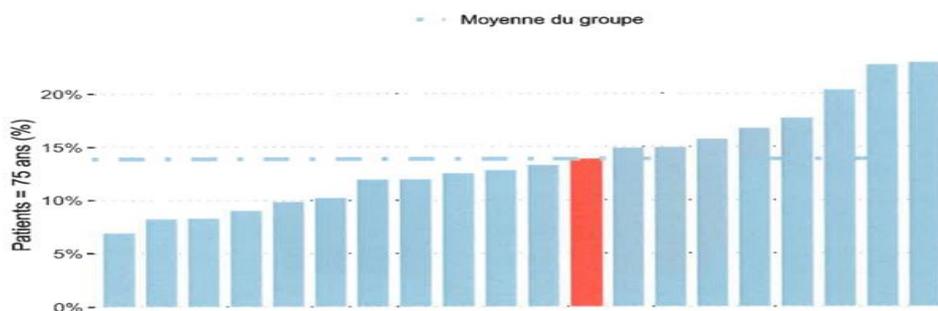
(16,6 %). Les urgences de Montbrison sont dans la moyenne des structures d'urgence disposant d'un volume d'activité comparable.

Graphique n° 13 : Proportion de passages aux urgences du CH Feurs qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans (en rouge) – données 2022



Source : Données de l'ORU fournies par le CH Feurs. Les barres bleues correspondent à la proportion de passages aux urgences qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans dans les autres structures de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publiques et privées, enregistrant moins de 20 000 passages par an.

Graphique n° 14 : Proportion de passages aux urgences du CH site de Montbrison qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans (en rouge) – données 2022



Source : Données de l'ORU fournies par le CH site de Montbrison. Les barres bleues correspondent à la proportion de passages aux urgences qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans dans les autres structures de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publiques et privées, enregistrant entre 20 000 et 30 000 passages par an.

Le nombre de sorties SMUR qui prend en charge des patients en situation d'urgence médicale, en dehors de l'hôpital (sorties qualifiées de « primaires »), a fortement chuté en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire (- 19 % de sorties de moins en 2020 par rapport à 2019). Ce nombre est progressivement remonté par la suite, sans toutefois retrouver son niveau d'avant crise sanitaire.

La chambre constate que l'existence de deux lignes SMUR n'apparaît pas optimale notamment au regard du nombre de sorties et plus particulièrement à Feurs où le plateau technique est moins conséquent que celui de Montbrison. Cette organisation est consommatrice de ressources médicales.

Les sorties SMUR correspondant au transfert d'un patient de l'hôpital à un autre établissement (sorties qualifiées de « secondaires ») n'ont pas représenté plus de 7 % des sorties totales. Leur nombre a suivi la même tendance d'évolution que celle observée pour les sorties primaires.

Tableau n° 8 : Nombre de sorties SMUR site de Feurs

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombre de sorties primaires</i>	462	374	306	370	417
<i>Nombre de sorties secondaires</i>	55	41	32	35	33
<i>Nombre total de sorties</i>	517	415	338	405	450

Source : site de l'ATIH

Tableau n° 9 : Nombre de sorties SMUR site de Montbrison

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombre de sorties primaires</i>	440	428	341	328	371
<i>Nombre de sorties secondaires</i>	4	5	5	5	1
<i>Nombre total de sorties</i>	444	433	346	333	372

Source : site de l'ATIH

3.2.2 Un faible degré de gravité des cas

A l'image de la situation rencontrée à l'échelle des établissements de santé de même catégorie³¹, les pathologies diagnostiquées aux urgences du CHF se situent, pour l'essentiel, en dehors du champ de la traumatologie (un quart seulement des diagnostics principaux appartenait à cette dernière discipline médicale en 2022).

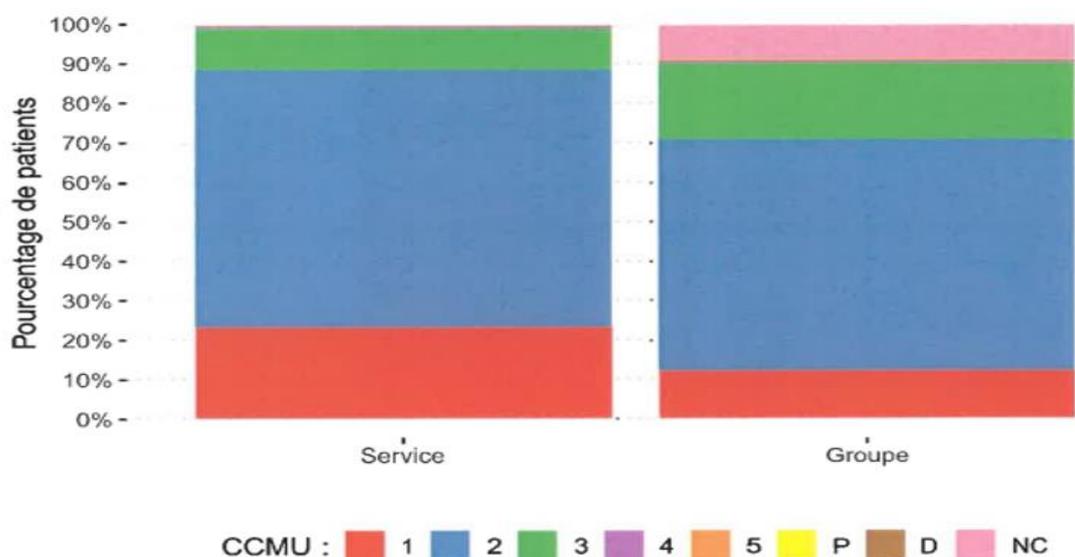
Les données renseignées par les médecins de la structure font apparaître une forte proportion de patients dont l'état de santé s'avère peu affecté, par référence à la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)³². Ainsi, les deux sites foréziens ont connu jusqu'en 2022 une fréquentation en CCMU 1 et 2 supérieure à leur groupe respectif. La CCMU 2, en fonction de l'état clinique du patient, peut relever de la médecine de ville ou d'une prise en charge au CHF. La diminution des médecins généralistes³³ sur Feurs et Montbrison n'explique qu'en partie ce phénomène de recours « excessif » aux services des urgences en lieu et place d'une consultation médicale.

³¹ Catégorie des établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics comme privés - enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an.

³² En effet, selon les données produites par l'établissement, près de 70 % des cas pris en charge en 2022 relevaient du plus faible niveau de gravité (CCMU 1). Et environ 2% des patients étaient classés dans la catégorie immédiatement supérieure (CCMU 2).

³³ Nombre de médecins généralistes Feurs/Montbrison : 2018 : 30 / 2022 : 28.

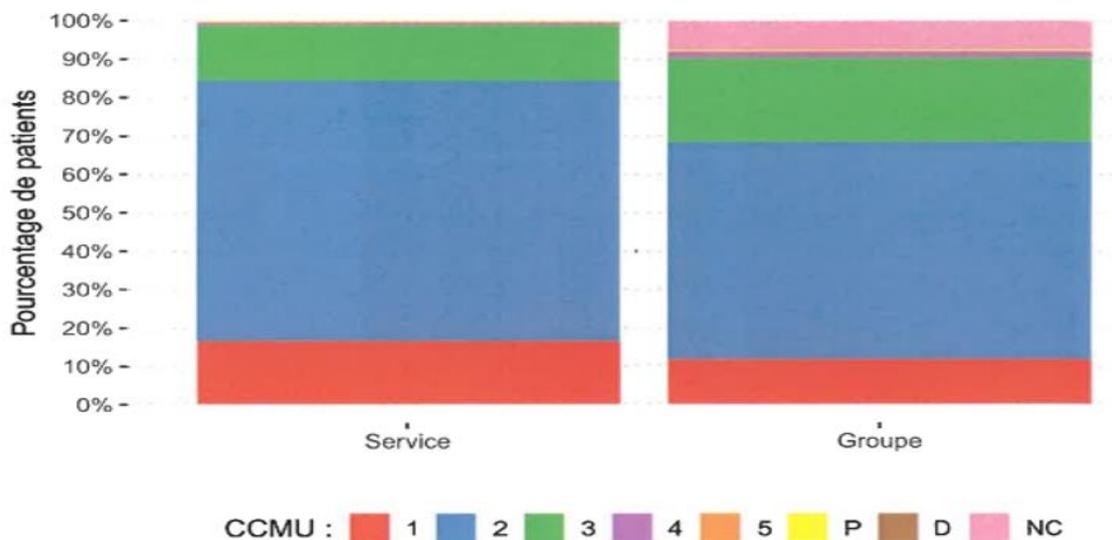
Graphique n° 15 : Répartition des passages selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU³⁴) – données 2022 – site de Feurs



Source : Données de l'ORU fournies par le CHF ; le « service » correspond au CHF ; le « groupe » de référence correspond à l'ensemble des établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics et privés – enregistrant moins de 20 000 aux urgences par an ; NC : donnée non renseignée ou non conforme

³⁴ CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences. CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate. CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation. CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Graphique n° 16 : Répartition des passages selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) – données 2022 – site de Montbrison

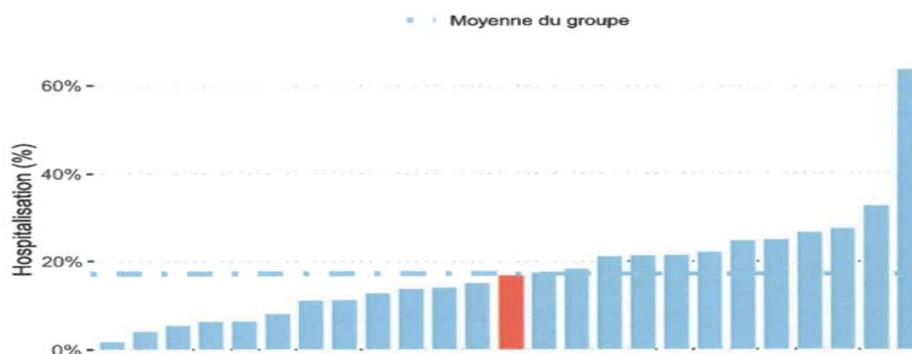


Source : Données de l'ORU fournies par le CHF ; le « service » correspond au CHF ; le « groupe » de référence correspond à l'ensemble des établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics et privés – enregistrant entre 20 000 et 30 000 passages aux urgences par an ; NC : donnée non renseignée ou non conforme

Le niveau des hospitalisations après passage aux urgences – en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans toute autre unité d'hospitalisation – se situe dans la moyenne des établissements du groupe.

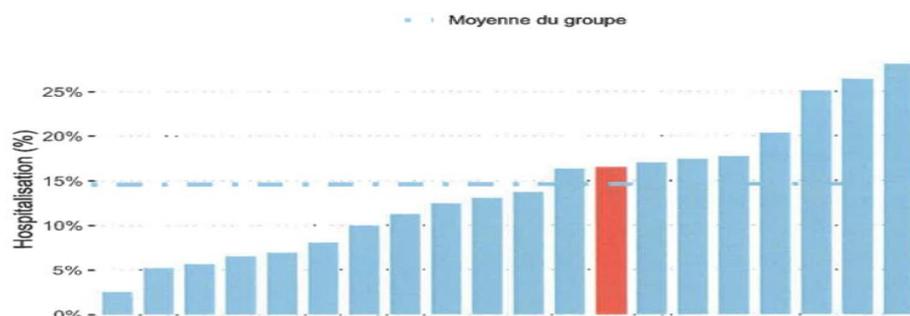
En 2022, le taux d'hospitalisation atteignait sur les deux sites un peu plus de 16 %. En d'autres termes, près d'un patient accueilli aux urgences foréziennes sur cinq faisait alors l'objet d'une hospitalisation à sa sortie des urgences.

Graphique n° 17 : Taux d'hospitalisation après passage aux urgences du CHF site de Feurs (en rouge) – données 2022



Source : Données de l'ORU fournies par le CHF. Les barres bleues correspondent aux taux d'hospitalisation après passage aux urgences enregistrés dans les autres établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publics et privés, enregistrant moins de 20 000 passages aux urgences par an

Graphique n° 18 : Taux d'hospitalisation après passage aux urgences du CHF site de Montbrison (en rouge) - données 2022



Source : Données de l'ORU fournies par le CHF. Les barres bleues correspondent aux taux d'hospitalisation après passage aux urgences enregistrés dans les autres établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publics et privés, enregistrant entre 20 000 et 30 000 passages aux urgences par an

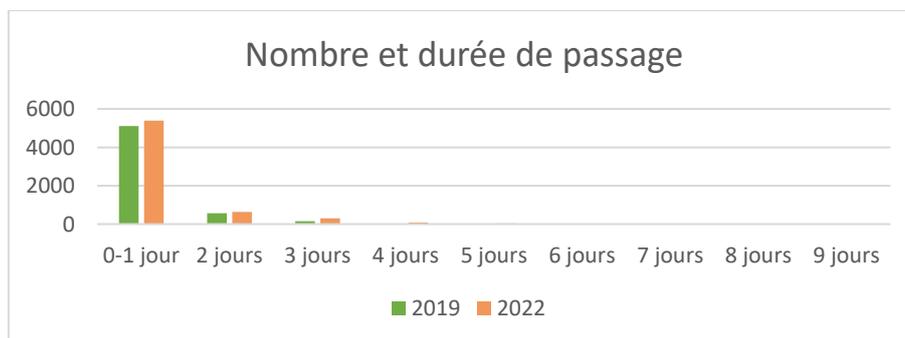
3.2.3 L'hospitalisation en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

La quasi-totalité de patients en UHCD provient des urgences. Près de 51 % des séjours en UHCD étaient réalisés par des patients âgés de 70 ans et plus en 2022.

Selon les préconisations de la SFMU³⁵, le séjour en UHCD ne devrait pas dépasser 24 heures. En l'espèce, 83 % des patients sont restés dans cette unité une journée contre 13 % qui y ont séjourné 2 à 3 jours (de l'ordre de 935 passages en 2022). Seuls 4 % des admis en UHCD ont séjourné plus de 72 heures. L'absence chronique de places en aval explique, pour partie, cette situation.

Dans la charte de fonctionnement de la structure d'urgence, datant de 2021, l'établissement ne précise pas la durée d'hospitalisation maximale dans cette unité.

Graphique n° 19 : Répartition des passages en UHCD en fonction de leur durée



Source : CRC à partir des données de l'établissement

³⁵ Société française de médecine d'urgence.

Près de la moitié des patients qui sortent de l'UHCD poursuivent leur hospitalisation dans une unité de soins de court séjour. Si cette hospitalisation se fait le plus souvent au CHF, les transferts vers un autre établissement hospitalier ont concerné 11 % des personnes sortant de l'UHCD en 2022. Les transferts internes se réalisent notamment en direction des unités d'hospitalisation de psychiatrie.

Pour l'autre moitié des patients, la sortie de l'UHCD se traduit par un retour au domicile. Cette orientation concerne des structures d'hébergement médico-sociale pour une faible proportion de patients, soit 2 % des personnes prises en charge, en 2022.

3.2.4 Une fermeture des urgences de Feurs sous tension

La loi Rist, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, a été votée en 2021, dans le but d'encadrer et de contrôler le recours à l'intérim médical, en s'appuyant sur les comptables publics qui ont pour mission d'interdire la mise en paiement de factures dont le montant excède le plafond (fixé en 2016, à 1 170 € bruts pour 24h de travail).

Le 3 avril 2023, le conseil de surveillance du centre hospitalier du Forez s'est réuni afin d'acter le plafonnement de la rémunération des intérimaires et d'être informé de ses conséquences. Pour protester contre cette décision, de nombreux intérimaires, qui étaient affectés au site des urgences de Feurs, ont décidé de cesser leur collaboration avec le centre hospitalier, ce qui a conduit à la fermeture du site de Feurs. Des syndicats, des médecins et des membres du comité de défense et du soutien du CH du Forez se sont rassemblés à plusieurs reprises devant le site de Feurs pour protester contre sa fermeture. A cette occasion, un mannequin à l'effigie du directeur, revêtu d'un pantalon blanc et d'une blouse blanche a été pendu à l'entrée du site. Sur le mannequin était inscrite une mention « outrancière et offensante³⁶ » visant le directeur de l'établissement. En conséquence, ce dernier a sollicité le 24 avril 2023, la protection³⁷ fonctionnelle auprès de l'ARS et a porté plainte pour outrage à personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public (article 433-5 du code pénal).

Depuis avril 2023, seules les urgences de Montbrison (service des urgences et SMUR) assurent une prise en charge 24h/24 et 7j/7. Le projet d'une implantation sur le site de Feurs d'une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU) composée d'une infirmière et d'un aide-soignant ambulancier devant assurer une permanence de 21 heures à 9 heures, ne sera pas mis en place, à la suite de la décision du conseil de surveillance du 23 décembre 2023. En cas d'urgences, la population du bassin de Feurs doit donc joindre le SAMU.

Le dispositif des urgences reste quasi inchangé sur le site de Montbrison avec 7 salles dont 3 salles d'hospitalisation (une pour le déchocage), 2 salles de consultations, 1 salle de petite chirurgie et 1 salle de plâtre autour d'un îlot central médical et paramédical. Selon les utilisateurs, ce dispositif qui date des années 90 ne correspond plus aux besoins actuels et a

³⁶ Propos repris dans le courrier de l'ordonnateur à l'ARS daté du 24 avril 2023.

³⁷ L'article L. 134-5 du code général de la fonction publique dispose ; « *La collectivité publique est tenue de protéger l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de sa personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.* »

pour conséquence des installations fréquentes de patients dans l'îlot central et sans possibilité de sectorisation de l'accueil des patients (enfants, adultes, patients psychiatrique, gynécologie...).

Lors de la fermeture des urgences de Feurs, 6 lits ont été rapatriés sur le site de Montbrison totalisant ainsi un nombre de 12 lits.

3.3 Une forte baisse de l'hospitalisation en soins médicaux de réadaptation

Le nombre de séjours de soins médicaux de réadaptation (SMR) en hospitalisation complète baisse de 37 % entre 2018 et 2022 et s'établit à 411 séjours en 2022. La valorisation globale est estimée à 3,36 M€ en 2022.

Tableau n° 10 : SMR 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Variation 2018-2022
<i>Nb séjours SMR en hospitalisation complète</i>	657	575	565	443	411	- 37 %
<i>Nombre de patients</i>	545	510	501	408	375	- 31 %
<i>Valorisation globale</i>	4 504 381	4 156 632	4 317 078	3 307 286	3 364 094 ³⁸	- 25 %
<i>Nb de lits</i>	60	60	60	60	45	- 25 %

Source : CH du Forez

Ce retrait d'activité trouve son origine, notamment, dans la diminution de la capacité d'accueil consacrée à ce type de prise en charge, réduction capacitaire survenue en 2022 (de 60 lits à 45 lits, passage de chambre double en chambre simple).

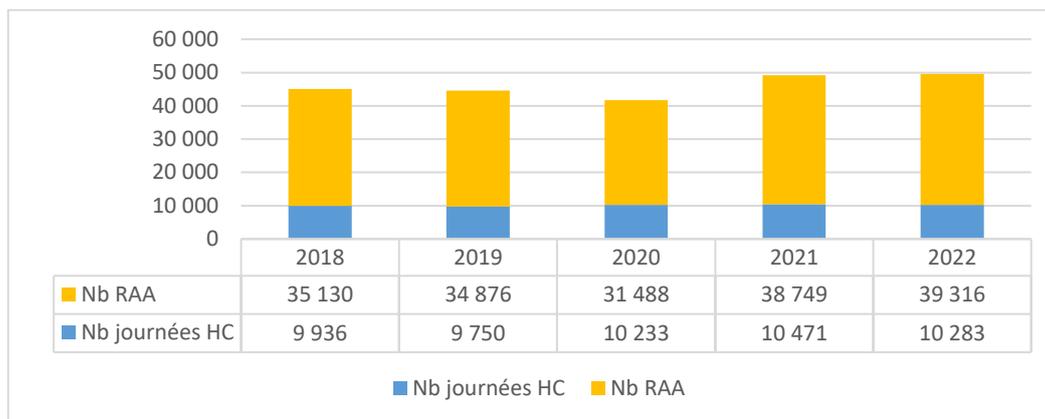
3.4 La psychiatrie, une activité en progression

Le CHF assure la prise en charge en santé mentale des deux secteurs territoriaux de Feurs et de Montbrison.

Le CH du Forez dispose de 31 lits (dont 3 en SATI³⁹) en hospitalisation complète en 2023 (28 lits en 2018). Le nombre de journées d'hospitalisation complète en psychiatrie adultes a augmenté de près de 3,5 % entre 2018 et 2022. La baisse du taux occupation des lits (93 % en 2022 contre 97 % en 2018) s'explique par l'augmentation capacitaire (+ 3 lits) et par un report sur l'activité ambulatoire (+ 13 % sur la période sous revue).

³⁸ La progression de la valorisation s'explique par le fait que le CHF était financé sur le volet T2A uniquement à 10 % de l'activité réelle, sur 2022 les SMR étaient encore des SSR avec un financement au forfait + IFAQ qui représentaient environ 90% des volumes financiers perçus et qui suivaient donc la tendance des valorisations du forfait. Il y avait une réelle décorrélation entre l'activité réelle et le financement, une fermeture de lit n'avait donc que très peu d'incidence sur les financements, ce qui n'est plus le cas maintenant au regard de la réforme des financements des SMR.

³⁹ Service d'accueil temporaire intersectoriel.

Graphique n° 20 : Évolution de l'activité de psychiatrie

Source : CRC à partir des données des rapports d'activité produits par le CHF
 RAA : résumé d'activité ambulatoire
 HC : hospitalisation complète

Tableau n° 11 : Nombre de lits et places 2021

Indicateurs	Nbre lits et places
Psychiatrie infanto-juvénile - HC	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Alternative à l'HC	12
Psychiatrie générale - HC	31
Psychiatrie générale - Alternative à l'HC	20
Hospitalisation à domicile en médecine	0

Source : SIRSé 2021)

La file active totale – qui correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année – connaît une progression constante sans fléchissement pendant la crise sanitaire. Les exercices 2021 et 2022 ont connu une nette augmentation par rapport à 2018 (+ 13,4 %). Une des explications avancées est l'évolution de la manière de suivre les patients avec une moindre hospitalisation mais un suivi plus à domicile. En réponse à la chambre, l'ARS indique qu'elle a soutenu « le CH du Forez qui a bénéficié⁴⁰ de renforts de moyens ces dernières années ».

⁴⁰ Crédits effectivement délégués :

2019 : AAP nat : HdJ ado (soins intensifs) - Equipe mobile : Délégation de 50% du montant : 232 759 € ; **2020** : AAP nat : CTP unité trouble précoce (0-3 ans) : 250 250 € ; **2021** : Marge régionale : HdJ ado (soins intensifs) CNR travaux aménagement 240 000 € ; **2021** : Env Nat : Renfort Psychologue en CMP : 61 850 € (recrutement au 01/10/2021) ; **2021** : Env Nat : renfort EMPP : 50 000 € ; **2022** : Marge ARS : 0,20 ETP de neuropsychologue pour la réhabilitation psychosociale : 6 660 € (uniquement 0,10 ETP embauchés à ce jour) ; **2023** : Marge ARS : Renfort de l'équipe de réhabilitation psycho-sociale : 12 223 € délégués en 2023 et EAP de 108 882 € prévue au BP 2024 (soit un total de 121 105 €) ; **2024** : Env Nat : création d'une équipe mobile de géronto-psy : 240 000 € au BP 2024 »

Tableau n° 12 : Psychiatrie en hospitalisation complète et en ambulatoire

	2018	2019	2020	2021	2022	Évol 2022-2018
<i>Nb journées HC</i>	9 936	9 750	10 233	10 471	10 283	+ 3 %
<i>Nb journées exploitables⁴¹</i>	10 220	10 220	11 315	11 315	11 105	+ 9 %
<i>Taux d'occupation des lits</i>	97%	95%	90%	93%	93%	-
<i>Nb RAA</i>	35 130	34 876	31 488	38 749	39 316	+ 12 %
<i>File active totale</i>	3 504	3 728	3 633	3 938	3 968	+ 13 %

Source : CH du Forez

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

De 2018 à 2022, 42 lits ont été supprimés, soit une réduction de 21 % des capacités d'hospitalisation. La médecine est principalement concernée par cette baisse (34 lits) mais également la chirurgie (6 lits) et enfin l'obstétrique (2 lits). Si l'établissement n'a pas retrouvé son niveau d'activité d'avant Covid, l'activité ambulatoire, quant à elle, a progressé fortement. Le centre hospitalier est victime d'un taux de fuite vers le CHU stéphanois notamment dans le domaine chirurgical et pour les pathologies les plus sévères. Par ailleurs, la chambre relève que l'évolution en valeur recule de 6 % depuis 2018, ce qui indique que les actes pris en charge au CHF sont moins rémunérateurs.

Les urgences du CHF sont dans la moyenne des structures d'urgence disposant d'un volume d'activité comparable. Les données renseignées par les médecins de la structure font apparaître une forte proportion de patients dont l'état de santé s'avère peu affecté, par référence à la classification clinique des malades aux urgences (CCMU). L'année 2023 a été marquée par la fermeture des urgences de Feurs dans un climat tendu. Le déport s'effectue sur les urgences de Montbrison et du CHU de Saint-Etienne mais également sur les maisons médicales de Montbrison et de Feurs ainsi que sur le centre de soins non programmés.

⁴¹ En hospitalisation complète, un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits » exploitables sur l'année (ou 366 les années bissextiles). Les exceptions permettant de ne pas compter les journées sont très strictement définies : travaux ou désinfection. Les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne sont pas déduites. En hospitalisation de semaine, les journées-lits exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités. Les journées de week-end et les jours fériés sont déduits.

4 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES

4.1 Des budgets approuvés avec réserve par l'ARS

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'établissement public de santé est l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles.

Le directeur de l'EPS fixe l'EPRD et le plan global de financement pluriannuel (PGFP), document financier prospectif sur cinq ans. Ces deux documents sont transmis en même temps au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour approbation.

L'EPRD est constitué des « comptes de résultat⁴² prévisionnels principal et annexes » et d'un « tableau⁴³ de financement prévisionnel » relié par la capacité d'autofinancement (CAF), aux termes de l'article R. 6145-13 du CSP.

En vertu de l'article R. 6145-11 du CSP, l'EPRD doit remplir les conditions suivantes : chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre (...) ; les recettes et les dépenses sont évaluées de façon sincère ; la capacité d'autofinancement de l'établissement figurant (dans le tableau de financement prévisionnel mentionné au 3° de l'article R. 6145-13) est suffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts à échoir au cours de l'exercice.

Aux termes des articles L. 6143-4 et R. 6145-29 du CSP, l'EPRD et le PGFP sont réputés approuvés si le directeur général de l'ARS n'a pas fait connaître son opposition dans les trente jours suivant la réception du projet de l'EPRD.

En application de l'article D. 6145-31 du CSP, le directeur général de l'ARS peut s'opposer au projet d'EPRD lorsque celui-ci n'est pas fixé conformément aux dispositions de l'article R. 6145-11 ou pour un ou plusieurs des motifs⁴⁴ suivants, et en particulier « *en cas de situation financière dégradée* ».

⁴² Au compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) sont prévues et autorisées les opérations d'exploitation, à l'exclusion de celles qui sont retracées dans un compte de résultat prévisionnel annexe ; au compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA), sont prévues et autorisées les opérations d'exploitation relative à chacune des activités mentionnées à l'article R. 6145-12 du CSP.

⁴³ Au tableau de financement prévisionnel (TFP) sont prévues et autorisées les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des activités de l'établissement.

⁴⁴ Les motifs de non approbation du projet d'EPRD aux termes de l'article D. 6145-31 du CSP sont :

- Les prévisions de recettes excèdent les ressources fixées en application des articles L. 162-22-10 et R. 162-33-16 du code de la sécurité sociale ;
- Les prévisions de recettes sont fondées sur des prévisions d'activités manifestement erronées, portent sur des activités non autorisées, ou sont fondées sur des augmentations d'activités incompatibles avec les objectifs du schéma régional de santé ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Le projet d'EPRD ne tient pas compte des engagements prévus au contrat pluriannuel mentionné ci-dessus et de son exécution ;
- En cas de situation financière dégradée, les mesures de redressement de la situation financière adoptées par l'établissement ne sont pas adaptées.

En vertu des dispositions de l'article D. 6145-33 du CSP : « *Le directeur général de l'ARS peut formuler des observations sur le projet d'EPRD sans assortir cet avis d'un refus exprès d'approbation* ».

En application de l'article D. 6145-67 du CSP, le directeur général de l'ARS peut s'opposer au projet de plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour un ou plusieurs motifs suivants :

- Le résultat prévisionnel (du dernier exercice du plan) fait apparaître un déséquilibre financier (au regard des critères définis par le décret pris en application de l'article L. 6143-3 ou l'évolution des résultats prévisionnels du plan est incompatible avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement) ;
- Les niveaux⁴⁵ d'investissement ou d'endettement financier à long terme de l'établissement ne sont pas compatibles avec la situation financière présente et future de l'établissement.

Les critères de déséquilibre financier sont fixés par l'article D. 6143-39 du CSP (modifié par décret n° 2010-425 du 29 avril 2010, pris en application de l'article L. 6143-3 du CSP) :

- 1° Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède 10 M€, le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire supérieur à 3 % du total des produits (du compte de résultat principal de l'exercice, en vertu du point 1° b) de l'article D. 6143-39 du CSP) ;
- 2° Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède 10 M€, le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire calculé dans les conditions prévues au 1°, et, soit la capacité d'autofinancement (...) représente moins de 2 % du total des produits toutes activités confondues de l'établissement, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement ;
- 3° La capacité d'autofinancement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts (...).

En l'espèce, durant toute la période de 2018 à 2023, le directeur général de l'ARS a approuvé le projet d'EPRD avec réserves (en vertu de l'article D. 6145-33 du CSP) et a toujours refusé d'approuver le PGFP.

Ainsi, le directeur général de l'ARS, par décision⁴⁶ du 11 mai 2023, a-t-il approuvé le projet d'EPRD de 2023 qui présente un déséquilibre d'exploitation du budget principal estimé à 26,2 M€ (représentant 29,9 % des produits), une insuffisance d'autofinancement (ou capacité d'autofinancement brute négative) de 22,4 M€ et une capacité d'autofinancement nette (après remboursement de la dette) négative de 23,3 M€.

Par cette même décision, il a refusé d'approuver le PGFP 2023-2027, la situation du CHF restant préoccupante ; ce document présente un déficit d'exploitation du budget principal

⁴⁵ En vertu de l'article D. 6145-68 du CSP, pour apprécier l'évolution des résultats et les niveaux de l'investissement et de l'endettement (mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 6145-67), le DG de l'ARS prend en compte la structure du haut de bilan, la durée apparente de la dette, la capacité d'autofinancement et la contribution de celle-ci au financement des investissements, (ainsi que les évolutions, sur la durée du plan, du résultat, de la marge brute, et du renouvellement des immobilisations).

⁴⁶ En préambule, le DG de l'ARS indique : « *Au-delà des aspects règlementaires, le contexte de crise sanitaire qui perdure cette année rend à nouveau difficile les projections en matière de recettes et de dépenses, du fait de l'instabilité de l'activité, des ressources médicales et paramédicales et de plusieurs réformes de financement majeures dont les impacts budgétaires ne sont pas connus à ce jour* ».

évoluant de 24,5 M€ en 2024 et 2025, 19,8 M€ en 2026 et 15,3 M€ en 2027 (représentant respectivement 27 % en 2024 et 2025, 21 % en 2026, et 15,9 % en 2027 des produits de ce même budget). Le niveau d'insuffisance d'autofinancement moyenne sur la durée du PGFP (2023-2027) est de 19 M€ et oscille entre 22,4 M€ (en 2023) à 12,8 M€ (en 2027).

Le programme d'investissement sur la période de 2023 à 2027 s'élève à un montant global de 33,6 M€ dont plus de 24 M€ d'opérations majeures (rénovation du bloc opératoire, mise en sécurité incendie des bâtiments du site de Montbrison).

Concernant l'exécution du budget, le CHF présente une situation financière « dégradée » au regard des critères de déséquilibre financier fixés par l'article D. 6143-39 du CSP, en particulier en 2022.

Tableau n° 13 : Evolution du résultat net comptable du budget principal et du niveau de capacité d'autofinancement du CHF au regard des critères de déséquilibre financier (article D. 6143-39 du CSP)

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Niveau du résultat net comptable du compte de résultat principal	- 4,1 %	- 0,8 %	- 0,1 %	3,7 %	- 5,6 %
Niveau de CAF Brute (consolidé)	0,6 %	2,7 %	3,1 %	5,6 %	- 2 %
Niveau de CAF Nette (consolidé)	- 716 000 €	1 657 000 €	2 401 000 €	5 698 000 €	-3 251 000 €

Source : Données du comptable public

4.2 Des comptes globalement fiables

4.2.1 Le suivi des immobilisations

Aux termes de l'instruction budgétaire et comptable M21, le directeur d'un établissement public de santé tient l'inventaire comptable des immobilisations.

Des travaux de comparaison entre l'état de l'actif établi par le comptable public et l'inventaire tenu par les services du CHF ont été effectués en 2022 et 2023, pour se poursuivre en 2024, en vue d'identifier et d'extraire de l'inventaire comptable les éléments anciens n'ayant plus de réalité physique. Les premières opérations ont porté sur les équipements biomédicaux, puis sur le matériel informatique et les constructions. Ces travaux ont donné lieu à des mises à jour des fichiers et à un recensement physique de ces immobilisations.

Les services de l'ordonnateur ont indiqué que la mise à jour de l'inventaire des équipements hôteliers s'effectuera en 2024, en vue d'un recensement complet de ces biens.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre cette démarche tendant à actualiser les données de son fichier des immobilisations corporelles.

4.2.2 Le suivi des créances d'exploitation

L'état des restes à recouvrer du budget principal au 31 décembre 2022 fait apparaître quelques créances anciennes, en nombre relativement restreint.

Parmi les créances restant à recouvrer, les titres émis antérieurement à 2018 (soit plus de quatre ans d'ancienneté) sont au nombre d'une vingtaine pour un montant total de l'ordre de 1,469 M€. Ces créances (concernant des hospitalisés et consultants et le CHU de Saint-Étienne) font l'objet d'un suivi attentif par le comptable et l'ordonnateur. La plupart ont fait l'objet d'une provision pour dépréciation des comptes de tiers (par l'inscription au compte 49).

Deux titres émis en 2015 envers le CHU de Saint-Etienne, d'un montant total de 1,442 M€, ont fait l'objet d'une provision pour litige (inscrite au compte 1511). Il s'agit de transports SMUR secondaires, toujours impayés, malgré les courriers⁴⁷ émis par le CHF (sollicitant une convention transactionnelle afin de régler ce différend).

Au demeurant, au 31 décembre 2022, le montant total des créances envers la Caisse d'assurance maladie et les caisses de sécurité sociale (comptes 4112 et 4113) s'élève à 12,6 M€ (dont 12,15 M€ concernent des titres émis au cours de l'exercice 2022). Le montant total des créances envers les hospitalisés et consultants (inscrits aux comptes 4111 et 4161) est de 578 000 € (dont 405 000 € concernent des titres émis au cours de l'exercice 2022). Le montant des créances envers les autres tiers payants s'élève à 1,7 M€ (dont la quasi-totalité des titres ont été émis au cours de l'exercice 2022).

L'état des créances restant à recouvrer établi par le comptable public est correctement annoté des diligences effectuées ; l'examen de ce document n'appelle pas de remarque particulière.

Des réunions sont organisées régulièrement (au moins trois fois par an, au printemps, en septembre et en fin d'année) entre les services du CHF et la trésorerie, aux cours desquelles sont examinées ces créances et celles pouvant être admises en non-valeur ; le montant de celles-ci est de l'ordre de 100 000 € par an de 2018 à 2020 et de 19 000 € en 2022 (sur le budget principal).

Le CHF envisage de formaliser le suivi des créances restant à recouvrer et d'écrire un règlement de fonctionnement.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre le suivi des créances restant à recouvrer, en lien avec le comptable public.

4.2.3 Les reports de charges

Les reports de charges correspondent à des charges sur exercice antérieur qui n'ont pas pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent, en dehors des cas d'omission (entraînant une correction d'erreur). Leur comptabilisation doit être exclusivement liée à une

⁴⁷ Cf. lettre du 8 janvier 2018 de l'administrateur provisoire du CHF.

insuffisance de crédits limitatifs⁴⁸ disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné.

Des charges ont donné lieu à report alors qu'elles concernaient des chapitres comportant des crédits à caractère évaluatif et devaient donc faire l'objet de rattachement à l'exercice concerné. Les charges non rattachées à l'exercice 2021 (du budget principal) à caractère médical (compte 67228) et à caractère hôtelier (compte 67238) s'élèvent à un montant de l'ordre de 347 000 €. Les charges non rattachées à l'exercice 2022 portant sur ces mêmes comptes sont de 337 000 €.

Ces montants importants en 2022 et 2023 (soit plus du double par rapport aux exercices 2019 à 2021) ne correspondent pas à une « saine gestion ».

Les services du CHF expliquent ces reports de charges par un processus de rattachement peu maîtrisé, lié au renouvellement des agents en charge des commandes et de liquidations des dépenses.

La chambre invite l'ordonnateur à davantage de rigueur dans l'utilisation des comptes de reports de charges et de veiller aux rattachements de charges à l'exercice concerné.

4.2.4 Autres points de contrôle

Les diligences de contrôle ont également porté sur les modalités d'amortissement, des provisions pour risques et pour dépréciation de créances, et le traitement des produits constatés d'avance. Elles n'ont pas donné lieu à constats d'irrégularités justifiant la formulation d'observations.

4.3 La perspective d'une certification des comptes en 2024

La certification des comptes des hôpitaux publics est prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé, territoires », qui en a inscrit le principe dans le Code de la santé publique à l'article L. 6145-16.

Deux décrets et un arrêté du 23 décembre 2013 ont défini les modalités de mise en œuvre de cette certification.

Selon l'article D.6145-61-7 du CSP :

« Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs. »

⁴⁸ Les crédits à caractère limitatif sont l'exception dans un EPRD ; les crédits afférents aux dépenses de personnel permanent du budget principal ont un caractère limitatif ; il s'agit des comptes 621, 6411, 6413, 6415, 6421, 6422, 6423 et 6425, cf. instruction M21 Tome II cadre budgétaire.

La certification s'applique aux comptes de l'exercice suivant l'approbation du compte financier du dernier de ces trois exercices.

II. - Lorsque les comptes d'un établissement soumis à la certification font apparaître un total de produits du compte de résultat principal inférieur à cent millions d'euros pendant les troisième, quatrième et cinquième année du mandat de l'instance chargée de la certification, l'établissement n'est plus soumis à l'obligation de certification de ses comptes à l'issue de la période de six exercices prévus à l'article R. 6145-61-2. »

Les recettes CRPP sur les deux derniers exercices du CH du Forez font apparaître les recettes suivantes :

- 2021 : 105 387 675 € ;
- 2022 : 103 602 302 € ;
- 2023 : les recettes prévisionnelles 2023 sont estimées à plus de 101 M€.

En conséquence, l'établissement a lancé une procédure de marché public afin d'être accompagné dans la démarche préparatoire à la certification de ses comptes à l'horizon 2024.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Durant la période de 2018 à 2023, le directeur général de l'ARS a approuvé le projet de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) avec réserves et a toujours refusé d'approuver le PGFP (plan global de financement pluriannuel), la situation financière du CHF restant préoccupante.

Des travaux de mise à jour de l'inventaire du CHF (en lien avec le comptable public) ont démarré en 2022 et 2023. Les premières mises à jour réalisées portent sur les équipements biomédicaux, le matériel informatique et les constructions. Elles doivent se poursuivre en 2024 pour les équipements hôteliers. Parmi les créances restant à recouvrer, deux titres de recettes émis en 2015 envers le CHU de Saint-Etienne d'un montant total de 1,44 M€ (concernant des transports SMUR secondaires) font l'objet d'une provision pour litige.

Des reports de charges d'un montant important (plus de 0,3 M€) sur des chapitres comportant des crédits à caractère évaluatif (en particulier des charges à caractère médical ou hôtelier du budget principal) ont eu lieu ; il s'agit de charges non rattachées à l'exercice 2021 et donnant ainsi lieu à dépenses exceptionnelles en 2022 (pour 0,3 M€ au budget principal) ; les charges non rattachées à l'exercice 2022 (et donnant lieu à report sur 2023) sont également estimées à 0,3 M€.

5 UNE SITUATION FINANCIÈRE PRÉOCCUPANTE

Au-delà de son budget principal, le CH du Forez a disposé de cinq budgets annexes durant la période :

- un budget annexe dédiée à la dotation non affectée (DNA, lettre A) ;
- un budget annexe dédié à l'activité des instituts de formation en soins infirmiers et aides-soignantes (IFSI, lettre C) ;
- un budget annexe pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, lettre E) ;
- un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD, lettre N) ;
- et un budget annexe au titre du fonctionnement du centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, lettre P).

La performance financière de l'établissement repose, dans une très large mesure, sur l'activité du budget principal. Ce dernier a concentré environ 90 % du total des produits et des charges durant les exercices de la période sous revue et fera plus particulièrement l'objet de cette analyse.

5.1 Des indicateurs financiers en dégradation

5.1.1 Une marge brute d'exploitation soutenue par les aides massives versées par l'ARS

La marge brute d'exploitation traduit la « marge » que le centre hospitalier dégage de son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions. Cet agrégat financier est calculé à partir de l'ensemble des charges et des produits directement ou indirectement liés à l'activité (charges et produits de gestion).

La marge brute d'exploitation de l'établissement a connu un net accroissement entre 2018 et 2021, liée à une progression des produits de gestion supérieure à celle des charges nettes de gestion. En 2022, elle diminue très fortement et devient négative, passant de 7,2 M€ en 2021 à - 1,38 M€ en 2022.

Au final, cette dernière a représenté 1,6 % de l'ensemble des produits de gestion en 2018, puis 3,6 % en 2019 et 2020, puis 6,3 % en 2021. En 2022, le taux de marge brute devient négatif (- 1,3 %).

Tableau n° 14 : Évolution de la marge brute d'exploitation toutes activités confondues avec l'ensemble des aides financières versées par l'ARS

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Produits de gestion consolidés	98 907 025	102 275 634	109 980 272	117 468 157	110 501 458
Dont aides exceptionnelles	3 800 000	7 016 560	6 551 504	12 000 000	5 944 353
Charges gestion nettes consolidées	97 343 172	98 655 090	106 029 432	110 254 326	111 879 034
Marge Brute Exploitation consolidée (avec aides exceptionnelles)	1 563 853	3 620 543	3 950 839	7 213 831	- 1 377 576
Taux Marge Brute en % des produits de gestion (avec aides exceptionnelles)	1,6 %	3,6 %	3,7 %	6,3 %	- 1,3 %
Marge Brute Exploitation consolidée (sans aides exceptionnelles)	- 2 236 147	- 3 396 017	- 2 600 664	- 4 786 169	- 7 321 929
Taux Marge Brute en % des produits de gestion (sans aides exceptionnelles)	- 2,35 %	- 3,56 %	- 2,51 %	- 4,54 %	- 7,0 %

Source : CRC à partir des comptes financiers et des données du comptable (au 3/7/2023)

La dynamique d'évolution des charges de gestion (qui sera traitée dans le chapitre 6 « la dérive des dépenses de personnel en l'absence d'effectifs cibles »), à partir de l'année 2020, se justifie par la hausse des dépenses de personnel du budget principal qui augmentent globalement de l'ordre de 30 % entre 2018 et 2022 (hausse moyenne annuelle de 7 % intégrant les rémunérations et les charges sociales). Ce poste de dépenses, a en effet, fortement progressé en 2020 (+ 6,2 M€ par rapport à 2019), en 2021 (+ 5,6 M€ par rapport à 2020) et en 2022 (+ 6,2 M€ par rapport à 2021), notamment à la faveur des différentes mesures nationales adoptées dans le cadre de la crise sanitaire et du « Ségur de la santé ».

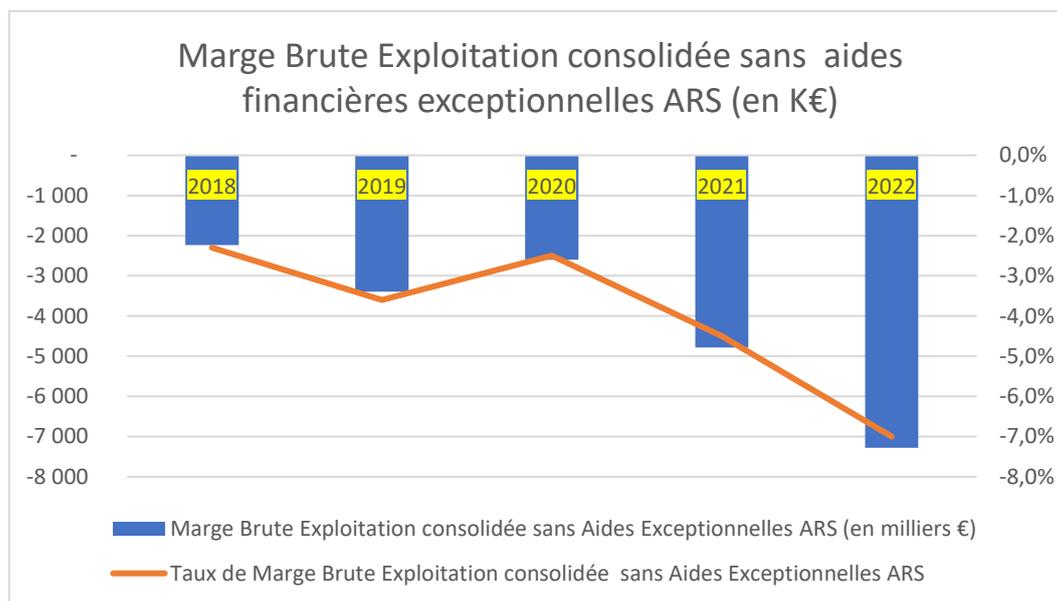
La progression des produits de gestion trouve, principalement, son origine dans l'augmentation des dotations versées par l'ARS (passant de 18 M€ par an en 2018 et 2019, à 25 M€ de 2020 à 2022, pour le budget principal, hors aides exceptionnelles de soutien de trésorerie, soit une progression moyenne annuelle de l'ordre de 8,5 % comprenant les aides Covid et Ségur).

L'ensemble des dotations versées par l'ARS inscrites au budget principal (y compris les aides exceptionnelles d'équilibre budgétaire) évolue de 22 M€ en 2018 à près de 36 M€ en 2021 et à 31 M€ en 2022 (soit une hausse moyenne annuelle de 9 %).

En revanche la croissance des produits issus de la tarification à l'activité est moindre (passant de 39 M€ par an de 2018 à 2020 à près de 42 M€ en 2021 et 2022 pour le budget principal, soit une hausse moyenne annuelle de l'ordre de 2 %).

Si on retranche le montant des aides exceptionnelles accordées par l'ARS, le taux de marge brute d'exploitation est négatif durant toute la période sous revue. Le taux de marge consolidé de l'ensemble des budgets aurait évolué entre - 2,3 % et - 7 % sur la période 2018-2022.

Graphique n° 21 : Évolution de la marge brute consolidée sans les aides financières exceptionnelles versées par l'ARS



Source : CRC à partir des données du comptable, de l'établissement, de l'ARS

Cette situation est très préoccupante car la marge brute doit permettre de couvrir la charge annuelle de la dette (remboursement des emprunts et frais financiers) et un socle minimum d'investissements courants (estimé à environ 3 % des produits d'exploitation courants, aux termes de l'instruction du 4 mars 2016⁴⁹). En l'espèce, sans les aides financières exceptionnelles, le CH du Forez serait dans l'incapacité de rembourser ses dettes.

La chambre estime que la situation financière du CH du Forez exigerait la mise en place par l'ARS d'un plan de redressement au titre des articles L.6143-3, L.6143-3-1 et D.6143-39 du code de la santé publique.

5.1.2 Une capacité d'autofinancement brute qui devient négative en 2022

La capacité d'autofinancement (CAF) brute correspond à l'exc dent d'exploitation courante (correspondant à la marge brute d'exploitation minoré des charges réelles financières et des charges réelles présentant un caractère exceptionnel et majoré des éventuels produits de même nature, à l'exception des produits des cessions d'immobilisations). Elle met en évidence le montant des produits restés disponibles pour le remboursement du capital de la dette et la couverture des dépenses d'investissement.

La capacité d'autofinancement brute suit une évolution quasi-comparable à celle de la marge brute.

⁴⁹ Instruction interministérielle n  DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

Les charges financières décroissent durant toute la période sous revue (- 8,7 % en moyenne annuelle), l'établissement n'ayant pas eu recours à l'emprunt.

Tableau n° 15 : Tableau de passage de la marge brute à la CAF brute consolidées avec les aides financières exceptionnelles

En milliers d'€	2018	2019	2020	2021	2022
Marge Brute d'exploitation – tous budgets confondus	1 564	3 621	3 951	7 214	- 1 378
+Produits financiers (hors reprises)	-	-	7	8	2
-Charges financières (hors reprises)	584	523	478	435	405
+Produits exceptionnels (hors cession, hors reprise compte 777)	214	175	385	415	234
-Charges exceptionnelles	574	463	422	452	737
CAF Brute Consolidée	620	2 809	3 443	6 749	- 2 284
Taux de CAF brute en % des produits	0,6 %	2,8 %	3,2 %	5,8 %	- 2,1 %

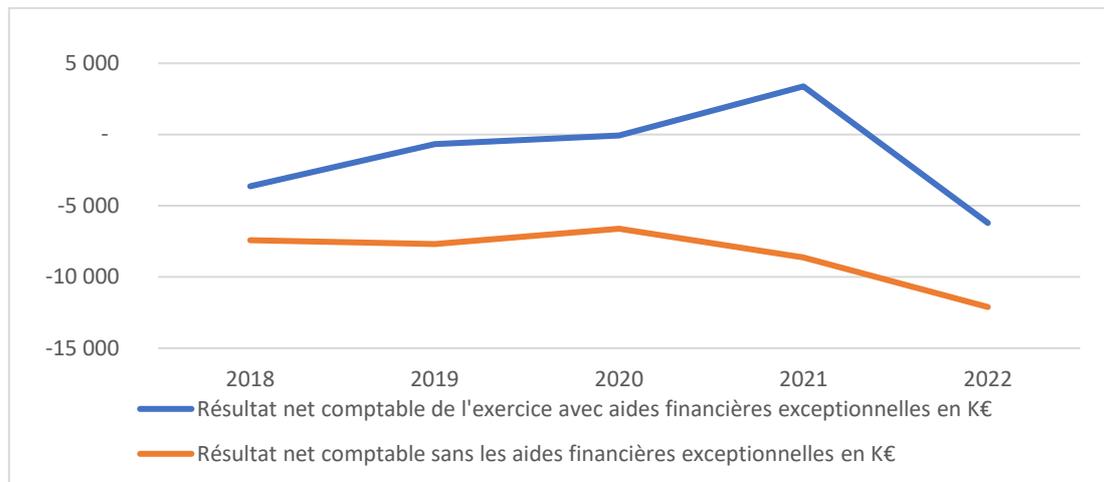
Source : CRC à partir des données des comptes financiers

5.1.3 Un résultat annuel en forte décroissance

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

En l'état des écritures comptables passées, le résultat consolidé (toutes activités confondues) du centre hospitalier du Forez est négatif durant toute la période sous revue (hormis en 2021 grâce aux aides financière exceptionnelles). Sans les aides exceptionnelles reçues, le résultat déficitaire se dégrade, passant de - 7,4 M€ en 2018 à - 8,6 M€ en 2021 et à - 12,1 M€ en 2022.

Le résultat du seul budget principal suit la même évolution. Il est lui aussi déficitaire sur l'ensemble de la période (hormis en 2021 grâce aux aides financières exceptionnelles). Sans les aides financières exceptionnelles, le déficit est croissant en 2021 (- 8,2 M€) et en 2022 (- 11,9 M€).

Graphique n° 22 : Évolution du résultat consolidé du CH du Forez avec et sans aides financières

Source : CRC d'après les comptes financiers de l'établissement

5.2 Des produits de l'activité hospitalière soutenus par les aides de l'ARS

La garantie de financement mise en place durant la crise sanitaire

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

Ce dispositif, qui, initialement, ne devait pas perdurer au-delà de 2021, a été prolongé à plusieurs reprises pour finir par s'achever au 31 décembre 2022. Il a permis aux établissements de santé, dont les recettes d'activité se sont avérées inférieures à un certain montant, de bénéficier du versement d'un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau de ressources.

Le mécanisme couvrait l'ensemble des activités financées sur la base de la production d'activité. Pour les établissements publics de santé, celui-ci s'étendait ainsi aux frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et aux actes et consultations externes.

En revanche, les recettes liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux implantables, les forfaits annuels (notamment pour l'activité des urgences) ou bien encore les dotations (par exemple au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) ou du fonds d'intervention régionale (FIR)) en étaient exclus.

La garantie de financement a été mise en œuvre :

- durant les mois de mars à décembre 2020 sur la base des recettes perçues au titre de l'activité réalisée en 2019 ;
- durant les mois de janvier à décembre 2021, sur la base des recettes perçues au titre de l'année 2020 (pour l'activité MCO, ce montant correspondait à la valorisation de l'activité des

mois de janvier et de février 2020 et à la valorisation de l'activité ou la garantie de financement pour les mois de mars à décembre 2020) ;

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

Celle-ci s'appréciait de manière distincte entre le champ MCO et le champ de l'hospitalisation à domicile.

Il est à noter qu'en 2023, un nouveau dispositif a été mis en place se substituant à la garantie de financement : la sécurisation modulée à l'activité, afin de garantir un financement « transitoire ».

Les produits de l'activité hospitalière⁵⁰ du budget principal ont progressé durant les cinq années de la période du contrôle, à un rythme annuel moyen de l'ordre de 4,6 %, passant de 73,5 M€ en 2018 à 88 M€ en 2022.

Leur poids dans le total des produits de l'établissement – toutes activités confondues – s'est accentué en passant de 76 % en début de période à 80 % en fin de période.

Cette hausse est principalement issue de la progression sur la période des produits forfaitaires⁵¹ (+ 11,6 % en moyenne annuelle, passant de 24,5 M€ en 2018 à 38 M€ en 2022). La progression des produits issus de la tarification à l'activité (+ 1,4 %) reste, quant à elle, très modique, passant de 40,5 M€ en 2018 à 42,8 M€ en 2022.

5.2.1.1 Les produits de la tarification à l'activité en stagnation sur la période

Les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours d'une part, et des actes et consultations d'autre part, n'ont que très faiblement progressé de 1,4 % en moyenne annuelle sur la période. Ils sont restés à un niveau quasiment identique de 2018 à 2020 (40,5 M€).

Alors que l'activité hospitalière a diminué du fait de la crise sanitaire (de 2020 à 2022), le niveau de ces produits n'a pas régressé, grâce au dispositif de la garantie de financement. Le CH du Forez a été bénéficiaire dans le cadre de ce dispositif de 29,5 M€ en 2020, de 37,7 M€ en 2021 et de 38,2 M€ en 2022.

Les produits⁵² issus des remboursements de molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables diminuent, passant de 1,4 M€ en 2018 à 1,2 M€ en 2022 (soit une baisse de près de 4 % en moyenne annuelle). Ils ne sont pas couverts par le dispositif de la garantie de financement.

⁵⁰ Issus de la somme des produits de titres 1 (versés par l'assurance maladie) et 2 (autres produits de l'activité hospitalière).

⁵¹ Issus de la somme des comptes 73114 (forfaits et dotations annuels), 73117 (DAF), 73118 (dotations MIG et AC), 7471 (FIR), 73115 (produits du financement des activités SSR).

⁵² Cf. note technique n° 159-02-2022 de l'ATIH du 29 avril 2022 mise à jour le 31 août 2022.

Tableau n° 16 : Évolution des produits issus de la tarification à l'activité

<i>En milliers d'€</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Produits tarification des séjours MCO</i>	32 245	32 344	32 344	34 754	34 948
<i>Produits de tarification des Actes, Consultations Externes (ACE)</i>	6 921	6 919	7 007	6 926	6 716
<i>Total des produits tarification à l'activité hospitalière</i>	40 557	40 527	40 618	42 914	42 849

Source : CRC d'après les comptes financiers de l'établissement

5.2.2 Des produits forfaitaires conséquents

Composés principalement de dotations annuelles de financement (DAF)⁵³, de crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC⁵⁴) et de participations du fonds d'intervention régional (FIR⁵⁵), les produits forfaitaires ont connu une forte hausse (globalement de l'ordre de 55 % entre 2018 et 2022).

Les augmentations de dotations ont permis notamment de financer les surcoûts liés à la crise sanitaire : à hauteur de 6,4 M€ en 2020, 3,2 M€ en 2021, et 0,9 M€ en 2022, ainsi que les mesures salariales découlant du « Ségur de la santé »⁵⁶ et les revalorisations (liées à l'augmentation du point d'indice) pour 1,68 M€ en 2022.

La mise en œuvre des nouvelles modalités de financement des activités d'urgence, à compter du 1^{er} janvier 2021, a eu une incidence sur plusieurs types de produits de l'activité. Elle s'est notamment traduite par la suppression du forfait annuel des urgences (FAU), qui dépendait du nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation, dont le montant s'élevait à près de 3 M€ en 2020, et par la mise en place d'une dotation populationnelle et d'une dotation complémentaire liée à la « qualité ». Ces nouvelles dotations s'élèvent à un montant total de 5,53 M€ en 2021 (dont 5,39 M€ de dotation populationnelle et 0,15 M€ de dotation complémentaire), et de 6,48 M€ en 2022 (dont 6,34 M€ de dotation populationnelle et 0,15 M€ de dotation complémentaire).

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des forfaits et dotations annuels après soustraction des différentes aides exceptionnelles versées par l'ARS, lesquelles sont réparties entre divers produits forfaitaires (en particulier les dotations au titre du FIR, et la DAF).

⁵³ Les DAF sont des dotations forfaitaires qui rémunèrent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics ou des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

⁵⁴ La dotation MIGAC permet de financer les activités MCO non tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général, limitativement énumérées, recouvrent notamment la recherche, le financement du SAMU et du SMUR. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

⁵⁵ Les participations du FIR permettent de financer notamment des actions de prévention des maladies, du handicap et de la perte d'autonomie, la promotion de parcours de santé coordonnés, la permanence des soins et la répartition des professionnels de santé sur le territoire, l'efficacité des structures sanitaires.

⁵⁶ Soit un abondement de 0,58 M€ en 2021 et de 1 M€ en 2022 (au titre des mesures salariales découlant du Ségur de la santé).

Tableau n° 17 : Évolution des produits forfaitaires sans et avec les aides exceptionnelles versées par l'ARS

En milliers d'€	2018	2019	2020	2021	2022
Forfaits et dotations annuels MCO*	2 476	2 830	3 120	5 847	6 832
DAF Dotation Annuelle Financement*	12 810	12 779	13 427	15 126	16 246
Dotations MIG-AC MCO*	2 427	2 419	8 864	6 116	5 752
Fonds Intervention Régional (FIR)*	3 002	2 594	2 825	2 726	3 266
Total des forfaits et dotations (sans aides exceptionnelles) *	20 715	20 622	28 236	29 815	32 096
Total des forfaits et dotations (avec les aides exceptionnelles)	24 515	27 639	34 788	41 815	38 040

Source : Données financières de l'établissement, rapports du directeur sur compte financier

(*) : hors aides exceptionnelles

Le soutien financier accordé par l'ARS pour le CH du Forez en aides exceptionnelles d'exploitation (pour soutien en trésorerie) s'élève à un montant total de 35,3 M€ au cours de la période de 2018 à 2022.

Tableau n° 18 : Évolution des aides exceptionnelles versées de 2018 à 2022

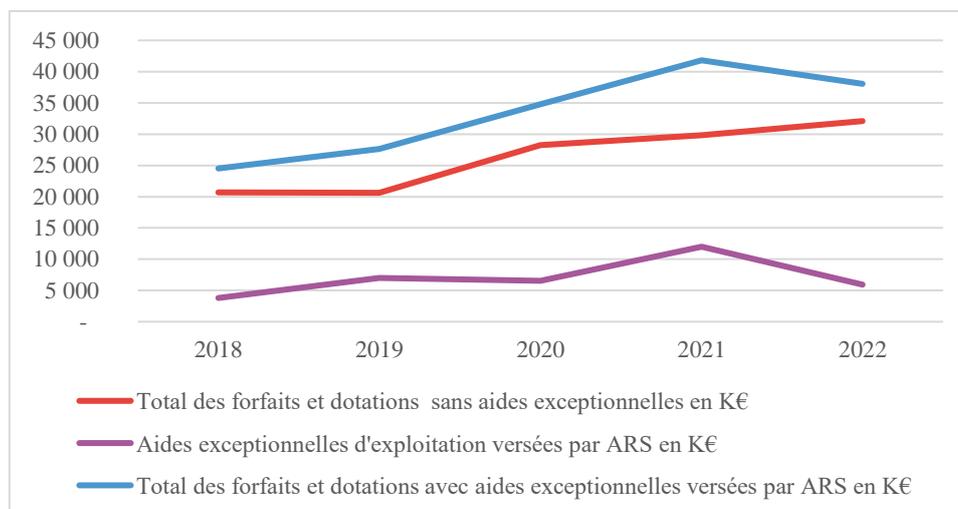
En €	2018	2019	2020	2021	2022
Total des aides en trésorerie	3 800 000	7 016 560	6 551 504	12 000 000	5 944 353

Source : Données financières de l'établissement, rapports du directeur sur compte financier, corroborés avec celles de l'ARS

Parmi le soutien massif de 12 M€ accordé au CH du Forez au titre de l'exercice 2021, des crédits⁵⁷ de 3 M€ (faisant l'objet d'un arrêté de l'ARS du 8 avril 2022) ont été rattachés au titre de l'exercice 2021.

⁵⁷ Crédits « ponctuels » de 3 M€ parmi les crédits de « DAF- Psychiatrie » (mentionnés) faisant l'objet de l'arrêté n° 2021-18-2345 en date du 8 avril 2022 de l'ARS fixant les dotations MIGAC, DAF, forfait global de soins USLD, et des forfaits annuels au titre de l'exercice 2021 ; cf. courriels de DGOS et ARS des 17 et 21 mars 2022.

Graphique n° 23 : Évolution des produits forfaitaires avec et sans les aides exceptionnelles versées par l'ARS



Source : Données financières de l'établissement, rapports du directeur sur compte financier

L'ARS a précisé⁵⁸ que les aides versées au CH du Forez (particulièrement élevées et récurrentes) demeurent inquiétantes au regard du non-rétablissement des comptes sur les derniers exercices. Les établissements publics de santé bénéficient d'aides de 3 M€ à 5 M€ par an, sur 3 à 5 ans au plus. Il convient néanmoins de préciser que les montants moyens indiqués ci-dessus ne prennent pas en compte les établissements qui ont bénéficié d'aides exceptionnelles dans le cadre des emprunts structurés.

5.3 Le financement des investissements

La CAF brute est positive sur la période sous revue (11,3 M€), avec toutefois une CAF brute négative en 2022 de -2,3 M€.

La CAF nette, correspondant à la CAF brute corrigée du remboursement du capital de la dette, fait apparaître le montant des ressources internes de l'établissement disponibles pour financer ses investissements. La CAF nette cumulée est de 5,7 M€. Elle est confortée par 6 M€ de recettes⁵⁹ d'investissement hors emprunts.

Les 6 M€ de recettes d'investissement comprennent notamment :

- Des subventions d'investissement, de l'ordre de 2,8 M€, inscrites au compte 13 ou 1028, au cours de la période de 2018 à 2022 (sans compter l'aide versée par l'ARS de 2 875 000 € en 2015 inscrite au compte 27 et qui a été consignée), auxquelles s'ajoutent des dotations versées par l'ARS, dans le cadre du contrat de soutien à l'investissement conclu le 9 décembre 2021, et encaissées pour 0,9 M€, en 2021 et 2022, (inscrites au compte 1026) ;

⁵⁸ Cf. note du 17 juillet 2023.

⁵⁹ Hors l'aide de 3 M€ faisant l'objet du contrat de soutien à l'investissement conclu le 9 décembre 2021 dans le cadre de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

- Des produits de cession, d'un montant total de 1,6 M€, (dont près de 0,9 M€ en 2021 correspondant à la cession de l'ancien EHPAD du site de Montbrison).

Le financement propre disponible s'élève à 12 M€ et couvre donc la totalité des dépenses d'équipement sur la période (9,7 M€ de dépenses réalisées).

Parmi les subventions d'équipement, l'établissement a perçu :

- une aide à l'investissement de l'ARS en 2015 de 2,8 M€ (2 875 000 € inscrite au compte 27) pour la restauration de son unité centrale de production alimentaire sur le site de Montbrison. Cette aide a été consignée⁶⁰ auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) en mars 2016 et n'a pas été utilisée sur la période de mars 2016 à décembre 2017. En 2018, il a été décidé d'orienter différemment cette aide et de l'affecter à la remise aux normes des bâtiments (de Feurs et de Montbrison) concernant les blocs opératoires, des installations (en particulier le système de sécurité incendie), et des normes sanitaires de la cuisine ; sur le montant global de cette aide, un premier montant a été déconsigné en 2019 pour 140 000 € (afin de financer les travaux de remise aux normes et de sécurité de la cuisine qui se sont élevés à 340 000 € en 2019) ; d'autres sommes ont été déconsignées⁶¹ ensuite, afin de financer les études préalables de remise aux normes du bloc opératoire et des bâtiments ;
- une subvention de l'ARS de 200 000 € en 2018 pour accompagner le CHF dans la mise aux normes de ses installations (cuisine) au titre du FIR (fonds d'intervention régional) ;
- des subventions d'un montant global de 1,06 M€ pour les investissements courants, dans le cadre du Plan « investir pour l'hôpital » présenté en 2019 par le Premier ministre (montant inscrit au compte 10281 en 2020) ;
- une subvention de l'ARS de 240 000 € en 2021 pour la psychiatrie ;
- une subvention de l'ARS de 600 000 € en 2022 pour financer les travaux d'installation d'une IRM à Feurs ;
- une subvention attribuée au titre du FMIS (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) de 397 000 € en 2021 (perçue en 2022) et une autre de 325 000 € en 2022 (perçue en 2023).

En outre, l'ARS et le CHF ont conclu, le 9 décembre 2021, un contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier dans le cadre de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, pour une durée de dix ans.

Par ce contrat, le CHF s'engage notamment à améliorer le cycle d'exploitation (suivi par la marge brute, et CAF nette), soutenir un niveau d'investissement minimum (suivi par le taux de vétusté des équipements), consolider le fonds de roulement et la trésorerie (suivi par l'évolution du délai global de paiement).

⁶⁰ L'aide de 2 875 000 € a été consignée auprès de la CDC et inscrite au compte 27 (autres immobilisations financières).

⁶¹ Les sommes déconsignées s'élèvent à 100 k€ en 2020, 185 k€ en 2021, 43 k€ en 2022.

5.4 Une diminution des investissements au regard d'un patrimoine vieillissant

5.4.1 Un niveau d'investissement en baisse malgré le soutien de l'ARS

Le renouvellement des immobilisations courantes s'élève à 1,7 M€. Le niveau des investissements courants s'inscrit en deçà de 3 % des produits courants d'exploitation, seuil recommandé par une instruction interministérielle⁶² du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

Le montant des dépenses d'équipement cumulées réalisées entre 2018 et 2022 s'est élevé à 9,7 M€. Celles-ci au cours de la période sous revue concernent principalement⁶³ des opérations « courantes » (des renouvellements d'équipements médicaux ou non médicaux). Les opérations « majeures » concernent, quant à elles, principalement les travaux de remise aux normes sanitaires de la cuisine centrale (réalisés en 2018 et 2019 pour 0,34 M€). Les études pour les travaux de sécurisation en sécurité incendie et la mise aux normes des blocs opératoires se sont poursuivies en 2021 et 2022 avec pour financement l'enveloppe de 2,8 M€ consignée à la CDC ainsi qu'une aide en investissement à mobiliser auprès des services de l'ARS pour un montant de 11,9 M€ (validation⁶⁴ obtenue en conseil de surveillance exceptionnel à l'ARS en janvier 2022).

Les travaux de mise aux normes de la sécurité des bâtiments qui comprennent la mise en place d'équipement de désenfumage sur le site de Montbrison (désamiantage inclus) et la construction de modulaires (afin de permettre l'activité de soin), sont estimées à près de 9 M€. Il est à noter que le CHF n'est pas, pour l'heure (travaux en cours en 2023), équipé sur le bâtiment central du site de Montbrison, d'équipement de désenfumage (pourtant obligatoire depuis 1982) ; le bâtiment de Feurs, lui, en est équipé.

Les travaux de mise aux normes des blocs opératoires (avec notamment le remplacement des deux centrales de traitement d'air) sont évalués à 3,2 M€.

Par ailleurs, aux termes du rapport sur le compte financier de 2022 et du compte rendu du directoire du CHF en date du 1^{er} mars 2023, le programme d'investissements et plus particulièrement celui concernant les opérations majeures devrait se poursuivre sur 2023 et les années suivantes (installation d'un appareil d'IRM sur le site de Feurs, modernisation et mise aux normes des installations dans le cadre de la mise en œuvre du schéma directeur immobilier, (en cours d'élaboration, en lien avec le projet médical, pour un montant total de l'ordre de 10 M€).

⁶² n°DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64.

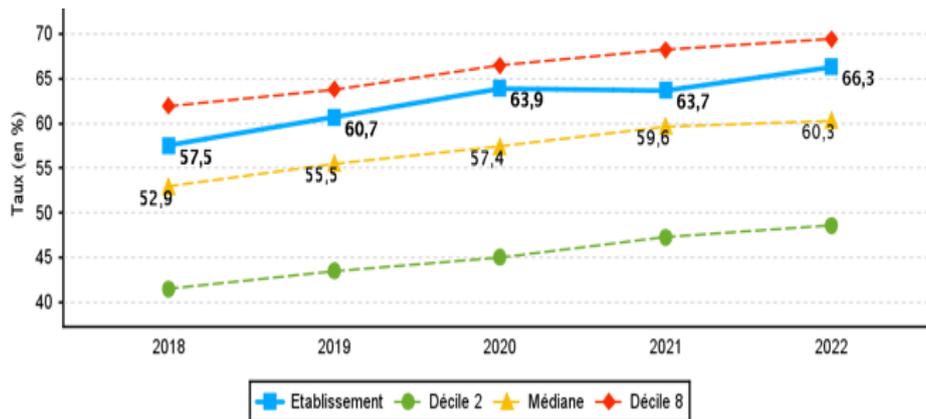
⁶³ Les opérations courantes, pour 8,9 M€, représentent 92 % de l'ensemble des immobilisations au cours de la période 2018 à 2022.

⁶⁴ Validation confirmée lors de l'entretien du 15 novembre 2023, avec la directrice déléguée aux finances de la direction de l'offre de soins et le directeur de la délégation départementale de la Loire.

5.4.2 Un taux de vétusté des immobilisations qui tend à augmenter

En l'état des écritures comptables passées, le taux de vétusté des constructions (bâtiments, installations générales...) s'est dégradé au cours de la période, évoluant de 57 % en 2018 à 63 % en 2020 et 2021, puis à 66 % en 2022. Il se rapproche de celui des établissements ayant un fort niveau de vétusté.

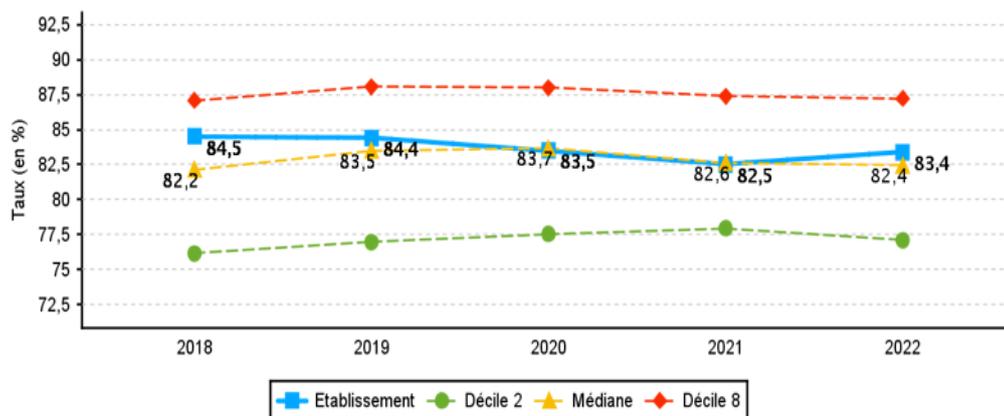
Graphique n° 24 : Évolution comparée du taux de vétusté des constructions



Source : Données comptable public (Lecture : le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants ; le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants.)

Le taux de vétusté des équipements s'est, quant à lui, maintenu au niveau médian des établissements de même catégorie, se situant à 83 % en 2022.

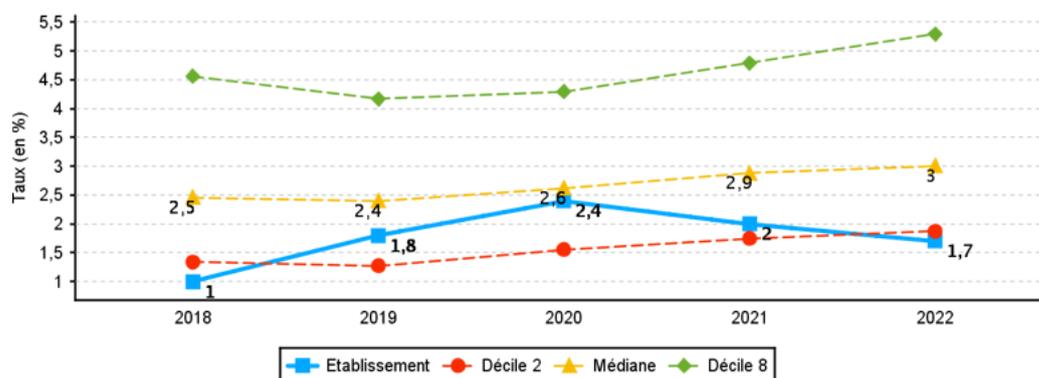
Graphique n° 25 : Évolution comparée du taux de vétusté des équipements



Source : Données comptable public (Lecture : le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants ; le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants.)

Le taux de renouvellement des immobilisations s'est détérioré en moyenne sur la période. Sur l'exercice 2022, il passe sous le seuil des établissements ayant le plus faible taux de renouvellement.

Graphique n° 26 : Évolution comparée du taux de renouvellement des immobilisations



Source : Données comptable public (Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants.)

Le centre hospitalier projette d'engager dans les toutes prochaines années d'importants investissements. Différents projets sont ainsi concernés (modernisation des blocs opératoires, mise aux normes de la sécurité incendie...). Ces différents projets d'investissement devraient avoir un effet positif sur le taux de vétusté des constructions et des équipements mais à un horizon relativement lointain (2023-2027). Dans ce contexte, le degré de renouvellement des immobilisations doit rester un point de vigilance pour l'établissement et, plus particulièrement, s'agissant des équipements et matériels qui participent directement à la qualité des soins et au confort de travail des équipes. Il s'agit, en effet, de garantir aux patients et aux membres du personnel un bon état de fonctionnement des infrastructures et des matériels mis à leur disposition.

Malgré un niveau d'endettement faible, le taux de marge ne permet pas à l'établissement d'emprunter afin d'investir dans la rénovation de ses équipements, hormis la prise en charge totale par l'ARS de ses investissements. En conséquence, et afin de remédier à un taux de vétusté grandissant, la priorité du CHF est de rétablir un taux de marge lui permettant de tels investissements.

Or, le plan global de financement pluriannuel de 2023-2027 ne permet pas de financer le programme des investissements (d'un montant total de 33,6 M€ dont plus de 24 M€ d'opérations majeures), car, sur toute la période de ce plan, la marge brute (du budget principal) est négative, oscillant entre - 22 M€ de 2024 à 2025 et - 12,8 M€ en 2027, le résultat comptable du budget principal présente un déficit d'exploitation de 24,5 M€ en 2024 et 2025, 19,8 M€ en 2026 et de 15,3 M€ en 2027, et la CAF brute est négative de 22 M€ en 2024 et 2025, 17,3 M€ en 2026 et de 12,8 M€ en 2027 ne permettant même pas de rembourser les annuités d'emprunts.

5.5 La situation bilantielle

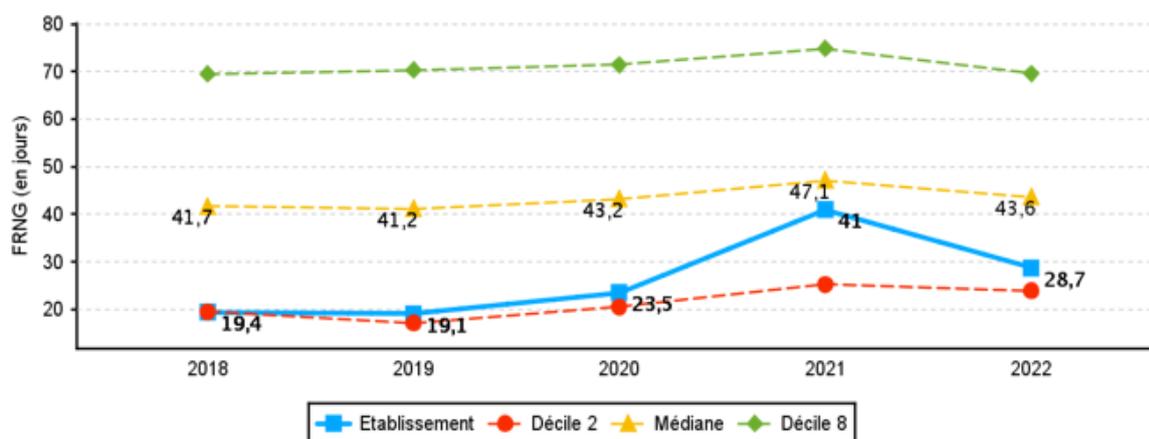
5.5.1 Le fonds de roulement net global et le besoin en fonds de roulement

Le fonds de roulement (FR) correspond à l'excédent de ressources stables sur les emplois de même nature. Celui-ci s'est renforcé, en particulier en 2021, sous l'effet, notamment, de l'accroissement des apports (+3 M€, par l'aide du contrat de soutien à l'investissement en 2021) et du résultat comptable de l'exercice excédentaire (+3 M€ en 2021, grâce aux aides financières versées par l'ARS en exploitation).

La diminution du FR en 2022 (évoluant de 12,2 M€ en 2021 à 8,7 M€ en 2022), résulte principalement de l'augmentation des déficits⁶⁵.

Dans ces conditions, si le FR représentait 19 jours de charges courantes en 2018-2019, il correspondait à plus de 28 jours de charges courantes en fin de période (en 2022) avec un pic sur l'exercice 2021 à 41 jours (inférieur toutefois au niveau de FR médian des établissements de même catégorie, estimé à 47 jours de charges courantes en 2021). Toutefois sur l'exercice 2022, le fonds de roulement chute à nouveau à 28,7 jours proche des établissements les moins performants.

Graphique n° 27 : Évolution comparée du fonds de roulement net global, exprimé en nombre de jours de charges courantes



Source : Données comptable public (Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants.)

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond au besoin de financement inhérent à l'exploitation courante. Celui-ci a été positif de 2018 à 2022, témoignant d'un montant de créances d'exploitation en attente de recouvrement (vis-à-vis de l'assurance maladie ou bien

⁶⁵ Si le report à nouveau « s'améliore », en devenant moins déficitaire, évoluant de - 19,5 M€ en 2021 à - 16,6 M€ en 2022, le résultat comptable de l'exercice 2022 enregistre un déficit de - 6,2 M€ (malgré les aides versées par l'ARS en exploitation).

encore des patients) supérieur au montant des dettes d'exploitation à régler (à l'encontre des fournisseurs notamment).

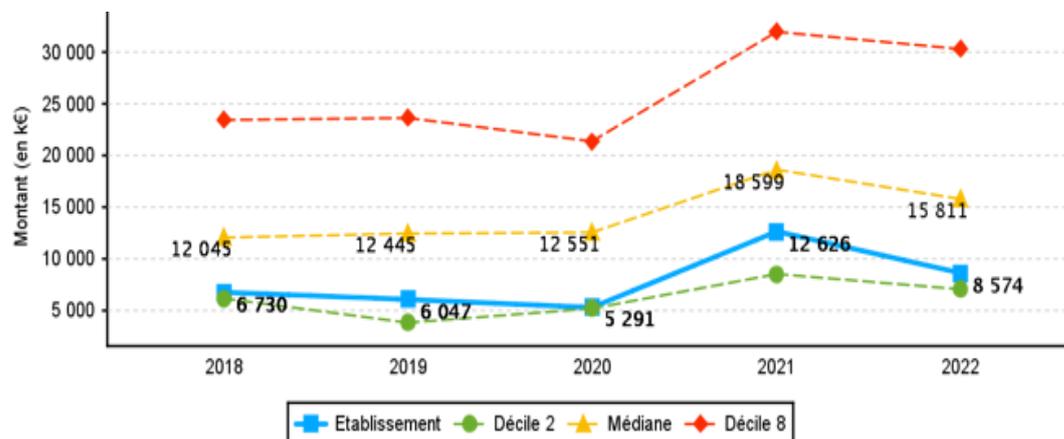
Le BFR de l'établissement a diminué durant les exercices 2018 à 2020, en évoluant entre 6,7 M€ (en 2018) et 5,3 M€ (en 2020).

L'augmentation du BFR en 2021 (+ 7,3 M€, évoluant de 5,3 M€ en 2020 à 12,6 M€ en 2021) résulte d'une hausse des créances restant à recouvrer envers les caisses d'assurance maladie⁶⁶, passant de 11 M€ en 2020 à 14,6 M€ en 2021) et d'une diminution des dettes à court terme (en particulier du remboursement des avances reçues, pour 4 M€).

La diminution du BFR en 2022 (- 4 M€, évoluant de 12,6 M€ en 2021 à 8,6 M€ en 2022) résulte principalement d'un accroissement des dettes à court terme, en particulier envers les fournisseurs, lié à l'augmentation des délais de paiement.

Le montant du BFR du CH du Forez est demeuré inférieur au niveau du BFR médian des établissements de même catégorie, de 2018 à 2022.

Graphique n° 28 : Évolution comparée du besoin en fonds de roulement (en milliers d'euros)



Source : Données comptable public (Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.)

5.5.2 La trésorerie

Le montant de la trésorerie résulte de la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. Il a connu de nombreuses variations durant la période sous revue. En effet, la trésorerie a été alternativement négative puis positive entre 2018 et 2022.

En 2022, la trésorerie est redevenue positive pour s'afficher à + 159 000 € sans mobilisation de ligne de trésorerie. Toutefois, il faut rappeler les aides importantes reçues de l'ARS soit 5,9 M€ cette même année.

⁶⁶ Le montant total des créances envers les caisses d'assurance maladie figurant à l'actif circulant du compte financier augmente et évolue de 11 M€ en 2020, 14,6 M€ en 2021 et 15,8 M€ en 2022.

Tableau n° 19 : Évolution de la trésorerie de 2018 à 2022

<i>En milliers d'€</i>	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Fonds de roulement net global</i>	5 055	5 051	6 669	12 176	8 733
<i>Besoin en fonds de roulement</i>	6 730	6 047	5 291	12 626	8 574
<i>Trésorerie</i>	-1 675	-996	1 379	-450	159

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

En vertu de l'article R. 2192-11 du code de la commande publique, le délai⁶⁷ de paiement est fixé à 50 jours pour les établissements⁶⁸ publics de santé.

L'Observatoire des délais de paiement a mis en évidence un allongement du délai global de paiement (DGP) des EPS en 2022. Le DGP moyen de l'ensemble des EPS en 2022 est de 57,3 jours, contre 54,5 jours en 2021, avec cependant de fortes disparités selon la taille des établissements ; les EPS dont les produits sont compris entre 20 M€ et 70 M€ et même entre 70 M€ et 150 M€ présentent un DGP moyen de 67 jours en 2022.

Le délai global de paiement du CH du Forez s'est allongé, en 2022. Il est en moyenne de 52 jours durant le premier trimestre 2022, puis de 63 jours d'avril à juillet 2022, et dépasse les 90 jours au dernier trimestre (et même de 100 jours en décembre). Le CHF présente un DGP supérieur au DGP moyen des EPS dont les produits sont compris entre 70 M€ et 150 M€ (de 67 jours) et au DGP médian de ces mêmes EPS (de 50,1 jours).

L'exercice 2023 est qualifié de critique par l'établissement. En effet, au premier semestre de cette même année, le délai global de paiement moyen dépasse 110 jours. Le CHF veille à payer en priorité les salaires et charges sociales ainsi que les échéances d'emprunt.

5.6 La dette du centre hospitalier du Forez : des emprunts à taux fixe et un encours en forte diminution

5.6.1 Le désendettement de l'établissement

Le CHF n'a pas levé de nouvel emprunt depuis 2014. Il s'est donc désendetté de près de 30 % entre 2018 et 2022 pour un encours de dette à 9,7 M€. Le remboursement (en capital) des dettes financières diminue sur la période pour atteindre 0,9 M€ en 2022.

⁶⁷ Aux termes du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013, lorsque l'ordonnateur et le comptable public ne relèvent pas de la même personne morale, le comptable dispose, afin d'exercer les missions réglementaires qui lui incombent, d'un délai de 15 jours pour les EPS.

⁶⁸ Le délai de paiement de 50 jours s'applique également aux établissements du service de santé des armées.

Tableau n° 20 : Dette du CHF 2018-2022

<i>En milliers d'€</i>	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018-2022
Encours d'emprunts et dette assimilée (avec dépôts reçus)	13 720	12 569	11 527	10 478	9 719	- 29,2 %
Remboursement en capital dettes financières	1 335	1 147	1 041	1 050	900	- 32,6 %
Intérêts des emprunts	582	517	474	430	391	- 32,8 %

Source : Données des comptes financiers du CHF

Il convient néanmoins de préciser que ce désendettement relève davantage d'une contrainte de gestion (déficit structurel de l'établissement qui limite ses capacités d'endettement et d'investissement) ce qui à terme aggrave le taux de vétusté des immobilisations faute de renouvellement des équipements.

5.6.2 Une dette partiellement en dehors des ratios d'alerte

Aux termes de l'article D. 6145-70 du CSP, le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

L'évolution de la dette du CHF, au regard des ratios⁶⁹ tels que définis par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011, codifié à l'article D. 6145-70 du CSP évolue comme suit :

⁶⁹ Les ratios sont explicités dans la circulaire DGOS/PF1/DB/DGFIP n° 2012-195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les EPS. Le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (somme des soldes des comptes 10 « apports, dotations, réserves », 11 « report à nouveau », 13 « subventions d'investissement », 14 « provisions réglementées », 15 « provisions », 16 « emprunts et dettes assimilées ») de l'établissement. Cet indicateur mesure le niveau de dépendance financière de l'EPS vis-à-vis de ses prêteurs. Le ratio de durée apparente de la dette, exprimé en années, rapporte le total de l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement. Le ratio de l'encours de la dette rapporté au total des produits, toutes activités confondues, de l'EPS exprime l'importance du poids de la dette au regard des produits (somme des soldes créditeurs des comptes de la classe 7 des comptes de résultats des budgets principal et annexe, déduction faite du compte 7087 « remboursement de frais par les CRPA »).

Tableau n° 21 : L'évolution de la dette du CHF au regard des ratios d'alerte

<i>En milliers d'€</i>	2018	2019	2020	2021	2022
Ratio d'indépendance financière est inférieur à 50 %	30,4 %	29,2 %	26,8 %	21,8 %	22,4 %
Ratio de durée apparente de dette n'excède pas 10 ans (sauf en 2018)	22,1	4,5	3,4	1,6	-4,3
Ratio de encours dette rapporté au total des produits toutes activités confondues est inférieur à 30 %	14 %	12,4 %	10,5 %	8,9 %	8,8 %

Source : CRC à partir des comptes financiers

En 2018 le taux d'indépendance financière de l'établissement s'établissait à 30 % et le poids de la dette représentait 14 % du total des produits toutes activités confondues, la même année. Seule la durée apparente de la dette était supérieure à la limite de 10 ans (en dépassant 22 ans). Dès l'exercice suivant, cette durée a diminué fortement pour atteindre près de 4,5 années.

En 2022, le taux d'indépendance financière de l'établissement était inférieur à 23 %, la durée apparente de sa dette était de -4,3 années, en raison de la capacité d'autofinancement négative, et le poids de sa dette dans le total des produits toutes activités confondues se situait en deçà de 9 %.

Enfin, il convient de souligner que l'intégralité des emprunts du CHF a été souscrit à taux fixe et ne présente pas de risques particuliers.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Depuis la fusion des deux sites en 2013, le CH du Forez enregistre un résultat consolidé déficitaire (hormis en 2021) qui se creuse sur la période sous revue malgré les aides financières exceptionnelles reçues de l'autorité de tutelle.

Les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours d'une part, et des actes et consultations d'autre part, n'ont que très faiblement progressé de 1,4 % en moyenne annuelle sur la période. Les produits forfaitaires ont connu une forte hausse (globalement de l'ordre de 55 % entre 2018 et 2022). Les augmentations de dotations ont permis notamment de financer les surcoûts liés à la crise sanitaire ainsi que les mesures salariales découlant du Ségur de la santé et les revalorisations (liées à l'augmentation du point d'indice).

Les difficultés financières de l'établissement ont notamment pour conséquence la détérioration du taux de renouvellement des immobilisations et son corollaire, la vétusté de ces dernières. En conséquence, et afin de remédier à un taux de vétusté grandissant, la priorité du CH du Forez est de rétablir un taux de marge lui permettant de tels investissements.

En 2023, la trésorerie est qualifiée de critique par l'établissement. En effet, au premier semestre de cette même année, le délai global de paiement moyen dépasse 110 jours. A l'inverse, le niveau d'endettement est correct. L'encours de la dette a diminué de façon significative entre 2018 et 2022. Son montant s'est en effet contracté de 29,2 % sur la période sous revue, soit une dette de 9,7 M€.

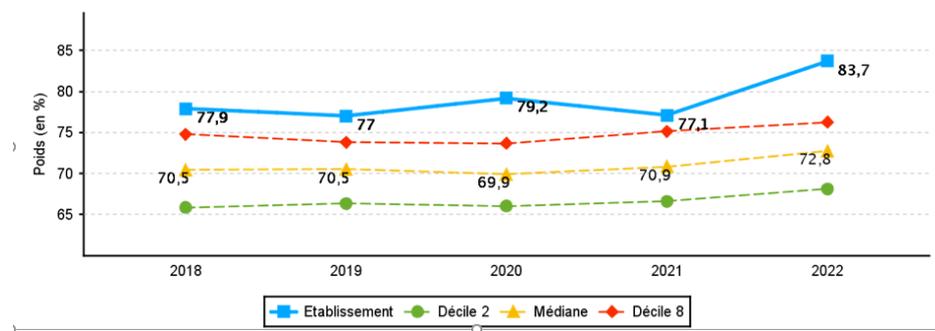
6 LA DÉRIVE DES DÉPENSES DE PERSONNEL

Les dépenses de personnel⁷⁰ consolidées représentent une part croissante des produits bruts d'exploitation, passant de 77 % en 2019 à 83,7 % en 2022.

Ce ratio place le CH du Forez très largement au-dessus des valeurs rencontrées par les 20 % des établissements les moins performants, sur toute la période sous revue, d'après les données du comptable public.

La dégradation en 2022 résulte d'une forte variation des produits bruts d'exploitation incluant les aides exceptionnelles (en hausse de 7,8 % entre 2020 et 2021 et en diminution de 5,5 % entre 2021 et 2022), tandis que les charges nettes de personnel (consolidées de l'ensemble des budgets) augmentent de près de 8 % entre 2020 et 2022.

Graphique n° 29 : Poids des dépenses de personnel dans les produits bruts d'exploitation (en %)



Source : Données du comptable public (Lecture : le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants ; le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants.)

Les dépenses de personnel représentent le premier poste de dépenses du budget principal, soit de l'ordre de 70 % à 75 % de l'ensemble des charges annuelles. Elles ont globalement augmenté de près d'un tiers entre 2018 et 2022, évoluant de 61,8 M€ en 2018 à 81,2 M€ en 2022.

Au sein de ces dépenses, les charges de personnel médical (représentant de l'ordre de 25 % de l'ensemble des dépenses de personnel) ont progressé moins rapidement (hausse globale de + 25 % de 2018 à 2022, soit + 5,7 % en moyenne annuelle) que celles du personnel non médical (hausse globale de + 34,6 % de 2018 à 2022, soit + 7,7 % en moyenne annuelle).

L'évolution de la masse salariale, hors charges sociales, est plus marquée pour le personnel non médical, à raison des mesures exceptionnelles adoptées en raison de la crise sanitaire et des effets de la mise en œuvre des accords du « Ségur de la santé ».

⁷⁰ Nettes des atténuations de charges.

Tableau n° 22 : Évolution comparée de la rémunération et des effectifs des personnels médicaux et non médicaux (budget principal)

<i>En €</i>	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018-2022
Rémunérations Personnel Non Médical (hors charges sociales) en € (a)	29 652 502	29 970 602	33 596 760	36 615 890	39 826 225	34,3 %
Effectif Personnel Non Médical (ETP moyens rémunérés)	973,8	976,0	1 014,2	1 068,5	1 098,2	12,8 %
Rémunérations Personnel Médical (y compris internes, hors charges sociales et avec indemnités de permanence de soins)* en € (b)	11 298 438	11 333 619	12 292 415	13 040 984	14 204 989	25,7 %
Effectif Personnel Médical (y compris internes) (ETP moyens rémunérés)	112,3	124,6	127,0	132,2	136,8	21,8 %

Source : Données financières de l'établissement, comptes financiers ETPMR : effectif temps plein moyen rémunéré

* indemnités de permanence de soins (compte 6425, 6426, 6428)

(a) Rémunérations du personnel non médical : comptes 6411, 6413, 6415, 6416, 6417

(b) Rémunérations du personnel médical : comptes 6421 à 6428

Les charges sociales ont, quant à elles, progressé à un rythme annuel moyen de 7,9 % pour le personnel non médical et de 5,4 % pour le personnel médical.

6.1 Une forte augmentation de la masse salariale du personnel non médical

L'augmentation de la masse salariale trouve sa source à la fois dans le cadre de l'application de mesures réglementaires (revalorisation salariale Covid) mais également dans des pratiques de gestion des ressources humaines (temps partiel, heures supplémentaires...) accentuée par l'absence d'effectifs cibles.

6.1.1 L'absence d'effectifs cibles

Durant la période sous revue, l'ensemble des effectifs (tous statuts confondus de personnel non médical dont les recrutements exceptionnels lors de la crise de la Covid entre 2020 et 2022) croît globalement de plus de 12 %. En déduisant les recrutements pour faire face à la crise sanitaire, cette hausse est moindre, de 6,5 %.

Au cours de la période de 2018 à 2022, les personnels titulaires et en CDI représentent plus de 80 % de l'ensemble des effectifs. Ils ont crû globalement de 15,5 % entre 2018 et 2022 (évoluant de 791 ETP en 2018 à 914 ETP en 2022), ce qui impacte fortement les finances de l'établissement.

Par ailleurs, l'absence de mise en place de projet médical et d'actualisation⁷¹ d'effectifs cibles ne permet pas de tendre vers une adéquation optimale des effectifs aux besoins des

⁷¹ Les effectifs cibles par pôle n'ont pas été mis à jour depuis 2016.

différents services et tend ainsi à l'inflation de la masse salariale. Pourtant, aux termes⁷² de l'article 26 du décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux lignes directrices de gestion et à l'évolution des attributions des commissions administratives paritaires, la mise en place d'une stratégie de pilotage des ressources humaines est préconisée.

Tableau n° 23 : Évolution des effectifs des personnels non médicaux selon leurs statuts

<i>Effectif PNM (ETP moyens rémunérés) (Budget H)</i>	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
<i>Titulaires et stagiaires</i>	742,8	725,9	708,7	744,3	770,1	3,7 %
<i>CDI</i>	48,3	68,2	88,3	135,8	144,0	198,1%
<i>Titulaires et stagiaires + CDI</i>	791,1	794,1	797,0	880,1	914,1	15,5 %
<i>CDD</i>	182,7	181,8	217,2	188,4	184,0	0,7 %
<i>Total Effectif PNM (ETP moyens rémunérés)</i>	973,8	975,9	1 014,2	1 068,5	1 098,1	12,8 %
<i>Dont Effectifs liés à la crise COVID</i>			28,8	54,4	61,0	
<i>Effectif PNM hors ceux liés à la crise COVID</i>	973,8	975,9	985,4	1 014,1	1 037,1	6,5 %

Source : Données financières de l'établissement, courriel du 6/9/2023, document du 11/8/2023

La chambre souligne le caractère pour le moins paradoxal d'une hausse pérenne des effectifs dans le cadre d'une baisse d'activité de l'établissement (diminution du capacitaire et du nombre d'hospitalisation complète).

Recommandation n° 6. : Déterminer des effectifs cible pour chaque service afin de piloter finement l'évolution de la masse salariale.

6.1.2 Le nombre important de mesures inflationnistes

Les charges de personnel non médical augmentent globalement de l'ordre d'un tiers (34,3 %) de 2018 à 2022. Elles ont peu varié entre 2018 et 2019. Elles ont ensuite fortement augmenté du fait :

⁷² L'article 26 du décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux lignes directrices de gestion et à l'évolution des attributions des commissions administratives paritaires : « *La stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines définit les enjeux et les objectifs de la politique de ressources humaines à conduire au sein de l'établissement, compte tenu des missions qui lui sont confiées, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical et soignant et de son insertion territoriale et des politiques publiques qu'il met en œuvre. La stratégie pluriannuelle peut porter sur l'accompagnement du développement des coopérations professionnelles, la diversification des modes d'exercice et l'évolution des organisations de travail. Pour les corps et emplois des personnels de direction et des directeurs des soins, cette stratégie tient compte des politiques publiques mises en œuvre et de la situation des effectifs, des métiers et des compétences.* »

- des recrutements de personnels, notamment en CDD, qui ont été réalisés pour faire face à la crise sanitaire (mise en place de centre de vaccination, tests PCR) ;
- des mesures salariales prises dans le cadre de la crise sanitaire, dont le versement d'une prime exceptionnelle d'un montant global 1,46 M€ en 2020 ;
- des revalorisations salariales issues des accords du Ségur de la Santé, avec le versement d'un complément⁷³ de traitement indiciaire (CTI) (+ 0,87 M€ en 2020, + 4,4 M€ en 2021, et + 4,7 M€ en 2022), la revalorisation des grilles indiciaires des personnels de la filière soignante, médico-technique et rééducation, ainsi que les primes d'encadrement dont le surcoût a été évalué à 0,2 M€ en 2021, et 0,84 M€ en 2022.

6.1.3 La gestion du temps partiel

La gestion du temps partiel telle qu'elle est pratiquée au CH du Forez génère une augmentation de la masse salariale. En effet, dans l'hypothèse du remplacement des temps partiels par des contractuels, ceux-ci sont après 6 années « cdisés »⁷⁴, ce qui fait mécaniquement monter les effectifs lors du retour du titulaire à temps plein, qui est de droit s'il est fonctionnaire. Cette tendance est visible entre 2018 et 2022 puisque le nombre d'agent à temps partiels est passé de 359 (dont 41 à temps partiel de droit en 2018) à 309 (dont 30 à temps partiel de droit en 2022). De même, dans l'hypothèse du remplacement des temps partiels par des titulaires, il convient de préciser que, dans la fonction publique hospitalière, il n'est pas possible de recruter à temps non complet (sauf exceptions⁷⁵), les recrutements sont réalisés à temps complet ce qui une fois encore, lors du retour des agents à temps complet, fait mécaniquement augmenter la masse salariale.

Dans ce contexte, il conviendrait d'interdire tout recrutement au-delà de l'effectif cible mais également d'interdire aussi un retour à temps plein dans un service au-delà de la cible, ce qui induirait un changement de poste pour revenir à temps plein.

Par ailleurs, le point 2.3 du guide de gestion du temps de travail qui traite du temps partiel, mentionne⁷⁶: « *En pratique : au CHF, le temps partiel sur autorisation est reconduit sans que l'agent en fasse la demande. Si l'agent souhaite reprendre à temps plein, c'est à lui de se manifester. Si l'administration lui demande de reprendre à temps plein, elle doit l'avertir deux mois avant* ».

Il conviendra de revenir sur cet accord local pour appliquer le dispositif règlementaire⁷⁷ afin qu'à l'issu des trois ans de temps partiel de droit ou à l'issu d'une première période de

⁷³ Montants bruts avec charges sociales.

⁷⁴ + 198 % de CDI entre 2018 et 2022.

⁷⁵ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et décret n°2020-791 du 28 juin 2020 : Les corps ouverts au recrutement de fonctionnaires hospitaliers à temps non complet sont : Sages-femmes des hôpitaux Psychologues Diététiciens Masseurs-kinésithérapeutes Orthophonistes Orthoptistes Pédiatres-podologues Ergothérapeutes Psychomotriciens.

⁷⁶ En moyenne sur la période 2018-2022 : 25 % des agents PNM.

⁷⁷ Article 2 du décret 82-1003 du 23 novembre 1982 relatif aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel des agents titulaires des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements à caractère social : « *L'autorisation d'assurer un service à temps partiel est accordée pour une période comprise entre six mois et un an, renouvelable, pour la même durée, par tacite reconduction dans la limite de trois ans. A*

temps partiel sur autorisation, l'agent qui en bénéficie fasse une demande auprès de la DRH et qu'une décision expresse soit faite. Cette règle permettra à la direction des ressources humaines de maîtriser les demandes de temps partiel et d'en avoir un meilleur suivi.

6.1.4 Des jours de congés octroyés de manière irrégulière

(221) Le CHF accorde un jour au titre de la compensation de la journée de solidarité et deux jours automatiques pour « congés hors saison ».

Selon le guide pratique du temps de travail daté du 26/11/2021 (article 7.1.8) : « Au centre hospitalier du CH de Forez, il est attribué un jour⁷⁸ de fractionnement en compensation de la journée de solidarité. » Cette mesure, dont le caractère irrégulier doit être souligné, génère un surcout de l'ordre de 5 ETP chaque année.

Par ailleurs, les congés hors saison sont également automatiquement attribués aux agents selon l'article 7.1.9 de ce même guide : « deux jours de congés hors saison sont accordés à tous les agents (hors agents en position de CLM-CLD et congé parental. Un agent présent du 1^{er} janvier au 31 décembre bénéficie de 27 jours de congés annuels (25 jours + 2 jours hors saison) ».

Il conviendrait de limiter les congés annuels (CA) à 25, hors congés de fractionnement et congés hors saison. La possibilité d'obtenir des congés de fractionnement se limiterait aux conditions fixées par décret⁷⁹.

Recommandation n° 7. : Faire une application effective de la journée de solidarité et se conformer aux dispositions relatives à l'octroi des jours de fractionnement.

En réponse, l'ordonnateur souscrit à cette recommandation. La Chambre l'invite à réaliser une refonte totale de son guide du temps de travail.

6.1.5 L'absentéisme en hausse sur la période 2018-2022

Au niveau national, l'absentéisme a augmenté dans l'ensemble des établissements par rapport à la situation antérieure à la crise sanitaire. En 2021, l'absentéisme moyen atteint 9,9 % et dépasse d'un point par rapport à 2019 (année de référence avant crise).

Bien qu'en progression, le CHF connaît encore un taux d'absentéisme inférieur à la moyenne nationale sur la période sous revue. La baisse de l'activité couplée à une augmentation des effectifs peut être avancée comme élément explicatif.

l'issue de cette période de trois ans, le renouvellement de l'autorisation de travail à temps partiel doit faire l'objet d'une demande et d'une décision expresses ».

⁷⁸ Hors CLM et CLD.

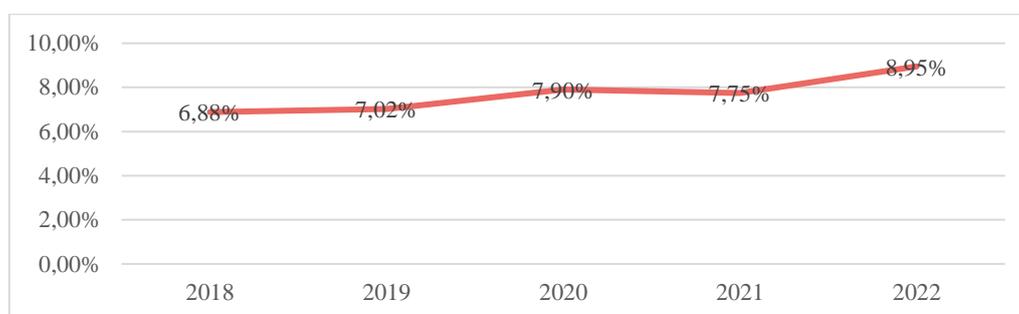
⁷⁹ Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Tableau n° 24 : L'absentéisme au niveau national par type d'établissements

Taux d'absentéisme moyen observé sur l'année	2019	2020	2021
ESMS	11.2 %	12.1 %	11.8 %
Etablissements de santé hors CHU	8.8 %	10.1 %	9.8 %
CHU / CHR	8.8 %	9.7 %	9.9 %
Total général	8.9 %	10.0 %	9.9 %

Source : Fédération hospitalière de France

Tableau n° 25 : Le taux d'absentéisme au CHF entre 2018-2022



Source : CH du Forez

6.1.6 Un volume d'heures supplémentaires non maîtrisé

Le guide pratique de gestion du temps de travail dans sa version 2023 indique que les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires lorsque les besoins du service l'exigent dans la limite de 20 heures par mois maximum par agent.

La chambre relève une augmentation considérable du volume des heures supplémentaires sur la période sous revue (+ 350 %). La période de la crise sanitaire explique en partie cette forte hausse mais ne justifie pas l'augmentation au cours des années 2019 et 2022.

Tableau n° 26 : Le volume total des HS 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (jan/oct.)
Nbre d'heures supplémentaires payées – en heures	4 634 h	6 313 h	11 147 h	11 629 h	15 589 h	9 359 h
Evolution en %		+ 36,2 %	+ 76,6 %	+ 4,3 %	+ 34 %	

Source : données CHF

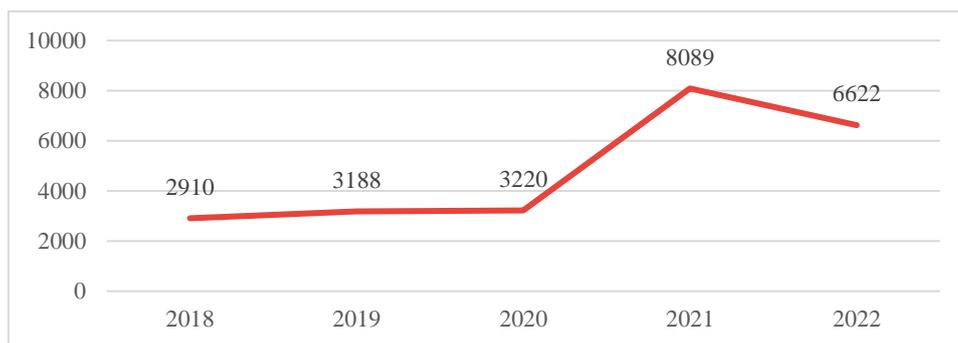
Afin de maîtriser le développement des heures supplémentaires, l'établissement a mis en place courant 2023, un suivi plus précis et une validation⁸⁰ des heures supplémentaires par la DRH. Ce nouveau dispositif pourrait expliquer l'amorce d'une baisse qui reste néanmoins à confirmer.

Néanmoins, la chambre considère que cette augmentation des HS ne se justifie pas au vu de la baisse de l'activité et de la hausse des effectifs. La chambre invite le CH à une forte maîtrise du recours aux heures supplémentaires.

6.1.7 Une augmentation conséquente des temps partiels thérapeutiques

Le CHF connaît un nombre de temps partiels thérapeutiques en forte augmentation. La fatigue liée à la sur-sollicitation des personnels durant la période de la Covid mais également l'évolution de la réglementation,⁸¹ qui simplifie la mise en temps partiel thérapeutique peuvent expliquer cette évolution. Le nombre de jours de temps partiels thérapeutiques a doublé depuis la crise sanitaire (6 622 jours en 2022 soit l'équivalent de 32 ETP).

Graphique n° 30 : Nombre de jours de temps partiel thérapeutique



Source : données CHF

Lors d'échanges avec l'établissement, il est apparu que les agents qui présentent une inaptitude totale et définitive à leurs fonctions sont réaffectés sur un poste « ad hoc ». Cette réaffectation conduit à un recrutement pour remplacer l'agent et crée un nouveau besoin dans le service où cet agent est réaffecté.

⁸⁰ Avant la mise en œuvre du nouveau dispositif de suivi, les chefs de service validaient les heures supplémentaires mettant ainsi la direction des ressources humaines devant le fait accompli.

⁸¹ L'article 8 de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 est venue modifier les dispositions relatives au temps partiel thérapeutique pour les trois versants de la fonction publique. Cette disposition assouplit les règles relatives au temps partiel thérapeutique : l'avis du comité médical ou de la commission de réforme est uniquement requis dans le cas où les avis du médecin agréé et du médecin traitant divergent.

6.1.8 Le cloisonnement des équipes de remplacement répartis sur chaque pôle.

Jusqu'en septembre 2022, un seul pool de remplacement était en place, géré par une cadre supérieure de santé, pour tout l'établissement. A la demande de la direction des soins, il a été mis en place une nouvelle politique de gestion des remplacements. Désormais, il existe un pool intégré à chaque pôle existant (chirurgie, médecine et chirurgie ambulatoire, psychiatrie, mère-enfant, gériatrie) pour suppléer aux absences de personnel.

Les personnels des équipes de remplacement n'étant plus à disposition dans une structure commune à l'ensemble des pôles mais répartis au sein de ces derniers, il existe un fort risque de perte d'économie d'échelle, pouvant générer des recrutements ou le recours à des heures supplémentaires en cas de forte tension au sein d'un pôle.

Néanmoins il convient de préciser qu'eu égard aux spécificités de certains postes (psychiatrie par exemple), les compétences des personnels ne permettent pas toujours une polyvalence.

La chambre invite l'établissement à envisager un retour au dispositif précédent permettant une fluidité plus grande et par conséquent une économie de ressources.

6.2 Le personnel médical : des charges en augmentation d'un quart sur la période

6.2.1 Le recours à des personnels contractuels

Les dépenses de personnel médical ont progressé globalement d'un quart entre 2018 et 2022, et de 5,7 % en moyenne annuelle.

La croissance des effectifs concerne principalement les praticiens contractuels⁸² dits « non permanents » (en CDD). Ils ont évolué de 27,9 ETP en 2018 à 48,8 en 2022, notamment sous l'effet de la crise sanitaire (avec notamment la mise en place de centre de vaccination) et d'un recours croissant aux « praticiens suppléants », correspondants au recrutement de praticiens contractuels par contrat de gré à gré.

Les effectifs des praticiens⁸³ hospitaliers sont, quant à eux, quasiment stables (entre 54 et 56 ETP sur la période)

⁸² Les praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (dit « non permanent ») comprennent : les praticiens contractuels en CDD comptabilisés au compte 64231, les assistants, assistants associés inscrits au compte 64232, les autres praticiens à recrutement contractuel, dont praticiens cliniciens inscrits au compte 64234, les attachés, attachés associés en CDD inscrits au compte 64235 ; les nouveaux praticiens contractuels issus de la réforme de 2022 (en CDD) sont inscrits au compte 64237.

⁸³ Les praticiens hospitaliers temps plein temps partiel sont inscrits au compte 64211 ; avec les praticiens à recrutement contractuel renouvelables de droit (attachés, associés en triennal et en CDI tels que définis à l'article R. 6152-610 du CSP, inscrits au compte 64221, avant la réforme de 2022), ils constituent le personnel médical dit « permanent » ; les nouveaux praticiens contractuels (en CDI) issus de la réforme de 2022 sont inscrits au compte 64223.

Tableau n° 27 : Évolution des effectifs médicaux du CH du Forez (2018-2022)

Effectif PM (ETP moyens rémunérés)	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018-2022
Personnel Médical permanent	57,7	56,9	55,2	55,5	56,2	- 2,59 %
Dont Praticiens hospitaliers	54,2	54,4	53,7	54,9	55,6	2,58 %
Praticiens contractuels (PM non permanent, hors internes)	27,9	37,8	43,4	48,4	48,8	74,9 %
<i>Dont praticiens suppléants</i>	6,6	7,9	7,6	10,9	12,8	93,9 %
Total Personnel Médical (hors internes)	85,6	94,7	98,6	103,9	105,0	22,66 %
Internes et étudiants	26,7	29,9	28,4	28,3	31,8	19,1 %
Total PM avec internes et étudiants	112,3	124,6	127,0	132,2	136,8	21,81 %

Source : d'après les données communiquées par le CH du Forez (courriel du 01/09/2023)

La progression des dépenses de personnel médical durant la période sous revue trouve également son origine dans les différentes mesures salariales inhérentes à la crise sanitaire (versement en 2020 d'une prime exceptionnelle pour un montant global de 171 000 €) et au Ségur de la santé (revalorisation de l'indemnité⁸⁴ d'engagement de service public exclusif dont le coût en année pleine en 2021 a été de 390 000 €). Par ailleurs, la revalorisation⁸⁵ des émoluments du personnel médical en 2022 a engendré un surcoût évalué à 133 000 €.

D'autres facteurs peuvent également être pris en considération comme l'augmentation du nombre de jours d'absence pour raison de santé⁸⁶ ou « l'apparition » des temps partiels thérapeutiques⁸⁷ qui étaient peu fréquents antérieurement chez les personnels médicaux.

6.2.2 Le recrutement de nouveaux praticiens contractuels depuis la réforme de 2022

6.2.2.1 L'utilisation régulière de quatre contrats de motif 2

En préambule, l'analyse conduite a principalement porté sur les praticiens contractuels recrutés en vertu du 2° de l'article R. 6152-338 du CSP (dénommés contrats dits « attractifs » ou de motif 2). La raison d'être de ces contrats est de permettre à l'établissement de « fidéliser » le recrutement de médecins et au praticien de percevoir un montant total d'émoluments « majoré » (grâce à une part variable, dans la limite du seuil de 119 130 € brut par an).

Parmi les nouveaux praticiens contractuels issus de la réforme⁸⁸ de 2022, il est prévu la possibilité de recruter des praticiens, en vertu du 2° de l'article R. 6152-338 du CSP, en cas de

⁸⁴ Le montant brut total de l'IESP versé aux praticiens s'élève à : 0,36 M€ en 2019, 0,41 M€ en 2020, 0,80 M€ en 2021 et en 2022.

⁸⁵ L'année 2022 a également été marquée par une majoration exceptionnelle de 50 % du montant des indemnités de sujétion et de garde (du 1^{er} août au 31 décembre 2022), engendrant une augmentation de l'ordre de 0,385 M€ des indemnités de permanence des soins.

⁸⁶ Le nombre de jours d'absence pour congés de maladie ordinaire et pour congés de maternité des PM est de 1 725 en 2019, 2 711 en 2020, 2 864 en 2021, 2 657 en 2022 (équivalent à 7,3 ETP) ; au 30 août 2023, il s'élève à 1 179 jours (équivalent à 3,2 ETP).

⁸⁷ Le nombre de jours d'absence de temps partiels thérapeutiques des PM s'élève à 147 jours en 2022 (nul lors des années précédentes) ; au 30 août 2023, il est même supérieur, à 180 jours.

⁸⁸ Décret n° 2022-135 du 5 février 2022 (article 2).

difficultés particulières de recrutement ou d'exercice, pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire.

Aux termes de l'article R. 6152-340 du CSP, le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 2° de l'article R. 6152-338 sont fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (mentionné à l'article L. 6114-1). En l'état actuel de l'instruction, aucun avenant⁸⁹ au CPOM n'a fixé précisément le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin pouvant être pourvu au CHF par contrat mentionné au 2° de l'article R. 6152-338 du CSP.

Dès lors, dans un courrier en date du 8 mars 2023, le directeur général de l'ARS autorise les établissements publics de santé à recourir aux contrats « attractifs » pour certaines spécialités nécessaires à la continuité de l'offre de soins sur le territoire et dans l'attente de la conclusion d'un avenant au CPOM.

A la suite d'une lettre du 20 mars 2023 par laquelle le directeur du CHF fait part des difficultés d'exercice en biologie médicale et en chirurgie orthopédique, l'ARS, dans un courrier du 13 avril 2023, approuve le recours aux contrats attractifs pour deux praticiens spécialisés, l'un en biologie médicale et l'autre en chirurgie orthopédique et traumatologie.

En 2023, quatre praticiens contractuels ont été recrutés au titre du motif 2.

Aux termes de l'article R. 6152-343 du CSP, le contrat précise : le motif de recrutement, la nature des fonctions occupées ainsi que les obligations de service, le service d'affectation, le montant des émoluments ainsi que les indemnités qui peuvent s'y ajouter, et pour les praticiens recrutés en application du 2° de l'article R. 6152-338, les engagements particuliers souscrits par le praticien, les objectifs quantitatifs et qualitatifs qui lui sont assignés et dont la réalisation peut déterminer le versement de certains éléments variables de rémunération, les délais qui lui sont impartis pour y parvenir ainsi que le rythme de révision éventuelle de ces objectifs et engagements.

L'examen des contrats de praticiens contractuels recrutés conformément au 2° de l'article R. 6152-338 du CSP n'appelle pas de remarque particulière. Trois praticiens ont été recrutés, chacun pour une durée de trois ans, en qualité de médecins généralistes et affectés dans le service de médecine polyvalente de Montbrison. Un praticien a été recruté pour une durée d'un an en qualité de médecin anesthésiste et affecté dans le service d'anesthésie de Montbrison du pôle de chirurgie. Les contrats mentionnent clairement le montant de la rémunération ; la somme des émoluments et de la part variable ne dépasse pas le plafond de 119 130 € brut par an, conformément à l'arrêté du 5 février 2022. Les objectifs⁹⁰ sont correctement précisés.

⁸⁹ L'absence d'avenant au CPOM sur ce point est générale à l'ensemble des établissements publics de santé et n'est donc pas propre au CHF, aux termes d'un entretien avec le directeur de la délégation départementale de la Loire de l'ARS du 15/11/2023.

⁹⁰ Parmi les objectifs fixés, assignés aux trois médecins généralistes, un objectif précise que les durées de séjour doivent être adaptées à l'état du patient et tendre vers la durée moyenne de séjour nationale ; « au regard de ce critère, 10 lits seront identifiés par praticien et une durée moyenne de séjour par praticien sera calculé mensuellement par le DIM ». Parmi les objectifs fixés et assignés au praticien anesthésiste, il y a notamment le déploiement de la RAAC (récupération améliorée après chirurgie) et les objectifs d'effectuer 72 gardes par an.

6.2.2.2 Les recours aux contrats de motif 2 hors du champ réglementaire

Dans le cadre des contrats de gré à gré, les EPS recourent au statut de praticien contractuel prévu par le code de la santé publique.

A la suite de la réforme des praticiens contractuels (issue du décret n° 2022-135 du 5 février 2022), l'article R. 6152-338 du CSP prévoit quatre motifs⁹¹ de recrutement, en particulier (ceux de motifs 1 et 2) :

- pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité (motif 1) ; le contrat est conclu pour une durée initiale de six mois maximum ; il est renouvelable pour une période de six mois, dans la limite de deux années au total ;
- en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire (motif 2) ; le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, dans la limite de six années au total.

Aux termes de l'article R. 6152-355 du CSP : « *La rémunération du praticien contractuel comprend des émoluments mensuels et le cas échéant des primes et indemnités dont les montants sont fixés par arrêtés ministériels* ».

En l'espèce, l'examen sur place des contrats de gré à gré conclus entre le CHF et des praticiens contractuels a permis de relever que la plupart⁹² de ces contrats ont été conclus au titre du motif 2 et principalement en vue d'une affectation au service des urgences.

Ces contrats mentionnent les engagements particuliers souscrits par le praticien en termes généraux : « *respecter strictement l'ensemble des clauses du présent contrat, appliquer les protocoles de soins et d'hygiène en vigueur, tenir compte de l'organisation et du fonctionnement du service, respecter les procédures internes au service* ». Les objectifs quantitatifs et qualitatifs (tels que le prévoient les dispositions de l'article R. 6152-343 du CSP) ne sont pas réellement fixés.

La chambre relève que le recours aux contrats de motif 2 pour assurer des vacations de « courte » durée et la majoration en conséquence du montant des émoluments par l'attribution d'une part variable ne respecte pas l'esprit des textes réglementaires, en particulier des articles R. 6152-338 et R. 6152-343 du CSP.

⁹¹ Les motifs 3 et 4 sont : Concernant le motif 3 : Dans l'attente de l'inscription du praticien sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier des EPS ; le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans ; Concernant le motif 4 : Pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés mentionnés à l'article L. 6111-1, concourant au développement des coopérations ville-hôpital et des exercices mixtes ; le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans ; il est renouvelable par décision expresse, dans la limite d'une durée maximale de six ans.

⁹² Certains contrats (conclus en avril 2023) ne mentionnent pas expressément le motif de recrutement, en particulier l'alinéa de l'article R. 6152-338 du CSP sur lequel le recrutement du praticien est effectué ; ils visent « uniquement » les décrets n° 2022-135 du 5 février 2022, et n° 2017-1605 du 24 novembre 2017, les articles R. 6152-334 à R. 6152-394 du CSP, l'instruction du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les EPS ; ils concernent généralement le recrutement de praticiens intérimaires pour effectuer des journées de travail de 24 heures, gardes comprises ; ils prévoient une rémunération correspondant à un montant global et forfaitaire, fixé à 1 390 € brut par garde de 24 heures, sans préciser la part correspondant aux émoluments et celle des indemnités, en non-conformité avec les dispositions de l'article R. 6152-343 du CSP.

Le motif 1, prévu pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité, paraît davantage approprié, que le motif 2. En ce sens, le ministère de la santé préconise de ne pas utiliser le contrat de motif 2 pour des vacations de courte durée (par exemple : 24 ou 48 heures).

Le recrutement des praticiens intérimaires, en vue notamment d'assurer la continuité des soins, est un domaine où la concurrence entre les établissements de santé (EPS, voire établissements privés) est particulièrement âpre. L'absence de médecin peut engendrer une perte d'activité et de recettes ce qui pourrait expliquer le dévoiement de ce type de contrat sur de courtes durées. La chambre recommande néanmoins une stricte application des contrats de motif 2.

Recommandation n° 8. : Respecter les conditions de recours aux contrats de motif 2.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La dynamique d'évolution des charges de gestion, à partir de l'année 2020, s'explique par la hausse des dépenses de personnel du budget principal qui augmentent globalement de l'ordre de 30 % entre 2018 et 2022 et qui représentent une part croissante des produits bruts d'exploitation : évoluant de 77 % en 2019, à 79 % en 2020 et 83,7 % en 2022. Ce ratio, bien au-dessus de la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national, place le CH du Forez largement au-dessus des valeurs rencontrées par les 20 % des établissements les moins performants, sur toute la période sous revue. Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer le paradoxe d'une baisse d'activité et d'un volume RH en augmentation : les conséquences des recrutements (sans objectif cible) associés aux revalorisations salariales, et les pratiques de gestion RH (congés, heures supplémentaires, temps partiels...).

Enfin, la chambre relève que le centre hospitalier recourt aux contrats de motif 2 pour assurer des vacations de « courte » durée et à des fins d'attractivité financière ce qui ne respecte pas l'esprit des textes réglementaires, quand bien même ils sont utilisés dans un contexte de pénurie de personnel médical.

ANNEXES

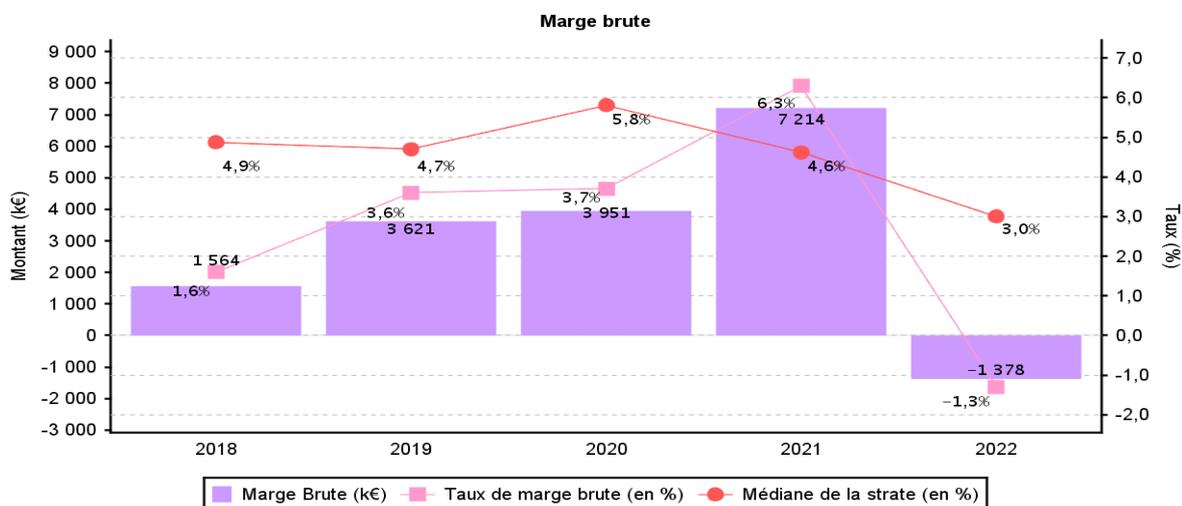
Annexe n° 1. Glossaire.....	84
Annexe n° 2. Données financières	85

Annexe n° 1. Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CHF	Centre hospitalier d Forez
CMG	Commission médicale de groupement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CRPA	Compte de résultat prévisionnel des budgets annexes
CSIRMT	Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DM	Décision modificative
DM	Dispositifs médicaux
DNA	Dotation non affectée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement Public de Santé
FIR	Fonds d'intervention régional
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe homogène de tarif
IP-DMS	Indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
RSA	Résumé de sortie anonymisé
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SMA	Sécurisation modulée à l'activité
SMR	Soins médicaux de réadaptation
SSR	Soins de suite et réadaptation
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USLD	Unité de soins de longue durée

Annexe n° 2. Données financières

Graphique n° 31 : Évolution comparée de la marge brute (en K€)



Source : Données du comptable public DGFIP

Tableau n° 28 : Évolution du délai global de paiement moyen (en jours) en 2021 et 2022

Délai Global de Paiement en jours	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021	12/2021
Délai Global de Paiement en jours 2021	52,96	52,24	51,11	49,90	49,88	49,79	49,79	50,37	50,39	50,32	50,68	50,79
Délai Global de Paiement en jours	01/2022	02/2022	03/2022	04/2022	05/2022	06/2022	07/2022	08/2022	09/2022	10/2022	11/2022	12/2022
Délai Global de Paiement en jours 2022	52,63	52,72	53,19	63,64	63,42	63,42	63,96	71,38	89,02	91,23	92,98	100,74

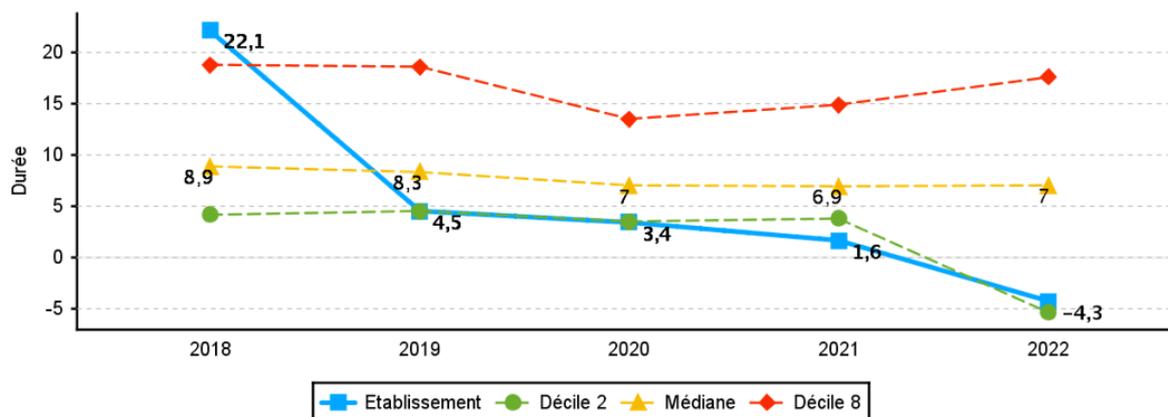
Source : CRC d'après les données du comptable public (tableaux de synthèse du tableau de bord financier)

Tableau n° 29 : L'évolution de la dette du CHF au regard des ratios d'alerte

En milliers €	2018	2019	2020	2021	2022
Ratio d'indépendance financière est inférieur à 50 %	30,4 %	29,2 %	26,8 %	21,8 %	22,4 %
Ratio de durée apparente de dette n'excède pas 10 ans (sauf en 2018)	22,1	4,5	3,4	1,6	-4,3
Ratio de encours dette rapporté au total des produits toutes activités confondues est inférieur à 30 %	14 %	12,4 %	10,5 %	8,9 %	8,8 %

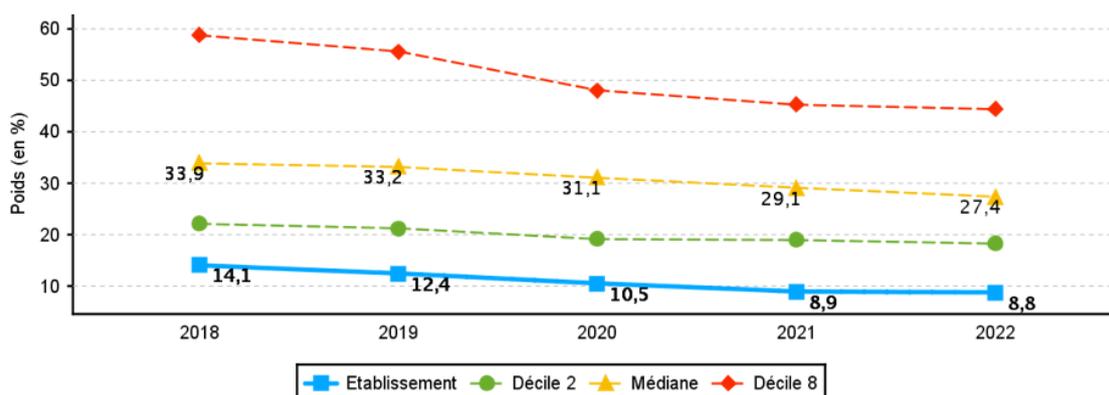
Source : CRC à partir des comptes financiers

Graphique n° 32 : Évolution comparée de la durée apparente de la dette exprimée en années



Source : Données du comptable public (Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.)

Graphique n° 33 : Évolution comparée du poids de la dette rapporté au total des produits d'exploitation (en %)



Source : Données du comptable public (Lecture : le 2^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants ; le 8^{ème} décile correspond aux 20 % d'établissements de même catégorie les moins performants.)



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

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

Chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes

124-126 boulevard Vivier Merle

CS 23624

69503 Lyon Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr