

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

(Département de l'Ain)

Exercices 2019 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 12 septembre 2024.

AVANT-PROPOS

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail 2024, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse pour les exercices 2019 et suivants.

Le contrôle a été engagé par lettre du 17 janvier 2024, adressée à Mme Frédérique LABRO-GOUBY, directrice du centre hospitalier et ordonnatrice de l'établissement public de santé depuis le 27 mai 2019, à Mme Corinne KRENCKER occupant ces mêmes fonctions du 1^{er} janvier 2019 au 14 janvier 2019, ainsi qu'à M. Vincent ORY (précédent ordonnateur du 14 janvier 2019 au 26 mai 2019) par lettre du 15 février 2024.

M. Jean-François DEBAT¹, en qualité de Président du conseil de surveillance, a par ailleurs été informé du contrôle, par courrier du 17 janvier 2024.

Le comptable en fonctions, Monsieur Damien PERRET, a été informé de l'engagement de la procédure par un courrier daté du 17 janvier 2024.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- la gouvernance ;
- l'organisation ;
- l'activité ;
- l'hospitalisation à domicile (enquête régionale) ;
- l'évolution de la situation financière ;
- les ressources humaines ;
- les marchés publics.

Lors de sa séance du 26 juin 2024, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées à l'ordonnatrice et à sa prédécesseure le 19 juillet 2024, ainsi qu'à la directrice générale de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes le même jour. Elle a par ailleurs décidé de ne pas formuler d'observations concernant la gestion de M. Vincent ORY par courrier du 24 juillet 2024, reçu par celui-ci le 30 juillet 2024.

Au vu des réponses sur ces observations provisoires, la chambre a délibéré ses observations définitives le 12 septembre 2024, objet du présent rapport.

¹ Maire de Bourg-en-Bresse depuis 2008 et président de de la Communauté d'agglomération du Bassin de Bourg-en-Bresse depuis 2017.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	2
SYNTHÈSE	5
RECOMMANDATIONS	8
1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT	9
1.1 Les caractéristiques territoriales et sanitaires de la zone de soins de proximité du bassin de vie de Bourg-en-Bresse	9
1.2 Le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins.....	9
1.2.1 L'activité du CHBB	10
1.2.2 Une pénurie marquée de l'offre de médecine de ville	11
1.2.3 Le GHT Bresse-Haut-Bugey	12
2 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER	14
2.1 Les instances.....	15
2.1.1 Le directoire	15
2.1.2 Le conseil de surveillance	15
2.1.3 La commission médicale d'établissement.....	16
2.1.4 Le comité social d'établissement	17
3 LA STRATÉGIE DE L'ÉTABLISSEMENT	17
3.1 Le projet d'établissement 2020-2024	17
3.1.1 Le projet médical 2020-2024	18
3.1.2 Un projet qualité disposant d'un système de suivi structuré.....	19
3.1.3 Les lignes directrices de gestion en lieu et place d'un projet social	20
3.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un suivi à améliorer	20
3.3 Les pôles d'activités et leurs contrats.....	22
4 L'ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER.....	24
4.1 L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).....	24
4.1.1 L'évolution de l'activité	24
4.1.2 L'efficacité de l'activité	27
4.1.3 Une accélération du virage ambulatoire.....	30
4.1.4 L'hospitalisation à domicile	32
5 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	37
5.1 Les axes stratégiques de la politique de ressources humaines	37
5.2 L'organisation de la fonction de gestion des ressources humaines.....	37
5.3 L'évolution de la masse salariale et des emplois	38
5.4 Le personnel non médical.....	39
5.4.1 Les effectifs du personnel non médical.....	40
5.4.2 La politique de recrutement et d'attractivité	43
5.4.3 Le temps de travail	44

5.4.4 La gestion des remplacements dans le cadre d'une recherche de la qualité de vie au travail	48
5.5 Le personnel médical.....	51
5.5.1 Des effectifs médicaux en augmentation sur la période.....	51
5.5.2 Le temps de travail et la dette sociale	53
5.5.3 Les solutions mises en place pour assurer la continuité de l'offre de soin	57
5.5.4 La politique d'attractivité du CHBB	60
6 LA COMMANDE PUBLIQUE	64
6.1 L'organisation et la stratégie de la fonction achats	64
6.1.1 L'organisation de la fonction achat.....	64
6.1.2 La stratégie en matière d'achat.....	65
6.1.3 La politique d'achats socialement et écologiquement responsable.....	65
6.2 Le marché et la convention relatifs à la construction du bâtiment des soins de suite et de réadaptation en partenariat avec l'ORSAC	66
7 L'ANALYSE FINANCIÈRE.....	68
7.1 La formation du résultat	68
7.1.1 Une marge brute d'exploitation qui se maintient sur la période 2019-2022.....	68
7.1.2 La capacité d'autofinancement.....	70
7.1.3 Le résultat annuel	71
7.2 Les produits de l'activité hospitalière	71
7.2.1 Les produits de la tarification à l'activité.....	72
7.2.2 Les produits forfaitaires	73
7.3 Le financement des investissements.....	74
7.3.1 Le financement des dépenses d'équipement	74
7.3.2 Un faible taux de vétusté des immobilisations en raison d'une réhabilitation majeure (2009-2024).....	75
7.4 La situation bilantielle	77
7.4.1 Le fonds de roulement net global (FR) et le besoin en fonds de roulement (BFR)	77
7.4.2 La trésorerie.....	79
7.5 L'endettement du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse	80
7.6 La programmation pluriannuelle	82
ANNEXES	85
Annexe n° 1. Glossaire.....	86
Annexe n° 2. Données financières	88

SYNTHÈSE

Situé dans un département en fort déficit de médecine de ville (dernier au classement régional), le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHBB) est l'établissement de santé de référence du département de l'Ain. Support du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Bresse-Haut-Bugey, il présente une offre de soins de recours et de proximité répartie en sept pôles d'activités cliniques, médico-techniques et de support : médecine, chirurgie, soins critiques et non programmés, mère-enfant, gériatrie, cancérologie, transversal et support.



L'analyse des comptes rendus du comité stratégique du GHT, ainsi que la production d'éléments de réalisation par celui-ci, permettent de constater la réelle activité du GHT en tant qu'animateur de bassin de santé avec les établissements de santé le composant.

Gouvernance et stratégie d'établissement

Le CHBB ne disposait plus de projet d'établissement complet depuis 2011. Le projet médical 2020-2024 a été validé par le conseil de surveillance le 20 février 2020 comme le projet qualité ; il n'en demeure pas moins que certains éléments sont incomplets ou absents. Par ailleurs, la chambre invite le CHBB à procéder au renouvellement de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2024-2029 ainsi qu'à rédiger de nouveaux contrats de pôle pour la période 2024-2028 et en assurer un suivi régulier.

Une activité prépondérante sur son bassin de santé

Le centre hospitalier capte 40 % de l'activité en médecine et un tiers en chirurgie et demeure largement majoritaire en obstétrique sur sa zone d'attractivité. La valeur totale produite des séjours en MCO connaît globalement une hausse sur toute la période. Afin d'augmenter la qualité du codage, source de recettes supplémentaires, l'établissement a mis en place un système de centralisation et de professionnalisation du codage.

Dans le cadre de l'enquête régionale sur l'hospitalisation à domicile (HAD), la chambre a analysé le dispositif alternatif à l'hospitalisation traditionnelle qui répond au souhait croissant des patients d'être soignés chez eux. Le CHBB est autorisé à exercer l'activité de médecine sous la modalité d'HAD depuis le 20 juillet 2007, en fixant les zones d'interventions autour de la zone de soins de Bourg-en-Bresse. L'HAD du CHBB présente une activité de plus de 12 000 journées, soit environ près de 35 patients pris en charge en moyenne par jour (pour une durée moyenne de séjour de 15 à 24 jours). L'activité de l'HAD a évolué depuis la crise sanitaire, traduisant un poids croissant de l'activité d'oncologie dans les prises en charge HAD, en lien avec le développement de la file active prise en charge en cancérologie.

Un établissement attractif pour les professionnels

Concernant les personnels non médicaux (PNM), les effectifs du budget principal s'élèvent à 1 706 emplois temps plein moyens rémunérés (ETPMR) - en 2023 - et sont stables sur la période sous revue. La masse salariale (budget principal hors intérim) a progressé de l'ordre de 18 %, (passant de 79 M€ en 2019 à 94 M€ en 2022 pour le budget principal et devrait être de l'ordre de 99 M€ en 2023). La gestion de la masse salariale est conduite en fonction d'objectifs cibles actualisés puis validés par le service RH et suivie au moyen d'outils précis et complets. Par ailleurs, l'établissement développe une politique de recrutement et d'attractivité dynamique. Le turn-over des PNM est en augmentation sur la période sous-revue mais demeure parmi les établissements les plus performants de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Concernant les personnels médicaux (PM), la masse salariale a progressé de 23,5 % (passant de 24,7 M€ en 2019 à 30,6 M€ en 2022 pour le budget principal) ; en 2023, elle devrait être de l'ordre de 31,5 M€ (soit une hausse de près de 3 %). Cette évolution est liée à la croissance des effectifs (globalement de + 17,29 ETPMR sans les internes, passant de 160,16 en 2019 à 177,45 en 2023). La chambre relève qu'il n'existe pas de guide du temps de travail médical formalisé au sein du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, permettant d'afficher plus clairement le cadre de travail et les conditions de comptabilisation des différents temps (activité libérale, temps de travail additionnel, activités d'intérêt général, valences). Enfin, l'établissement a développé une politique d'attractivité à l'attention des personnels médicaux. Le CHBB a passé des conventions de coopération avec les HCL, propose des activités de recherche clinique, accueille des internes et enfin implique les praticiens dans les opérations de recherche de candidats et des procédures de recrutement.

Tableau n° 1 : Évolution des effectifs de l'établissement

	2019	2020	2021	2022	2023 provisoire
Effectif Personnel Non Médical (ETP moyens rémunérés)	1 684,48	1 680,51	1 696,88	1 683,45	1 706,22
Effectif Personnel Médical (y compris internes) (ETP moyens rémunérés)	224,81	225,43	229,95	238,65	239,86

Un partenariat dans la construction d'un nouveau bâtiment de soins de suite et de réadaptation

Dans le cadre de la construction et de l'exploitation du nouveau bâtiment de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'association ORSAC et le CHBB ont conclu un accord cadre le 11 octobre 2016, actant un montage financier. Cependant, ce dernier n'apporte aucune garantie au CHBB en cas de défaillance de paiement de l'ORSAC que ce soit pour sa contribution aux investissements initiaux ou pour sa participation aux charges de fonctionnement. Il faut attendre la convention d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public (AOT) signée le 10 janvier 2019 pour relever l'existence de garanties (encore trop faibles) en cas de non-paiement de l'ORSAC ce qui, au regard de l'acte d'engagement signé avec la société en charge de la construction pour un montant de 24,8 M€ l'année précédente, constitue une prise de risque importante pour un établissement hospitalier fortement endetté. La chambre souligne que le CHBB pourrait demander à l'ORSAC, une garantie bancaire couvrant tout ou partie du risque financier.

Un établissement dont le fort endettement doit être contenu

La progression des charges de gestion, est marquée essentiellement par celle des dépenses de personnel, qui augmentent globalement de l'ordre de 20 % entre 2019 et 2022 en raison principalement des mesures salariales gouvernementales. La progression des produits de gestion trouve principalement son origine dans l'augmentation des dotations versées par l'ARS. Au final, le taux de marge brute du CHBB représente 3 % de l'ensemble de produits de gestion en 2022.

Plus spécifiquement, les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours d'une part et des actes et consultations d'autre part, ont progressé de 5,25 % en moyenne annuelle sur la période, évoluant de 106 M€ en 2019 à 124 M€ en 2022. 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. Les produits forfaitaires ont connu globalement une progression de 91 % entre 2019 et 2022. Cette forte progression résulte notamment d'aides reçues afin de compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire.

Le CHBB présente un taux de renouvellement des immobilisations bien au-dessus des 20 % des établissements de même catégorie les plus performants, au cours de la période de 2019 à 2022. Cette situation favorable relève d'une stratégie de réhabilitation globale des bâtiments entre 2009 et 2024. Conséquence directe de ces investissements de rénovation immobilière, l'endettement de l'établissement progresse rapidement sur la période sous revue passant d'un encours de 62 M€ en 2019 à 123 M€ en 2022 soit une progression de 98 %. Dès lors, la chambre recommande au CHBB de réduire le niveau des investissements futurs pour contenir le niveau d'endettement.

Tableau n° 2 : Endettement de l'établissement

En milliers €	2019	2020	2021	2022
Encours d'emprunts et dette assimilée (avec dépôts reçus)	62 262	90 394	107 737	123 383

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Assurer la cohérence du futur projet d'établissement en produisant tous les documents stratégiques au sens de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

Recommandation n° 2. : En lien avec l'ARS, mettre en œuvre les procédures de suivi et de renouvellement du CPOM.

Recommandation n° 3. : Procéder à la rédaction des nouveaux contrats de pôle pour la période 2024-2028 et en assurer un suivi régulier.

Recommandation n° 4. : Mettre en place un guide du temps de travail pour le personnel médical.

Recommandation n° 5. : Encadrer le recours au temps de travail additionnel, en lien avec la COPS, et établir les contrats en conséquence.

Recommandation n° 6. : Mettre en place un schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (SPASER).

Recommandation n° 7. : Compte tenu des rénovations récentes de l'établissement, réduire le niveau des investissements pour contenir le niveau d'endettement.

1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT

1.1 Les caractéristiques territoriales et sanitaires de la zone de soins de proximité du bassin de vie de Bourg-en-Bresse

Le bassin de vie de Bourg-en-Bresse² s'étend sur la commune de Bourg-en-Bresse et les 40 communes situées dans son environnement proche. Il couvre une population de 102 175 habitants³ qui, si l'on considère la notion plus extensive de zone de soins de proximité peut atteindre 230 000 habitants. Le bassin de vie se caractérise par un vieillissement de la population, proche des niveaux régional et national. Les habitants âgés 65 ans et plus représentaient ainsi 21,3 % de la population du bassin de vie de Bourg-en-Bresse en 2022 contre 19,8 % au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de la France métropolitaine. Quant aux habitants âgés de 85 ans et plus, ils représentaient 3,6 % de la population de ce territoire, la même année, contre 3,3 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Par ailleurs, 24,3 % des habitants du bassin de vie étaient âgés de moins de 20 ans en 2022 à l'identique de la population régionale.

D'un point de vue socio-professionnel, la part des ouvriers et des professions intermédiaires est supérieure à la moyenne régionale. Ainsi, la population d'ouvriers actifs de 15 à 64 ans représente 24,3 % contre 21,5 % au niveau régional. L'écart est moindre pour les professions intermédiaires (27,9 % contre 26,3 % pour la région).

Le nombre de prise en charge (patients de 15 ans et plus) en ambulatoire en établissements spécialisés en psychiatrie au sein de la population du bassin de vie de Bourg-en-Bresse apparaît très supérieur à celui enregistré à l'échelle de la région : 4 pour 100 000 habitants sur ce bassin de vie, en moyenne annuelle, sur la période 2012 à 2016, contre une moyenne de 2,3 pour 100 000 habitants au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

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

Le CH de Bourg-en-Bresse (CHBB) est l'établissement de santé de référence du département de l'Ain et le support du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Bresse-Haut-Bugey. Il dispose d'une offre de proximité (notamment EHPAD et USLD, soins médicaux de réadaptation, médecine gériatrique, médecine polyvalente, pédiatrie, endocrinologie, ...) mais aussi de recours (chirurgie et médecine spécialisées, maternité de niveau 2B, présence de soins critiques), voire de référence (chirurgie thoracique – fréquemment limitée aux CHU, chirurgie vasculaire complexe, etc.).

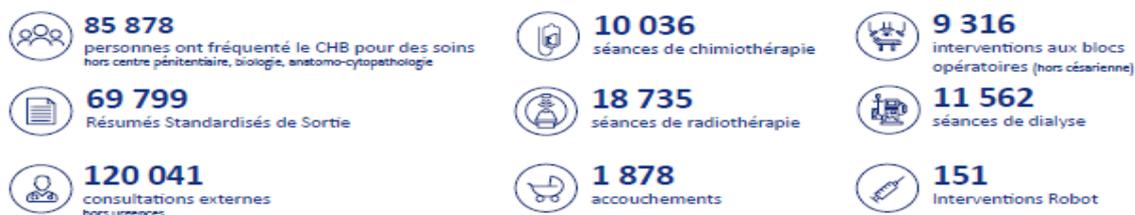
² Au sens de l'INSEE, un bassin de vie correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

³ Source : BALISES – BAsE Locale d'Informations Statistiques En Santé- de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

1.2.1 L'activité du CHBB

Schéma n° 1 : Les chiffres clés 2022

ACTIVITÉ DU CHB



URGENCES



PLATEAU TECHNIQUE



SERVICES SUPPORTS



Source : Rapport activités 2022

Les activités du CH de Bourg-en-Bresse (CHBB) sont réparties sur deux sites :

- l'hôpital de Fleyriat⁴ qui regroupe les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (USLD) ;
- la résidence Emile Pélicand qui comprend un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), une unité d'hébergement renforcée (UHR) et une unité de vie protégée destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. Ces deux dernières relèvent de l'USLD.

⁴ Il comprend un service d'urgences et un SAMU-SMUR-Centre 15, des services de médecine à orientation, des services de chirurgie générale, un service de réanimation médico-chirurgicale, un pôle d'activité « mère enfant » comptant aussi un centre de planification et une unité médico-judiciaire, un pôle de gériatrie permettant notamment la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, un service de consultations externes recouvrant toutes les spécialités, un centre de santé publique, une équipe mobile de gériatrie, une équipe mobile de soins palliatifs, un service d'hospitalisation à domicile.

Tableau n° 3 : Répartition des lits en fonction des spécialités

Spécialités	MCO	SSR	USLD	EHPAD
<i>Nbre lits</i>	560	80	120	169

Source : Rapport activités 2022

Le CHBB dispose d'un effectif de près de 1 930 emplois équivalents temps plein (ETP) non médicaux et près de 243 personnels médicaux (dont 60 internes, données 2023).

1.2.2 Une pénurie marquée de l'offre de médecine de ville

Selon le rapport d'activité 2022 de l'établissement, le département de l'Ain connaît la situation la plus défavorable de la région Auvergne-Rhône Alpes en matière de présence médicale libérale sur son territoire. Il ne compte plus que 6,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 8,9 au niveau national, inégalement répartis de surcroît sur l'ensemble du département. Dans le domaine de la médecine de ville, le département de l'Ain est ainsi en fin de classement dans la grande majorité des spécialités médicales.

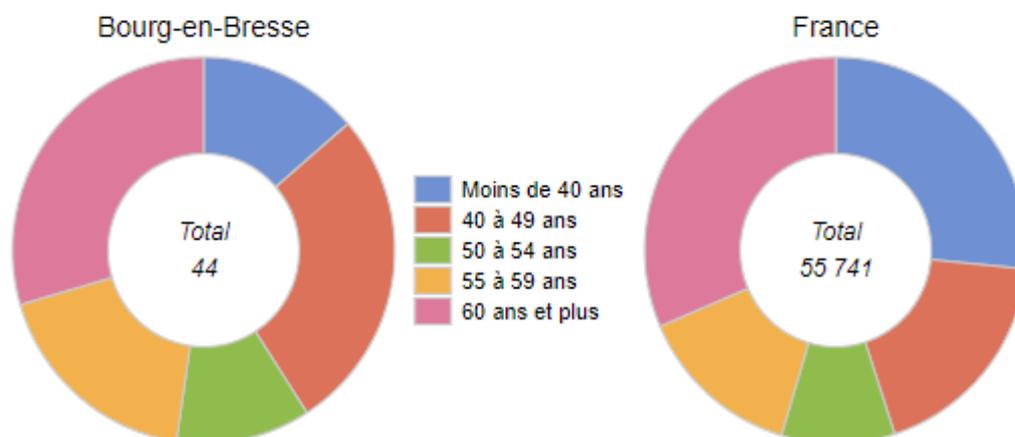
Tableau n° 4 : Le déficit départemental de la médecine de ville

Spécialité médicale Exercice libéral	Densité moyenne pour 100 000 habitants – Région AURA	Densité moyenne pour 100 000 habitants – Département Ain	Rang régional AURA
Médecine générale	82,8	61,3	12/12
Cardiologie	3,6	2,4	11/12
Dermatologie	3,2	1,1	11/12
Ophtalmologie	5,2	1,5	11/12
ORL	1,8	1,7	7/12
Pédiatrie	10,9	4,2	9/12
Gynécologie	3,9	1,5	10/12
Psychiatrie	7	1,8	11/12

Source : RA 2022

Le nombre de médecins généralistes est en forte baisse sur le territoire de vie-santé de Bourg-en-Bresse sur les cinq dernières années. Ainsi en 2023, on comptait 44 généralistes contre 65 en 2018. De plus, au regard de la pyramide des âges de ces praticiens, il apparaît que 30 % d'entre eux sont âgés de plus 60 ans.

Graphique n° 1 : Répartition des généralistes par tranche d'âge au 31/12/2023



Source : Carto santé

Les difficultés rencontrées par la médecine de ville impactent le centre hospitalier, obligé de pallier l'insuffisance de l'offre de soins libérale.

1.2.3 Le GHT Bresse-Haut-Bugey

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 du groupement. L'objectif est de 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, définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences...).

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.

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Bresse-Haut-Bugey (qui a pour établissement support le CH de Bourg-en-Bresse), créé le 30 juin 2016, rassemble neuf établissements, dont deux ont une activité prédominante de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et une attractivité significative pour leur bassin de population : les centres hospitaliers de Bourg-en-Bresse et d'Oyonnax. Le CH d'Hauteville est quant à lui prioritairement un établissement SSR. Trois hôpitaux ont une activité MCO et SSR adossée à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : les CH Ain-Val-de-Saône à Pont-de-Veyle et Thoissey, le CH de Pont de Vaux, et le CH de Meximieux. Les trois autres établissements sont des EHPAD exclusifs, à Montrevel, Coligny et Cerdon.

Carte n° 1 : Le territoire du GHT Bresse-Haut Bugey

Source : *Projet médical partagé GHT*

Les établissements rattachés au GHT sont les premiers lieux d'hospitalisation MCO des communes du centre et du nord du département ; L'attractivité du GHT s'étend dans le sud du Jura vers Saint-Amour et Val Suran/Saint-Julien, et en proximité de Saint-Claude, notamment pour l'obstétrique et la chirurgie, et s'étend en Saône-et-Loire à Cuiseaux, qui a la particularité de recourir plus fréquemment à la clinique Convert qu'au centre hospitalier.

Selon la convention constitutive du GHT, ce dernier gère au titre de sa compétence :

- le système d'information hospitalier et le département de l'information médicale ;
- la politique d'achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale ;
- certaines activités RH et logistiques /techniques ;
- l'accompagnement à la mise en œuvre du projet médical (communication, conduite les groupes de travail).

Il convient de préciser que depuis le 1/1/2022, le GHT a une nouvelle mission obligatoire : la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences (conformément à l'article 5 de l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et au décret n° 2021-675 du 27 mai 2021).

Il apparait que, quand bien même le GHT réalise des actions en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), ce dernier n'a pas modifié sa convention constitutive afin de prendre en compte cette nouvelle mission. En conséquence, la chambre invite le GHT à mettre à jour sa convention constitutive dans le cadre de la nouvelle mission obligatoire relative à la GPEC.

L'analyse des comptes-rendus du comité stratégique du GHT et des actions réalisées par le GHT montre que le CHBB anime bien le GHT.

Tableau n° 5 : L'animation par le CHBB du GHT au regard des établissements de santé dans le cadre de sa convention constitutive

Les missions du GHT selon la convention constitutive	Effectivité des réalisations (exemples d'actions)
<i>Systeme d'information hospitalier et le département de l'information médicale</i>	- DPI Hôpital manager (déploiement 2021-2025) pour tous les membres du GHT
<i>Politique d'achats</i>	- Animation du groupe de travail achats (massification des achats de véhicules, d'appareillage médical...)
<i>Coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale</i>	- Directeur IF CHBB coordonne les instituts de formation d'Oyonnax et de Haute ville
<i>Certaines activités RH et logistiques /techniques</i>	- Animation de réunions de travail (groupe politique d'attractivité du bassin de santé) -Stratégie commune de recrutement des ressources médicales
<i>Accompagnement à la mise en œuvre du projet médical (communication, conduite les groupes de travail)</i>	- Consultations avancées de praticiens du CHBB au CH d'Oyonnax (MAD) - Animation de la dynamique territoriale sur l'hygiène hospitalière

Source : Retraitement CRC

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Situé dans un département en fort déficit de médecine de ville (dernier au classement régional), le CH de Bourg-en-Bresse est l'établissement de santé de référence du département de l'Ain. Support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Bresse-Haut-Bugey, il présente une offre complète de soins de recours et de proximité : médecine, chirurgie, soins critiques et non programmés, mère-enfant, gériatrie, oncologie.

2 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER

Les compétences décisionnaires au sein de l'hôpital sont réparties entre le directoire et le conseil de surveillance, lesquels s'appuient sur plusieurs instances consultatives, dont la commission médicale d'établissement et le comité social d'établissement. L'hôpital public est par ailleurs organisé en unités de prises en charge médicale, regroupées depuis l'ordonnance du 2 mai 2005⁵ en pôles d'activités, dont le découpage relève de la décision de chaque établissement.

⁵ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

2.1 Les instances

2.1.1 Le directoire

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

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

Le directoire est tenu de se réunir au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé, ce qui a été le cas s'agissant de l'hôpital de Bourg-en-Bresse.

Tableau n° 6 : Nombre de réunions du directoire du CH de Bourg-en-Bresse

	2019	2020 (covid)	2021 (covid)	2022	2023
<i>Nombre de réunions</i>	10	8	9	9	8

Source : Données CH BB

2.1.2 Le conseil de surveillance

Selon le dispositif réglementaire, 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 intérieur⁶. Le conseil de surveillance doit être composé de 9 à 15 membres⁷, 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. Jean-François DEBAT, maire de Bourg-en-Bresse depuis 2008 et également président de la communauté d'agglomération de Bourg-en-Bresse depuis 2017, le conseil de surveillance du CH de Bourg-en-Bresse est régulièrement composé (15 membres avec voix délibérative).

⁶ Article L. 6143-1 du code de la santé publique.

⁷ Depuis la loi RIST (20 mai 2023), 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.

La chambre a pu constater la tenue régulière de l'instance qui s'est réunie de 2019 à 2023 quatre fois par an (hors période Covid), en conformité avec l'article R. 6143-11 du code de la santé publique.

Tableau n° 7 : Nombre de réunions du conseil de surveillance du CH de Bourg-en-Bresse

	2019	2020 (covid)	2021 (covid)	2022	2023
<i>Nombre de réunions</i>	4	2	4	4	4

Source : Données CHBB

2.1.3 La commission médicale d'établissement

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

La présidence de la commission médicale d'établissement occupe un rôle stratégique au sein de l'établissement ; elle s'accompagne de la vice-présidence du directoire. Son actuel président est en fonction depuis juin 2021.

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 du 27 mai 2021 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. À cette fin, le président de la CME devient co-décisionnaire avec le directeur pour la nomination des chefs de pôles et pour le retrait des fonctions de chef de pôle.

L'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique issu 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. L'examen de cette charte, datant du 27 octobre 2022, n'appelle pas de remarques particulières.

2.1.4 Le comité social 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 médical. Présidé par le directeur, il est consulté sur les questions dont a également à connaître la commission médicale d'établissement : projets de délibération du conseil de surveillance ; orientations stratégiques ; plan global de financement pluriannuel ; organisation interne. Le 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'observations particulières.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les instances décisionnaires de l'établissement sont le directoire et le conseil de surveillance, lesquels s'appuient sur plusieurs instances consultatives, dont la commission médicale d'établissement et le comité social d'établissement. Après analyse de ces instances, la chambre constate qu'elles se sont réunies conformément aux dispositions réglementaires.

3 LA STRATÉGIE DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Le projet d'établissement 2020-2024

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

Le CHBB ne disposait plus de projet d'établissement depuis 2011. Le projet médical 2020-2024 a été élaboré dans des délais contraints (octobre 2019- janvier 2020). Le conseil de surveillance du 20 février 2020 a validé le projet médical. Le projet qualité a été validé selon la même procédure, le même jour. Selon l'établissement, le prochain projet d'établissement devrait être finalisé en 2025.

Il convient de souligner que différents éléments sont incomplets ou manquants et ne permettent pas d'avoir une cohérence d'ensemble (lignes directrices de gestion ; projet des services économiques, logistiques et techniques).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué qu'il « veillera à définir un calendrier précis d'élaboration et de mise en œuvre du projet social, pour renforcer la visibilité des axes présents dans les lignes directrices de gestion. »

Recommandation n° 1. : Assurer la cohérence du futur projet d'établissement en produisant tous les documents stratégiques au sens de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

3.1.1 Le projet médical 2020-2024

Le projet médical 2020-2024 est structuré autour de 4 axes qui sont eux-mêmes organisés autour de fiches thématiques clairement structurées (contexte, objectif, préalables, calendrier, partenaires, indicateurs de suivi et articulation avec d'autres projets). L'analyse de l'activité et de la réalisation de projets cités ci-dessous laisse à penser que le CHBB procède à la mise en œuvre concrète de son projet médical au regard des axes ci-dessous :

- 1^{er} Axe : Faire des projets immobiliers un atout pour l'organisation des parcours patient. La phase réhabilitation du CHBB qui s'achèvera en 2025 marque une bonne anticipation des problématiques sanitaires du territoire notamment par la création d'un bâtiment dédié aux SSR ou encore les logiques intégratives des blocs chirurgicaux en proximité des espaces de radiologie.
- 2^{ème} Axe : Faire de l'hôpital de Bourg-en-Bresse un hôpital plateforme de services en santé. Cet axe concerne plus particulièrement l'hospitalisation à domicile avec plus de 35 patients par jour (cf. infra).
- 3^{ème} Axe : Accompagner le développement et la reconnaissance des activités nécessaires à la population (activités de recours et de proximité). Le CHBB dispose d'un plateau technique complet qui couvre une large partie des besoins de la population (86% des patients sont traités sur place). L'établissement est particulièrement reconnu en tant que pôle d'excellence en cancérologie.
- 4^{ème} Axe : Faire de l'hôpital de Bourg-en-Bresse un acteur de l'innovation organisationnelle et de la recherche clinique sur la Région Auvergne-Rhône-Alpes et au niveau national. Le CHBB développe son unité de recherche clinique et déploie également progressivement des projets innovants tels que l'interprétation de l'imagerie par l'intelligence artificielle.

Le projet médical s'inscrit dans le projet régional de santé (2018-2028). Ce dernier fixe six grandes orientations stratégiques pour les dix prochaines années :

- renforcer la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique ;
- favoriser l'accès à la santé ;
- améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile ;

- renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles ;
- renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers ;
- adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.

Le projet médical du CHBB 2020- 2024 inscrit ses actions dans ces axes en relation avec ses partenaires. À titre d'exemple, afin que la population puisse avoir accès aux technologies de pointe (axe 6 du PRS), le CHBB prévoit à la fois la mise en place de la chirurgie robotique et celle d'une salle hybride afin de permettre à la population de l'Ain d'avoir accès à ces technologies.

Le projet médical du CHBB s'inscrit également dans le projet médical partagé du GHT Bresse-Haut-Bugey (2017-2021). Celui-ci a été élaboré en concertation avec les équipes chirurgicales des deux établissements CH de Bourg en Bresse et CH du Haut-Bugey en juin 2017. Ainsi, 9 filières ont été ciblées avec une désignation de pilotes pour chacune : oncologie ; soins critiques ; chirurgie ; médecine ; femme – mère – enfant ; soins palliatifs – HAD ; gériatrie ; SSR ; EHPAD.

L'ensemble des actions définies dans le projet médical partagé est repris dans un plan d'actions comportant la désignation d'un référent et d'un calendrier de mise en œuvre pour chaque action de chacune des filières de soins. Ce plan d'actions s'accompagne d'un tableau de suivi permettant d'en mesurer l'état d'avancement.

La chambre a analysé le projet médical partagé du GHT Bresse-Haut-Bugey au regard du projet médical du CH de Bourg-en-Bresse ce qui lui permet de constater que des liens opérationnels existent entre ces deux documents. À titre d'exemple dans le domaine gériatrique, le projet médical partagé du GHT précise que cette discipline repose sur ses deux filières déjà constituées à savoir la filière gérontologique des pays de l'Ain et la filière gérontologique des pays du Haut Bugey, avec des aménagements afin de renforcer les interfaces entre l'offre de court séjour / SSR / SLD et HAD, et contribuer à rompre l'isolement de certains établissements du GHT avec la mise en place d'échanges inter-établissements. Il existe ainsi une filière gériatrique sanitaire complète avec une équipe mobile de gériatrie inter hospitalière sur la filière gérontologique des Pays de l'Ain. La filière gériatrique est pilotée sur son territoire par le CH de Bourg-en-Bresse. De plus, le projet médical du CHBB mentionne sa volonté d'adapter l'offre de soins à la demande gériatrique du territoire.

3.1.2 Un projet qualité⁸ disposant d'un système de suivi structuré

Les axes de la politique qualité du CHBB prennent en compte les orientations « *Qualité et sécurité des soins, prises en charge et accompagnements* » du projet régional de santé (PRS) 2018-2028 de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes qui mettait en avant 3 axes : favoriser le développement de la culture de sécurité au sein des équipes de soins, ainsi que dans le pilotage et le fonctionnement des établissements ; investir en priorité sur certains risques dont l'amélioration encouragera le décloisonnement entre secteurs hospitalier, médico-social et de premier recours ; étendre les méthodes du management des risques à la prévention des situations

⁸ Il consiste en une appréciation globale de l'organisation en place pour identifier et maîtriser ses risques et mettre en œuvre les bonnes pratiques d'accueil, d'information et de prise en charge des patients.

qui, en renvoyant à des questions éthiques plus que techniques, peuvent entraîner des ruptures de parcours.

L'élaboration de ce document a fait suite au diagnostic du projet qualité 2013-2019.

L'établissement a défini plusieurs axes dont le perfectionnement du pilotage stratégique de la qualité et de la gestion des risques, l'appropriation des enjeux qualité par les professionnels et le développement du recueil et de l'évaluation de l'expérience du patient.

Ce projet qualité fait l'objet d'un suivi. Outre un grand nombre d'instances chargées du pilotage du suivi (directoire, comité médical d'établissement, réseau des correspondants qualité), le CHBB a mis en place un bureau de la qualité ainsi qu'un bureau des risques. Ce dernier est piloté par le gestionnaire des risques en concertation avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il se réunit tous les 2 mois. Ses missions principales sont le suivi des fiches d'évènements indésirables⁹ (FEI) critiques et récurrentes, d'un plan d'actions correctives relatif aux risques transversaux et de l'état d'avancement des cartographies des risques et leurs plans d'actions associés.

3.1.3 Les lignes directrices de gestion en lieu et place d'un projet social

L'établissement a déclaré ne pas disposer d'un projet social mais s'appuyer en lieu et place sur ses lignes directrices de gestion. Cependant si l'une des innovations de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 dite de transformation de la fonction publique consiste en l'obligation, pour tout employeur hospitalier, de définir des lignes directrices de gestion, elles ne peuvent que partiellement remplacer le projet social. En effet, le décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 précise que les lignes directrices de gestion sont relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines et aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels prévues à l'article 26 de la loi du 9 janvier 1986.

Un projet social¹⁰ constitue un document portant sur des domaines plus larges que les lignes directrices de gestion. Ainsi, on y retrouve par exemple l'organisation du travail ou l'offre sociale de l'établissement. La chambre invite l'établissement à réaliser un projet social sur la base de ses lignes directrices de gestion.

3.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un suivi à améliorer

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

⁹ 3 528 FEI en 2023.

¹⁰ Article L. 6143-2-1 : « *Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.*

Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux ainsi que des étudiants en santé est intégré au projet social défini par chaque établissement ».

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 le contrat de performance, le contrat de retour à l'équilibre et le contrat de bon usage du médicament.

Pour le CHBB, 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 2020-2024.

L'analyse du CPOM 2020-2024 laisse apparaître 3 orientations stratégiques qui font l'objet de sous objectifs :

- assurer le rôle d'établissement support du GHT Bresse-Haut Buguey et être moteur du renforcement des coopérations entre les établissements qui le composent ;
- approfondir les liens avec les établissements de la direction commune (CH de Pont de Vaux, CH public d'Hauteville et les EHPAD qui leur sont rattachés) ;
- développer de nouvelles coopérations médicales avec les HCL et conforter celles existantes.

Le CHBB n'a pas réalisé de suivi annuel des objectifs prévus au contrat, en lien avec l'ARS, dans le cadre d'un débat contradictoire.

Par ailleurs, le CHBB n'a pas transmis, un an¹¹ avant l'échéance du CPOM (prévue au 31 décembre 2024) le rapport final d'exécution du contrat à l'appui de sa demande de renouvellement.

¹¹ Article L. 6114-1 du CSP : « La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de santé un an avant leur échéance. L'absence de décision expresse, à l'expiration d'un délai de quatre mois après le dépôt de la demande, vaut renouvellement tacite du contrat. Le refus de renouvellement doit être motivé. »

Recommandation n° 2. : En lien avec l'ARS, mettre en œuvre les procédures de suivi et de renouvellement du CPOM.

3.3 Les pôles d'activités et leurs contrats

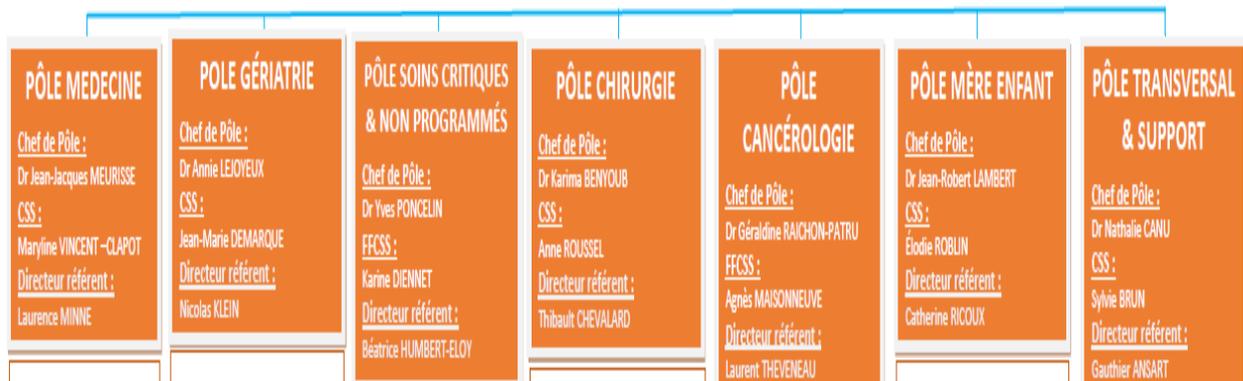
Le code de la santé publique prévoit en son article L. 6146-1 que le directeur¹² définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-techniques, puis signe avec chacun des chefs de pôle un contrat précisant les objectifs et les moyens du pôle. Il s'agit d'intégrer dans les modalités de gestion hospitalière, les réalités de terrain pour améliorer la qualité du service rendu au patient, tout en veillant à la maîtrise médicalisée des ressources et à la mise en place d'organisations fondées sur le renforcement des logiques transversales au sein de l'établissement.

Les contrats de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- affectation des personnels au sein du pôle ;
- organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 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 CHBB s'est doté de 7 pôles.

¹² Depuis l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021, l'article L. 6146-1 du CSP est rédigé comme suit : « le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME) 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 CME. (...) Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le président de la CME et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat ». Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Schéma n° 2 : Les pôles du CH de Bourg-en-Bresse en 2023

Source : CHBB

Les contrats de pôle, conclus pour une durée de 4 ans, ont été signés au cours de l'année 2016 et ont fait l'objet d'un avenant le 25 octobre 2019. L'avenant 2019 comporte des objectifs précis mais uniquement pour 2019.

Chaque pôle a fait l'objet d'un contrat de pôle signé par le directeur du pôle, le président de la CME et la directrice générale du CHBB. Les contrats de pôle 2016-2019 sont complets au regard des exigences du code de la santé publique. Ils comportent notamment les engagements réciproques de la direction et des pôles et détaillent les délégations de moyens, la gestion des risques et les règles de suivi et d'évaluation.

L'avenant 2019 au contrat de pôle ne précise pas la période couverte. À défaut, aux termes des dispositions légales (durée de 4 ans) son échéance se situait au 24 octobre 2023. À ce jour, aucun nouveau contrat de pôle n'a été rédigé.

Au titre de l'article 5.2 des contrats de pôle, ces derniers doivent faire l'objet d'un suivi régulier de l'ensemble des engagements souscrits. Ainsi, une séance d'évaluation du projet de pôle doit être organisée annuellement (responsable du pôle, direction générale du CHBB, service évaluant l'atteinte des objectifs). Les contrats de pôle n'ont pas fait l'objet d'un suivi jusqu'à présent.

Recommandation n° 3. : Procéder à la rédaction des nouveaux contrats de pôle pour la période 2024-2028 et en assurer un suivi régulier.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHBB ne dispose pas de projet d'établissement complet depuis 2011. Si le projet médical 2020-2024 a été validé, comme le projet qualité, par le conseil de surveillance le 20 février 2020, il n'en demeure pas moins que certains éléments sont absents et ne permettent pas d'assurer la cohérence du projet d'établissement.

Siège du GHT Bresse-Haut-Bugey, l'hôpital de Bourg-en-Bresse a construit son projet médical en lien avec le projet régional de santé de l'ARS et avec le projet médical partagé du GHT.

Enfin, la chambre invite le CHBB à procéder au renouvellement de son CPOM pour la période 2024-2029 ainsi qu'à rédiger de nouveaux contrats de pôle pour la période 2024-2028 et en assurer un suivi régulier.

4 L'ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER

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

4.1.1 L'évolution de l'activité

4.1.1.1 Les capacités et les séjours d'hospitalisation

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 peut engendrer des surcoûts en termes de charges fixes.

De 2019 à 2022, le nombre de lits MCO est relativement stable (2019 : 563 / 2022 : 560). Néanmoins, le CHBB a dû, en fonction des difficultés de recrutement des personnels médicaux et non médicaux, procéder à des fermetures provisoires de lits. Pour autant, le CHBB a ouvert en cas de tension des lits supplémentaires dans certaines unités afin d'hospitaliser les patients en provenance des urgences.

Le nombre de séjours d'hospitalisation en MCO reste relativement stable selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à 69 799 résumés de sortie standardisés (RSS)¹³ en 2022 contre 71 075 en 2019 (- 1,8%).

4.1.1.2 La zone d'attractivité

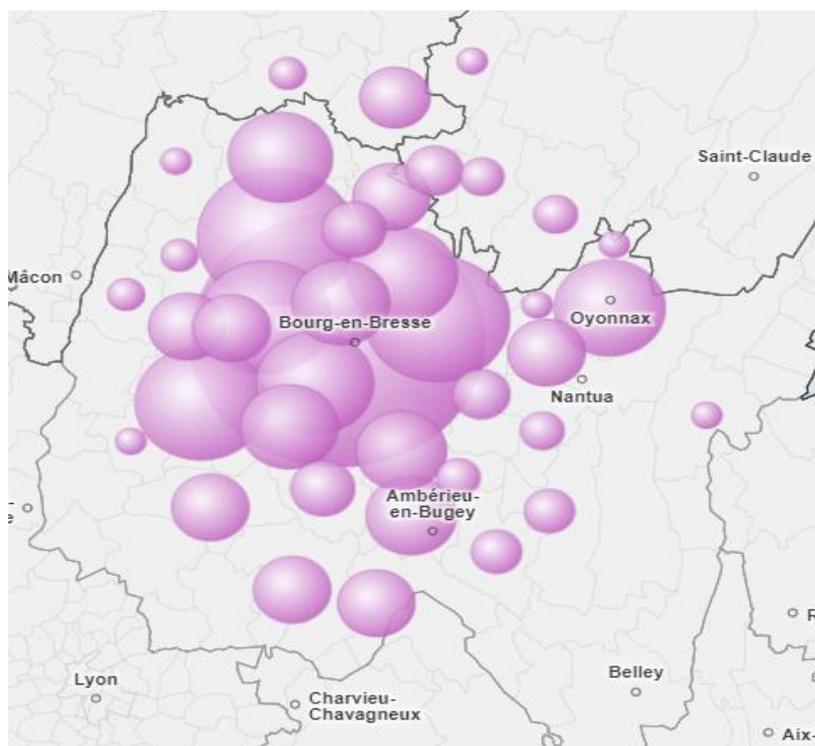
Le CHBB dispose du plus grand nombre de séjours en médecine, en hospitalisation complète sur sa zone d'attractivité : la part de sa patientèle sur ce territoire s'établissait à 41 % en 2022 contre respectivement 17,9 % pour la clinique du Convert et 13,2% pour les HCL (source : Hospidiag). La part d'activité sur sa zone d'attractivité est stable sur la période sous revue.

¹³ Résumés de sortie standardisés = séjours en MCO clos avant le 31/12.

S'agissant de la chirurgie, la part de l'établissement en hospitalisation complète sur sa zone d'attractivité s'établissait à 34,22 % en 2022, contre 22,3 % pour la clinique Convert et 10,5 % pour les HCL (source : Hospidiag). La part d'activité sur sa zone d'attractivité est stable sur la période sous revue.

Enfin, dans le domaine de l'obstétrique, la part de l'hôpital de Bourg-en-Bresse atteignait 67,3 % en 2022 quand celle de l'hôpital d'Ambérieu, en deuxième position sur ce territoire, s'élevait à 12,2 % (source : Hospidiag).

Carte n° 2 : Séjours PMSI MCO au lieu de résidence

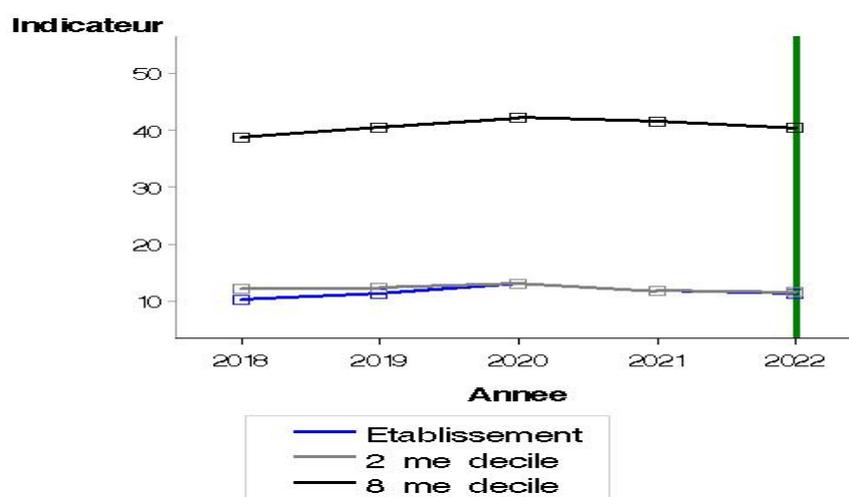


Source : Hospidiag

Le CHBB se situe au niveau des établissements de même catégorie qui traitent peu des pathologies de niveau de sévérité¹⁴ élevée (niveaux 3 et 4).

¹⁴ 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° 2 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4



Source : Hospidiag

4.1.1.3 Un déficit de codage

Selon le rapport de la Cour des comptes sur la tarification à l'activité (2023) : « Le codage de l'activité hospitalière est d'une importance cardinale. Il est indispensable à la rémunération des établissements. Cette activité, souvent considérée comme trop lourde par une partie du corps médical, est supervisée par des départements d'information médicale (DIM) organisés de manière hétérogène et dont les fonctions ne sont pas suffisamment mutualisées dans les groupements hospitaliers de territoire. L'exhaustivité et la qualité du codage des séjours sont très variables selon les établissements, de même que ses modalités d'organisation. »

L'établissement a conduit une analyse sur 300¹⁵ séjours en MCO relative à la qualité du codage. Il apparaît un taux de 30% de non-conformité du codage (89 dossiers/ 300 dossiers). Le CHBB a fait le constat d'une surévaluation de 52 146,40 € pour 40 séjours (moyenne de 1 303,66 € par dossier) et d'une sous-évaluation de 87 407,39 € pour 49 séjours (moyenne de 1 783,82 € par dossier). Le manque à gagner net serait ainsi évalué à 35 260,99 € pour l'échantillon, soit en moyenne 118 € pour chacun des 300 séjours traités. Une extrapolation annuelle à l'ensemble des séjours MCO pourrait conduire à une estimation de perte de ressources avoisinant 2 M€.

L'analyse des dossiers qui ont fait l'objet d'une sous-estimation laisse apparaître que dans plus de la moitié des cas, l'erreur provient du codage du diagnostic principal. Par ailleurs, le taux de conformité se révèle¹⁶ meilleur quand le codage est réalisé par une équipe de professionnels dédiée (80 %) que s'il est réalisé directement par les services de soins¹⁷ (69 %).

¹⁵ 300 séjours ont été tirés au sort dans un fichier de 58.809 RSA recueillis par l'établissement pour la période de mars à décembre 2022 représentant 1.018.890 € de valorisation T2A.

Face à ces constats, l'établissement a mis en place un système de centralisation et de professionnalisation du codage. En phase de déploiement mi-2023, l'établissement passe d'un codage décentralisé par les services de soins à un codage centralisé via l'outil CORA.

4.1.2 L'efficacité de l'activité

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

L'hôpital doit ainsi répondre aux besoins en santé de son territoire, tout en optimisant les moyens à sa disposition. Plusieurs indicateurs permettent d'apprécier cette optimisation : la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits et le niveau d'utilisation du plateau technique et en particulier du bloc opératoire.

Le CHBB (direction des finances et de la performance) a mis au point des tableaux de bord permettant le suivi par service de l'activité au moyen de différents indicateurs. Ils sont élaborés à partir d'une trame commune, et comparent l'évolution de l'activité (volume et valorisation en externe et hospitalisation), les ressources (capacités d'hospitalisation, effectifs), les recettes et dépenses directes ainsi que le recours à certains plateaux techniques (biologie, bloc opératoire).

Ces documents sont mis à jour et transmis mensuellement au binôme chef de service et cadre de santé (avec copie au chef de pôle, au cadre supérieur de pôle, et au directeur référent de pôle), accompagnés d'une analyse trimestrielle et un dialogue de gestion, le cas échéant.

4.1.2.1 La durée moyenne de séjour

L'indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) permet de comparer sur la base du « casemix¹⁸ » 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 a été supérieur à 1 sur la totalité de la période aussi bien en médecine qu'en chirurgie. S'il reste proche jusqu'en 2020 des 20 % des établissements les plus performants de sa catégorie, une nette dégradation est constatée depuis 2021.

Plusieurs explications peuvent être avancées au regard de ce recul des indicateurs :

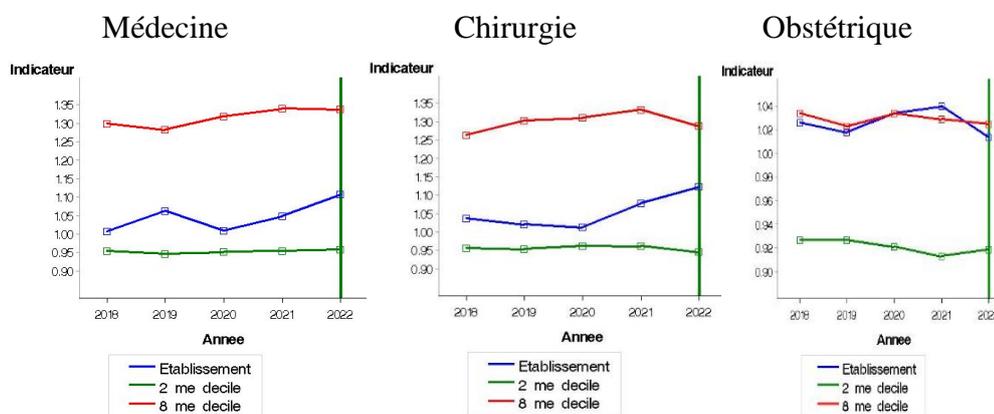
- un état plus dégradé des patients post-covid, conséquence du report de nombreuses interventions durant cette période ;
- les fermetures de lits en SSR en raison de manque de personnel peuvent expliquer les difficultés d'aval des courts séjours ;

¹⁸ 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).

L'obstétrique présente des valeurs supérieures à 1 tout au long de la période, faisant apparaître l'hôpital de Bourg-en-Bresse parmi les 20 % des établissements les moins performants de sa catégorie. Différents éléments peuvent expliquer cette tendance :

- l'arrêt du programme anticipé de retour à domicile en obstétrique par la CPAM depuis 2021 ;
- les problématiques de codage identifiées par l'établissement (en effet, si un séjour est sous-valorisé en termes de sévérité de prise en charge, la durée moyenne de séjour nationale retenue pour le GHM ne correspond pas à la sévérité réelle et donc l'écart pour le GHM sera élevé en défaveur du CHB) ;
- des difficultés sur certains accouchements compliqués qui peuvent nécessiter le passage par une unité de réanimation (hémorragie post-partum...).

Graphique n° 3 : Durée de séjour : évolution comparée de l'IP-DMS du CHBB 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 Hospiddiag.

4.1.2.2 Le taux d'occupation des lits

Les taux d'occupation des lits atteignent en fin de période des niveaux très disparates en fonction des activités.

Ainsi, en 2023, en médecine, le taux était de 80,9 % contre 88,7 % pour les 20 % des établissements les plus performants de sa catégorie.

Le taux d'occupation des lits en chirurgie n'a pas retrouvé son niveau d'avant Covid passant de 107,3 % en 2019 à 94,2 % en 2022 puis 100,8 % en 2023. Cette tendance s'explique par les difficultés rencontrées par l'établissement en matière de recrutement de personnel de bloc.

Enfin, en obstétrique le taux d'occupation connaît une baisse sur la période. Le taux de l'établissement reste néanmoins dans la moyenne de sa catégorie.

Tableau n° 8 : Les taux d'occupation des lits¹⁹ par discipline (hors ambulatoire)

	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Médecine</i>	82,4 %	79,4 %	78,8 %	81,5 %	80,9 %
<i>Chirurgie</i>	107,3 %	97,2 %	95,2 %	94,2 %	100,8 %
<i>Obstétrique</i>	66,6 %	58 %	62,3 %	55,4 %	62,1 %

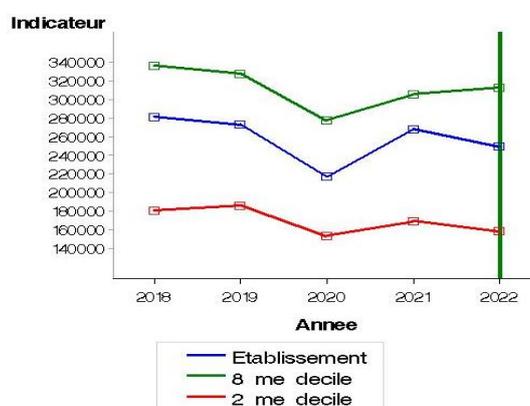
Source : Hospidiag/CHBB

4.1.2.3 Les 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 de Bourg-en-Bresse le placent depuis 2018 – avec ses 9 salles d'intervention chirurgicale (+ 1 salle hybride) - dans la moyenne des établissements de même catégorie en ce domaine. L'établissement comptabilisait ainsi 249 868 ICR par salle d'intervention en 2022, pour un niveau moyen d'ICR supérieur ou égal à 313 327 constaté pour les 20 % des établissements de même catégorie les plus performants.

Cet indicateur marque la possibilité pour l'établissement d'améliorer l'utilisation des salles de bloc opératoire.

Graphique n° 4 : 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

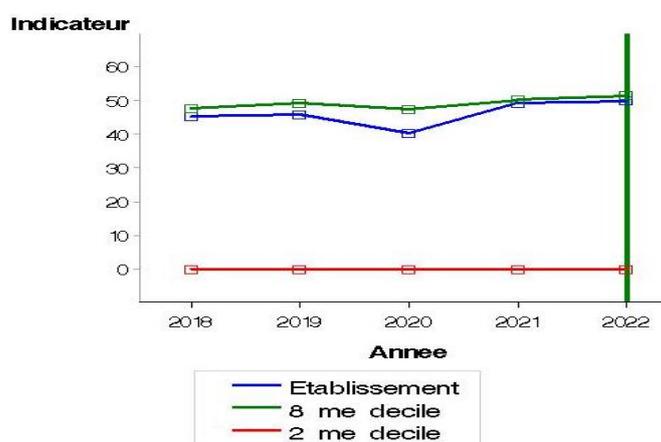
Par ailleurs, le nombre d'examen de biologie par technicien s'élevait en 2021, avec 46 180 examens, proche de celui des 20 % d'établissements de même catégorie qui enregistraient les meilleurs ratios durant cette même année (47 628 examens en 2021). Les alternatives à l'hospitalisation complète

¹⁹ Les taux d'occupation prennent en compte les séjours des unités de soins critiques qui sont nécessairement moins occupés.

4.1.3 Une accélération du virage ambulatoire²⁰

L'activité ambulatoire a progressé durant la période sous revue (+ 5 %). Le CHBB affiche un taux de chirurgie ambulatoire parmi les plus performants de sa catégorie. Cette tendance correspond à une évolution des pratiques opératoires en lien avec l'arrivée de nouveaux praticiens notamment dans des spécialités fortement pourvoyeuses d'ambulatoire (ORL par exemple) ou plus marginalement grâce à l'accent porté sur l'ambulatoire durant la crise sanitaire à partir de la deuxième vague, fin 2020.

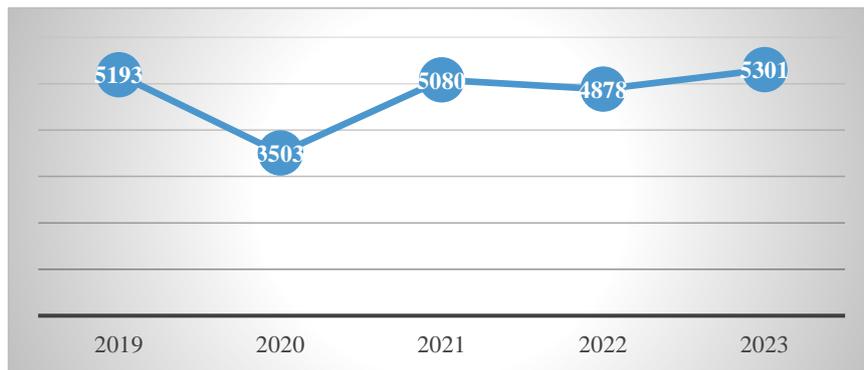
Graphique n° 5 : Taux de chirurgie ambulatoire pour les établissements de même catégorie



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

Le taux de médecine ambulatoire s'améliore également, passant de 40 % en 2019 à 55 % en 2022, en lien majoritairement avec l'évolution de l'offre d'endocrinologie.

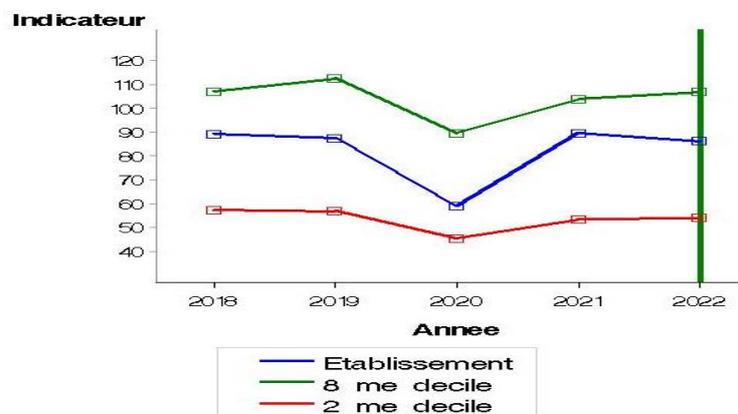
²⁰ Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital (Rapport de la Cour des comptes octobre 2018) : « La conversion de prises en charge d'hospitalisation conventionnelle en des prises en charge de jour requière de profondes réorganisations 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° 6 : Progression de l'activité en chirurgie ambulatoire (en nombre d'interventions).

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

Les séjours en ambulatoires au CHBB ont représenté en moyenne 21 % de la zone d'attractivité entre 2020 et 2022, derrière la clinique Convert (35,2 %) et devant l'hôpital du Haut Bugey (5 %).

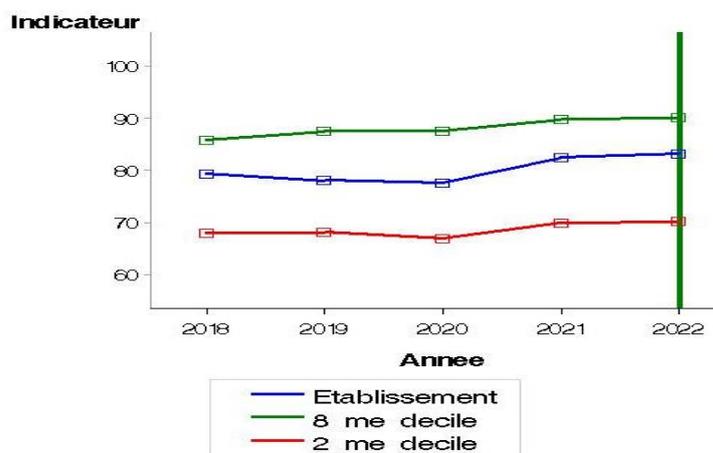
En termes de taux d'occupation des places, proche de 86 %, le CH de Bourg-en-Bresse se situe dans la moyenne des établissements de sa catégorie.

Graphique n° 7 : Taux d'occupation des places en ambulatoire dans les établissements de même catégorie

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

Enfin, l'analyse des 18 gestes marqueurs, qui mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, place le CHBB dans la moyenne des établissements de sa catégorie et connaît une progression constante de ce taux (2019 : 78,1 % / 2022 : 83,31 %).

Graphique n° 8 : Évolution comparée du taux²¹ des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire du CHF et des établissements de même catégorie



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

4.1.4 L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) assure la prise en charge de soins complexes au bénéfice de patients atteints de pathologies lourdes et évolutives, sur leur lieu de vie (domicile personnel ou établissement médico-social). Alternative à l'hospitalisation traditionnelle, elle répond au souhait croissant des patients d'être soignés chez eux.

Les soins assurés par l'HAD, destinés aux patients de tout âge, ne peuvent être réalisés par les seuls professionnels de ville du fait de leur technicité et de leur fréquence, qui nécessitent une continuité des soins et une coordination pluridisciplinaire (médecin, personnel infirmier et de rééducation, assistants sociaux, diététiciens, etc.). Les établissements d'HAD ont cependant recours, en dehors de leur personnel salarié, à des professionnels de santé libéraux et à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), désormais regroupés sous la catégorie des « services autonomie à domicile » (SAD). Ils passent convention avec ces acteurs pour organiser les modalités de leur intervention conjointe.

L'admission en HAD est prescrite par le médecin traitant ou un médecin hospitalier, avec l'accord du patient. Elle est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD sous réserve de l'éligibilité de la pathologie du patient et de la faisabilité d'une prise en charge à son domicile au regard du logement et de la présence d'un entourage familial. Les structures d'HAD sont également habilitées à intervenir en établissement médico-social, notamment auprès des personnes âgées en EHPAD. Elles constituent ainsi un maillon essentiel de la filière de soins gériatrique.

²¹ 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.

La France compte 282 structures d'HAD, dont 108 établissements publics de santé, 113 établissements privés à but non lucratif et 61 privés lucratifs. Les établissements sont rattachés à un établissement de santé (cas du secteur public et des deux tiers des structures lucratives) ou fonctionnent de manière autonome (majorité des structures à but non lucratif).

En 2022, les principales prises en charge en HAD (en nombre de journées) concernaient les soins palliatifs (27,2 %), les pansements complexes (25,6 %), les soins de nursing lourds (6,4 %), les traitements intraveineux, les chimiothérapies, la prise en charge de la douleur. 65 % des patients étaient dépendants ou très dépendants et plus de la moitié étaient âgés de 70 ans et plus.

4.1.4.1 L'autorisation de l'activité d'HAD

Le principe est une autorisation s'appuyant sur une mention d'hospitalisation à domicile de médecine et sur une répartition par zone territoriale, comme le précise la carte ci-dessous (nord du département de l'Ain). Le CHBB est autorisé à exercer l'activité de médecine sous la modalité d'HAD depuis le 20 juillet 2007, en fixant les zones d'interventions autour de la zone de soins de proximité de Bourg-en-Bresse.

Carte n° 3 : Zone d'intervention HAD



Source : CHBB

Des zones de chevauchement existent, avec l'HAD d'Ambérieu du fait de la proximité géographique ainsi que le centre Léon Bérard (établissement lyonnais) sur certaines prises en charge en oncologie du fait de la spécialisation de cet établissement.

L'équipe est composée de 3 médecins à temps partiel, 1 cadre de santé partagé avec l'unité de soins palliatifs, 8 infirmiers coordinateurs, 2 secrétaires, un psychologue ainsi qu'une assistante sociale. Le dispositif de coordination repose principalement sur l'intervention des infirmiers libéraux (environ 350 intervenants).

Le fonctionnement de l'HAD est en 24h/24 et 7j/7 avec une astreinte paramédicale et médicale opérationnelle (déplacement à domicile possible de l'IDE et/ou du médecin y compris un recours au Centre 15 en cas d'urgence vitale). L'HAD du CHBB ne dispose pas d'un dispositif de télésurveillance.

Chaque patient bénéficie d'un projet thérapeutique à son admission, inscrit dans son dossier patient informatisé et réévalué au besoin par le médecin.

4.1.4.2 Le processus d'admission en HAD

Les demandes d'admission peuvent être effectuées selon deux modalités : via le logiciel ViaTrajectoire ou via un formulaire papier adressé par fax aux IDE coordonnateurs. L'HAD est destinataire de demandes d'admission pour certains patients qui n'ont pas de médecins traitants. Dans ce cas, ce sont les médecins de l'HAD qui se substituent et qui effectuent le suivi du patient.

Concernant les protocoles de prise en charge conjointe entre services MCO et HAD, certaines modalités existent essentiellement pour des prises en charge de patients en oncologie ; dans ce cadre, les oncologues sollicitent l'HAD avant le démarrage de la chimiothérapie du patient pour organiser la prise en charge post-chimiothérapie. Sur la chirurgie, sans qu'un protocole n'existe, certaines prises en charge sont organisées avec demande d'admission sur Viatrajectoire fondée sur les critères d'admission de l'HAD en post-opératoire.

La faisabilité d'une prise en charge à domicile est réalisée dès la réception de la demande par l'HAD. Elle est faite par le médecin et l'infirmière qui est sur le post-admission. Dans la majorité des situations, ils se déplacent pour rencontrer à son domicile le patient et valider ou non la faisabilité de la prise en charge. Une évaluation sociale est également assurée le cas échéant par l'assistante sociale.

4.1.4.3 La place de l'HAD dans la filière de soins

Les critères de prise en charge en HAD sont diffusés en interne au CHBB. Des actions de communication sont mises en place auprès des prescripteurs en intra et en extra hospitalier ; une brochure de présentation, en cours de finalisation, devrait permettre de faciliter et soutenir ces démarches.

Le recours à l'HAD en amont évite une prise en charge dans l'établissement et permet le maintien à domicile dans un cadre thérapeutique comme par exemple un traitement oncologique. Ainsi, sur les 575 séjours en 2023, la provenance d'HAD depuis le domicile hors EHPAD/ESMS s'élève à 68,9 %.

En aval, la demande d'admission est réalisée par l'équipe médicale en charge du patient en fonction des problématiques et traitements à mettre en œuvre. En principe, les demandes en HAD sont réalisées entre 24h et 48h avant la date de sortie d'hospitalisation complète et

d'entrée en HAD souhaitée. En matière de réhospitalisation en HAD admis en aval d'une hospitalisation conventionnelle, on comptabilise 55 réadmissions (sur un total de 575 séjours) en MCO moins de 7 jours après une hospitalisation à domicile.

4.1.4.4 La coordination avec les professionnels de la ville et le secteur médico-social

Des conventions existent avec les SAAD²² et les SSIAD²³ afin d'harmoniser les prises en charge entre les différents intervenants pour deux aspects : le cas du relais de l'HAD par les SAAD/SSIAD/SPASAD²⁴ et des SAAD/SSIAD/SPASAD par l'HAD ainsi que le cas de l'intervention conjointe. Les situations d'interventions conjointes sont encadrées par des conventions.

Par ailleurs, en cas d'aggravation de l'état de santé, le SSIAD peut faire une demande d'intervention conjointe : l'examen de la demande se fait sous 48h ouvrables. L'HAD peut également demander une intervention conjointe.

4.1.4.5 L'activité d'HAD et le volet financier

Durant la période sous revue, l'HAD présente une activité d'environ 12 à 13 000 journées, soit environ 32 à 35 patients pris en charge en moyenne par jour (soit une durée moyenne de séjour de 15 à 24 jours).

Tableau n° 9 : Évolution du recours au HAD au CHBB (2018-2023)

	2008 (ouverture)	2019	2020	2021	2022	2023	Variation 2019/2023
<i>Nb patients pris en charge</i>	148	297	367	311	305	290	- 2,35 %
<i>Nb journées</i>	4 139	13 207	11 973	12 445	12 846	12 771	- 3,30 %
<i>Durée moyenne des séjours</i>	13,72	22,92	16,01	24,36	22,86	NC	

Source : Données CHBB

Le recours à l'hospitalisation à domicile marque une baisse sur la période sous revue alors que les tensions capacitaires en hospitalisation conventionnelle auraient pu générer un report sur ce type de prise en charge. Cependant, ce secteur est aussi marqué par les difficultés en termes de recrutement de personnel médical. La période de la crise sanitaire²⁵ a été caractérisée par une hausse conséquente mais qui n'a pas perduré en 2021 et les années suivantes.

²² Service d'aide et d'accompagnement à domicile.

²³ Service infirmiers à domicile.

²⁴ Services assurant à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile.

²⁵ L'activité a progressé en 2020 en nombre de séjours mais pas en nombre de journées : 716 séjours contre 602 en 2019 (+ 19 % soit + 114 entrées dont + 60 provenant d'EHPAD/ESMS), les journées réalisées ont par contre diminué de - 9 % (11 571 contre 12 699 en 2019). Le mode de prise en charge principal qui a le plus progressé entre 2019 et 2020 concernait les chimiothérapies anticancéreuses (+ 154 séjours soit + 61 %, de durée de séjour très courte en moyenne 2 à 3 jours).

L'activité de l'HAD a évolué depuis la crise sanitaire, traduisant un poids croissant de l'activité d'oncologie dans les prises en charge HAD en lien avec le développement de la file active prise en charge en cancérologie (chimiothérapie, radiothérapie notamment) au CHBB. Ainsi, d'après les données du programme pour la médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en 2019, les soins palliatifs représentaient 32 % des journées, les surveillances post-chimiothérapie 29 %, les pansements complexes 19 % et les traitements par voie veineuse 13 %, tandis qu'en 2023, les soins palliatifs ne représentaient plus que 21 % des journées derrière les surveillances post-chimiothérapie (42 % des journées) et les pansements complexes (27 %), avec des traitements par voie veineuse et des soins de nutrition entérale²⁶ générant chacun 20 % des journées.

Les charges et produits liés à l'HAD sont retracés dans un tableau de bord infra-annuel ou dans le retraitement comptable (RTC) et les comptes de résultat analytique (CREA) qui sont réalisés dans l'établissement chaque année (sauf 2020 et 2021 du fait de la crise sanitaire). Les frais de structure sont intégrés dans les CREA ou RTC (évaluation au prorata des charges directes, des m², etc.). L'HAD bénéficie d'un équilibre médico-économique : les CREA mettent en évidence un léger excédent en 2019 et 2022.

L'impact de la réforme des tarifs journaliers de prestation servant de base à la facturation du ticket modérateur des soins a été relativement modéré : ainsi, le dernier tarif journalier de prestation avant réforme avait été fixé par l'agence régionale de santé en 2013 à 474 €/jour et la réforme a conduit à un tarif national journalier de prestation de 462 €/jour en 2022 puis 472 €/jour en 2023. Beaucoup de patients sont pris en charge à 100 %.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier capte 40 % de l'activité en médecine et un tiers en chirurgie et demeure largement majoritaire en obstétrique sur sa zone d'attractivité. La valeur totale produite des séjours en MCO connaît une hausse sur toute la période.

L'établissement a conduit une analyse sur 300 séjours en MCO relative à la qualité du codage. Il apparaît un taux de 30 % de non-conformité du codage (89 dossiers/ 300 dossiers). Une extrapolation annuelle à l'ensemble des séjours MCO pourrait conduire à une estimation de perte de ressources avoisinant 2 M€. Face à ces constats, l'établissement a mis en place un système de centralisation et de professionnalisation du codage.

La chambre a analysé l'hospitalisation à domicile (HAD), dispositif alternatif à l'hospitalisation traditionnelle qui répond au souhait croissant des patients d'être soignés chez eux. Le CHBB est autorisé à exercer l'activité de médecine sous la modalité d'HAD depuis le 20 juillet 2007, en fixant les zones d'interventions autour de la zone de soins de proximité de Bourg-en-Bresse. L'HAD de l'établissement présente une activité d'environ 12 à 13 000 journées, soit environ 32 à 35 patients pris en charge en moyenne par jour (soit une durée moyenne de séjour de 15 à 24 jours). L'activité de l'HAD a profondément évolué depuis la crise sanitaire, traduisant un poids croissant de l'activité d'oncologie dans les prises en charge HAD en lien avec le développement de la file active prise en charge en cancérologie.

²⁶ Nutrition entérale : alimentation artificielle visant à apporter à l'organisme les éléments nutritifs et liquidiens indispensables par voie digestive c'est-à-dire directement au niveau de l'estomac ou de l'intestin grêle.

5 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

5.1 Les axes stratégiques de la politique de ressources humaines

L'une des innovations de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 dite de transformation de la fonction publique consiste en l'obligation, pour tout employeur hospitalier, de définir des lignes directrices de gestion. Le décret n°2019-1265 du 29 novembre 2019 précise que les lignes directrices de gestion sont relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines et aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels prévues à l'article 26 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- renouveler l'organisation du dialogue social en passant d'une approche individuelle à une approche plus collective ;
- développer les leviers managériaux pour une action publique plus réactive et plus efficace ;
- simplifier et garantir la transparence et l'équité du cadre de gestion des agents ;
- favoriser la mobilité et accompagner les transitions professionnelles des agents publics dans la fonction publique et le secteur privé ;
- renforcer l'égalité professionnelle dans la fonction publique.

Les lignes directrices de gestion sont établies de manière pluriannuelle, pour une durée maximale de cinq ans et peuvent être révisées en cours de période. Le CSE est consulté sur les projets de lignes directrices de gestion, ainsi que sur leur révision.

Au sein du CHBB, les lignes directrices de gestion sont articulées autour de 5 axes : améliorer l'attractivité de l'établissement pour les personnels paramédicaux et les fidéliser ; promouvoir les coopérations avec les autres établissements du GHT et/ou du département et notamment les établissements de la direction commune ; favoriser la promotion professionnelle des personnels souhaitant évoluer vers des spécialités et des changements de métiers ; faire de l'entretien d'évaluation professionnelle un outil de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et une avancée en matière d'évolution de carrière ; développer une politique de qualité de vie au travail à travers la prévention des risques professionnels et le maintien des agents dans l'emploi.

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

La fonction ressources humaines qui traite des personnels non médicaux²⁷ du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse est portée par la direction des ressources humaines (DRH) organisée autour d'un directeur, de deux responsables des ressources humaines (RRH), de

²⁷ La gestion des personnels médicaux relève de la direction des affaires médicales.

gestionnaires des ressources humaines et formation continue et d'une partie des agents du service de santé au travail.

Depuis 2021, des professionnels du service de santé au travail ont été réaffectés pour une partie de leur temps à la DRH : une assistante sociale, un ergonomiste et un psychologue du travail. De plus, en 2021, le service de formation continue et la coordination des secrétariats médicaux ont été affectés sur la même unité fonctionnelle que la DRH.

La politique sociale du centre hospitalier fait l'objet d'une collaboration hebdomadaire entre le DRH et les 2 RRH. Cela permet à ces dernières d'assurer une animation quotidienne via des points réguliers avec l'équipe RH et plus spécifiquement avec le service de formation continue. Les liens avec le médecin du travail sont assurés par des réunions toutes les trois semaines avec le DRH.

5.3 L'évolution de la masse salariale et des emplois

Les dépenses de personnel²⁸ consolidées représentent une part décroissante des produits bruts d'exploitation, passant de l'ordre de 69 % en 2019 à 66,7 % en 2022.

Ce ratio place le CH de Bourg-en-Bresse en-dessous de la médiane des établissements de même catégorie sur toute la période sous revue, et même en dessous des valeurs rencontrées par les 20 % des établissements les plus performants en 2022, d'après les données du comptable public.

Toutefois, l'amélioration relative résulte d'une progression des produits bruts d'exploitation (incluant les aides exceptionnelles) par rapport à celle des charges nettes de personnel (consolidées de l'ensemble des budgets), sur la période de 2019 à 2022.

Les dépenses²⁹ de personnel représentent le premier poste de dépenses du budget principal, soit 60 % de l'ensemble des charges annuelles. Elles ont globalement augmenté de 20 % entre 2019 et 2022, évoluant de 105,9 M€ en 2019 à environ 133 M€ en 2023.

Au sein de ces dépenses, les charges de personnel médical (représentant de l'ordre de 24 % de l'ensemble des dépenses de personnel) ont progressé plus rapidement (hausse globale de + 23,5 % de 2019 à 2022, soit + 7,3 % en moyenne annuelle) que celles du personnel non médical (hausse globale de + 18,3 % de 2019 à 2022, soit + 5,8 % en moyenne annuelle).

²⁸ Nettes des atténuations de charges.

²⁹ Les dépenses (brutes) de personnel du budget principal seraient de l'ordre de 133 M€ en 2023 (en hausse de près de 4,7 % par rapport à 2022).

Tableau n° 10 : Évolution comparée de la rémunération et des effectifs des personnels médicaux et non médicaux (budget principal)

	2019	2020	2021	2022	2023 provisoire	Évolution 2019-2023
Rémunérations Personnel Non Médical (hors charges sociales) en € (a)	51 864 712	55 355 773	60 207 290	61 138 430	64 420 000	24,2 %
Effectif Personnel Non Médical (ETP moyens rémunérés)	1 684,48	1 680,51	1 696,88	1 683,45	1 706,22	1,3 %
Rémunérations Personnel Médical (y compris internes, hors charges sociales et avec indemnités de permanence de soins) * en € (b)	16 833 294	18 060 672	18 594 347	20 577 714	21 330 000	26,7 %
Effectif Personnel Médical (y compris internes) (ETP moyens rémunérés)	224,81	225,43	229,95	238,65	239,86	6,7 %

Source : Données financières de l'établissement, comptes financiers ETPMR : effectif temps plein moyen rémunéré ; les données indiquées en 2023 sont provisoires, dans l'attente du compte financier 2023 définitif.

* indemnités de permanence de soins (comptes 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 (entre 2019 et 2022) de 6 % pour le personnel non médical et de 8,1 % pour le personnel médical.

5.4 Le personnel non médical

Les accords du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 et le plan de soutien à l'attractivité : le dialogue social, condition des soutiens financiers nationaux

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

Il prévoyait une augmentation des rémunérations (complément de traitement indiciaire et revalorisation des grilles), et comportait également des mesures visant à sécuriser les organisations de travail pour une meilleure conciliation de la vie professionnelle et personnelle des soignants (possibilité d'abaisser la durée du repos quotidien à 11h, annualisation du temps de travail, rénovation du forfait-jours, appui aux politiques de suppléance...). En complément de cet accord, 15 000 emplois supplémentaires sur 3 ans, ciblés sur les métiers en tension (infirmiers et aides-soignants notamment) sont prévus, dont la moitié pourvue par la voie de la réalisation d'heures supplémentaires. Enfin, un soutien financier de 160 M€ sur 3 ans a été consenti au titre du déploiement d'un plan de titularisation des personnels contractuels.

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

5.4.1 Les effectifs du personnel non médical

5.4.1.1 Des effectifs relativement stables sur la période

Concernant plus spécifiquement ceux du budget principal H, ils atteignent 1 706 emplois temps plein moyen rémunéré (ETPMR) sur l'année en 2023. Les effectifs de PNM sont stables durant toute la période de 2019 à 2022 (de l'ordre de 1 680, hormis l'année³⁰ 2021 au cours de laquelle ils sont près de 1 697) ; l'augmentation est faible entre 2022 et 2023 (+22,77 ETPMR) soit une hausse de +1,35%.

Ils sont composés à près de 67 % de personnels³¹ soignants, mais également de personnels administratifs (13,7 % des effectifs), médico-techniques (5,2 % des effectifs), et techniques et ouvriers (13,5 % des effectifs).

La proportion d'agents titulaires ou stagiaires de la fonction publique (budget H), majoritaire au sein de l'effectif (77,30 % en 2023 contre 83,40 % en 2019), a connu une diminution sur la période de 2019 à 2023 (- 6 %), avec une proportion d'agents contractuels progressant de 43,4 % pour les CDD et de 23 % pour les CDI dans le même temps.

L'augmentation sensible des embauches en CDI s'explique par le mouvement de déprécarisation engagé sur l'ensemble des filières, dans le cadre du plan de soutien à l'attractivité des accords du Ségur.

L'accélération du nombre des élèves et étudiants accueillis en stage³² au CHBB observée sur l'année 2022 (près de 28 % entre 2021 et 2022), qui s'inscrit également dans le cadre du même plan, devrait se traduire à terme par une remontée de la proportion des personnels titulaires et stagiaires sur les exercices à venir.

Tableau n° 11 : Évolution des effectifs des personnels non médicaux selon leurs statuts

Effectif PNM (ETP moyens rémunérés) (Budget H)	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2019-2023
<i>Titulaires et stagiaires</i>	1 404,93	1 389,13	1 368,09	1 338,33	1 318,98	- 6,1 %
<i>CDI</i>	57,34	57,95	59,41	66,06	70,50	+ 23 %
<i>Titulaires et stagiaires + CDI</i>	1 462,27	1 447,08	1 427,50	1 404,39	1 389,48	- 5 %
<i>CDD</i>	217,40	228,82	266,04	275,47	311,70	+ 43,4 %
<i>Autres (dont apprentis)</i>	4,81	4,61	3,33	3,59	5,04	
<i>Total Effectif PNM (ETP moyens rémunérés)</i>	1 684,48	1 680,51	1 696,88	1 683,45	1 706,22	+ 1,3 %

³⁰ L'année 2021 est marquée par un accroissement de recrutement en CDD pour faire face à la crise sanitaire (12 ETP).

³¹ Cf. données du bilan social 2022 pour tous budgets confondus.

³² Le nombre de personnes, étudiants effectuant un stage au CHBB (« mises en stage »), toutes filières et tous budgets confondus, passe de 102 en 2019, 71 en 2020, 61 en 2021 à 78 en 2022, puis à 87 en 2023. (cf. réponse à question n°59).

Effectif PNM (ETP moyens rémunérés) (Budget H)	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2019-2023
<i>Dont Effectifs liés à la crise COVID</i>		9,48	12,15	3,46	0	
<i>Effectif PNM hors ceux liés à la crise COVID</i>	1 684,48	1 671,03	1 684,73	1 679,99	1 706,22	+ 1,3 %

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

Les charges brutes de personnel³³ non médical avec les charges sociales (du budget principal) ont progressé globalement de 18,29 % entre 2019 et 2022 (passant de 79,41 M€ en 2019 à 93,93 M€ en 2022). Les rémunérations quant à elles augmentent de 24 % passant de 51,8 M€ en 2019 à 64,4 M€ en 2023.

La progression des dépenses de personnel non médical durant la période sous revue trouve essentiellement son origine dans les différentes mesures salariales inhérentes à la crise sanitaire (versement en 2020 d'une prime exceptionnelle pour un montant global de l'ordre de 1,5 M€), et au Ségur de la santé (versement d'un complément³⁴ de traitement indiciaire engendrant un coût supplémentaire de l'ordre de 1 M€ en 2020 et de 4,6 M€ en 2021, revalorisation³⁵ des grilles indiciaires des rémunérations des catégories A et B engendrant un coût supplémentaire de l'ordre 0,5 M€ en 2021).

Par ailleurs, la hausse du point d'indice de 3,5 % au 1^{er} juillet 2022 a engendré une dépense supplémentaire³⁶ estimée à plus de 1 M€ en 2022 (1,57 M€ avec les charges sociales).

L'augmentation de la masse salariale brute (hors charges) en 2023 de l'ordre de 3,28 M€ (+ 5,37 %) s'explique :

- par un effet volume (+ 0,8 M€), lié à une hausse des effectifs de 22 ETP (+ 1,3 %) : notamment, 8 sages-femmes et des cadres de santé ont été recrutées en 2023 sur des postes vacants ;
- par un effet prix (+ 2,4 M€) qui s'explique essentiellement par la nouvelle hausse du point d'indice de 1,5 % au 1^{er} juillet 2023 (en plus de la hausse de celle de 3,5 % au 1^{er} juillet 2022) dont l'impact sur la masse salariale est estimé à 1,4 M€ (soit 2,15 M€ avec les charges sociales) et par le versement de la prime exceptionnelle pour le pouvoir d'achat représentant 0,6 M€.

³³ Charges brutes de personnel avec charges sociales du CHBB (sans le personnel intérimaire) ; le montant estimé pour 2023 est de l'ordre de 99 M€, en hausse de 5 % entre 2022 et 2023 (dans l'attente du compte financier 2023 dans sa version définitive).

³⁴ Le complément de traitement indiciaire a été instauré par décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020.

³⁵ Revalorisation des grilles indiciaires des personnels de la filière soignante, médico-technique et rééducation, et des cadres de santé paramédicaux pour la plupart au 1^{er} octobre 2021 ; engendrant un coût supplémentaire évalué à 482 K€ (hors charges sociales) en 2021 (et à 750 K€ avec les charges sociales).

³⁶ La hausse du point d'indice de 3,5 % au 1^{er} juillet 2022 a engendré un coût supplémentaire de 1 570 K€ avec les charges sociales en 2022.

5.4.1.2 La gestion des effectifs cibles

Le CHBB distingue 3 typologies de service qui impacte la gestion des effectifs cibles :

- les services normés comme la réanimation et les soins continus ou l'USINV³⁷. Le nombre de soignants cible est déterminé par la réglementation au regard d'un ratio nombre de lits/nombre de soignants ;
- les services de la direction des soins qui font l'objet d'une démarche d'ajustement des cibles soignantes au nombre de lits ouverts dans les services d'hospitalisation ;
- les services principalement supports qui ne disposent pas d'effectifs minimum au regard des textes, mais pour lesquels des effectifs cibles ont été déterminés au regard de l'activité.

La direction des ressources humaines est dotée de tableaux de suivi des effectifs présents et nominatifs pour chacune des directions du centre hospitalier. Ces tableaux sont pilotés par les responsables RH, à l'exception de ceux de la direction des soins qui sont mis à jour très régulièrement par les cadres supérieurs de pôle et la directrice des soins (outils de pilotage quotidien des ressources), sous la responsabilité du DRH.

Par ailleurs, au sein de l'établissement, pour tout recrutement ou changement d'affectation, une fiche mouvement est complétée par la direction fonctionnelle concernée. Cette fiche comprend toutes les informations relatives au professionnel et à son futur statut dans l'établissement. Avant que ces dernières soient entrées dans le logiciel RH, une validation de la direction des ressources humaines est nécessaire.

Il convient de préciser que la politique de rémunération exclut des rémunérations dérogatoires ou des négociations de salaire lors de l'embauche, au risque de perdre un candidat.

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

Le pilotage de la masse salariale est géré de manière conjointe entre la direction des ressources humaines, la direction des affaires médicales et la direction des affaires financières.

Pour le budget H, le CHBB dispose d'un tableau de suivi mis à jour mensuellement. Une fois la paie mandatée, ce tableau³⁸ est mis à jour par la direction des affaires financières. À la suite, la direction des ressources humaines commente les variations visibles par rapport au mois précédent. Aussi, les prévisions à venir y sont directement actualisées. En outre, une réunion mensuelle de suivi budgétaire a lieu entre la direction des ressources humaines, la direction des affaires médicales et la direction des affaires financières. Un point de suivi budgétaire est fait sur les autres budgets sur la base de tableaux reprenant l'ensemble des ETP. Enfin, lors de ce temps d'échange mensuel, un focus est réalisé sur les dépenses d'intérim du personnel non médical et médical.

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

³⁷ Unité de soins intensifs neurovasculaires.

³⁸ Cf. Fichier : 53-A1-Outil-Pilotage-masse-salariale PNM Budget H (mis en annexe Espace DLR 07-RH).

5.4.2 La politique de recrutement et d'attractivité

5.4.2.1 Le recours au « job dating »

Lors des sessions de « job dating », l'établissement présente le CHBB aux éventuels futurs recrutés ainsi que des points relatifs à la rémunération, le temps de travail et les possibilités d'évolution. À l'issue de cette présentation, très volontariste, sur un après-midi, le CHBB décline les différentes étapes. Les participants sont invités à déposer leurs CV. Dès lors, ils sont contactés dans les 24 à 48 heures et se voient proposer un rendez-vous de recrutement. La direction des soins fait une proposition de poste au plus tard dans les 72 h suivant l'entretien.

5.4.2.2 Un suivi de la fidélisation des PNM

Le CHBB a mis en place des tableaux de suivi qui lui permettent d'apprécier le niveau de fidélisation de ses PNM. En l'espèce, le CHBB affiche un taux de fidélisation des infirmiers de plus de 50 % entre 2020 et 2022.

Tableau n° 12 : Attractivité et fidélisation du personnel infirmier (hors infirmiers spécialisés)

Année d'entrée	Nombre de recrutements infirmiers réalisés	Toujours présents en 2020	Taux 2020	Toujours présents en 2021	Taux 2021	Toujours présents en 2022	Taux 2022
2020	29	25	86,21%	19	65,52%	19	65,52%
2021	44			42	95,45%	36	81,82%
2022	64					57	89,06%

Source : CHBB Bilan social 2022 (Lecture (ligne/colonne) : pour les recrutements effectués en année N-1, les effectifs physiques toujours présents en année N représentent une proportion de X%)

Concernant les métiers relevant de compétences rares tels³⁹ que les infirmières anesthésistes, les infirmières de bloc opératoire, les sages-femmes, l'établissement a précisé qu'il ne s'est pas doté d'une stratégie identifiée pour le recrutement de ces métiers. Pour autant, en réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice a précisé que l'établissement mène quelques actions telles que des liens renforcés avec les instituts de formation, des contrats d'allocation d'étude et un soutien aux évolutions professionnelles par le biais de formation.

³⁹ IADE : infirmière anesthésiste ; IBODE : infirmière de bloc opératoire.

5.4.3 Le temps de travail⁴⁰

5.4.3.1 Un guide du temps de travail

Le guide du temps de travail (GTT) a été mis à jour en février 2024 et constitue un document complet et à jour de la réglementation hormis le dispositif ci-dessous.

Depuis le 21 juillet 2023, aux termes des dispositions⁴¹ de l'article L. 622-2 du code général de la fonction publique (modifié par la loi n° 2023-622 du 19 juillet 2023) : « *Les agents publics bénéficient, de droit, d'une autorisation spéciale d'absence de douze jours ouvrables pour le décès d'un enfant. Cette durée est portée à quatorze jours ouvrables lorsque l'enfant est âgé de moins de vingt-cinq ans, et quel que soit son âge si l'enfant décédé était lui-même parent, ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans dont l'agent public a la charge effective et permanente. Dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article, les agents publics bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence complémentaire de huit jours, qui peut être fractionnée et prise dans un délai d'un an à compter du décès* ». La chambre invite l'établissement à mettre à jour son guide du temps de travail pour intégrer ce point.

5.4.3.2 Une augmentation des heures supplémentaires rémunérées

Sont considérées comme heures supplémentaires, les heures effectuées par l'agent et validées par le responsable de service dès qu'il y a dépassement des bornes horaires définies dans le cadre du cycle de travail de l'agent considéré. Le travail supplémentaire accompli entre 21h et 7h est considéré comme travail supplémentaire de nuit (Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. Art 4).

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

⁴⁰ La durée du temps de travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. » (Décret du 4/01/2002 n° 2002-9 Article 5).

⁴¹ Article L. 622-2 du CGFP dans sa version en vigueur depuis le 21 juillet 2023, issue de l'article 2 de la loi n° 2023-622 du 19 juillet 2023. Auparavant, depuis le 1^{er} mars 2022 et jusqu'au 21 juillet 2023, les agents publics bénéficiaient, de droit, d'une autorisation spéciale d'absence (ASA) de cinq jours ouvrables pour le décès d'un enfant ; cette durée était portée à sept jours lorsque l'enfant était âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont le fonctionnaire avait la charge effective et permanente ; et dans ces cas, s'y ajoute une ASA complémentaire de 8 jours, qui peut être fractionnée et prise dans un délai d'un an à compter du décès.

Le nombre d'heures supplémentaires que peut accomplir un agent est limité à 240 heures par an (soit 20 h par mois). Lorsque la durée du cycle de travail est supérieure à un mois, le plafond mensuel d'heures supplémentaires est déterminé en divisant le plafond annuel par 52 et en multipliant ce résultat par le nombre de semaines de cycle de travail.

Ces heures font l'objet soit d'une compensation horaire, donnant lieu à récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation, soit d'un placement sur un compte épargne temps.

Depuis 2011, le centre hospitalier utilise un logiciel de gestion du temps de travail. Tous les trimestres, les deux référentes RH de l'établissement reçoivent tous les agents ayant une responsabilité de gestion de plannings pour faire un point sur les compteurs liés à la gestion du temps de travail des professionnels affectés à leur service. Ces points permettent de vérifier que les plannings sont correctement complétés et que les compteurs des agents sont à l'équilibre. Quand les heures supplémentaires réalisées par un agent doivent être rémunérées, c'est la direction des ressources humaines et non les cadres qui valide le paiement. Ce dispositif permet à la DRH de garder la main sur le volume des heures supplémentaires consenties et rémunérées.

L'augmentation significative des heures supplémentaires (en volume et en montant indemnisé) trouve deux explications :

- la crise sanitaire a eu pour conséquence un recours massif aux HS en 2021 et 2022. En outre, divers⁴² décrets et arrêtés ont eu pour effet de majorer l'indemnisation des heures supplémentaires réalisées dans les établissements hospitaliers (en particulier pour les personnels soignants et les métiers en tension) ;
- l'établissement a soldé une partie de ses passifs sociaux par la décision de paiement de 25 000 heures supplémentaires en janvier 2021, pour un montant de 522 000 €, ce qui se traduit par un impact budgétaire sur la masse salariale comptabilisée au 31/12/2020 (sur l'exercice 2020) ; une autre réduction partielle du passif social a eu lieu par la décision de paiement d'un volume de 17 000 heures supplémentaires en février 2022 pour un montant de l'ordre de 350 000 € (comptabilisé sur l'exercice 2021).

Le compteur social correspond aux heures supplémentaires non payées, non récupérées et non positionnées sur CET cumulées d'année en année. Il augmente entre 2020 et 2022 du fait du recours aux heures supplémentaires lié aux métiers en tension (sage-femme, infirmières, manipulateurs radio).

⁴² Cf. décret n° 2021-287 du 16 mars 2021, décret n° 2022-954 du 29 juin 2022, arrêté du 25 avril 2022 fixant les corps, grades ou emplois éligibles aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires dans la FPH, arrêté du 30 novembre 2021 définissant le dispositif de sur-majoration des heures supplémentaires dans la FPH, lui-même modifié par l'arrêté du 22 avril 2022, arrêté du 29 juin 2022.

Tableau n° 13 : Évolution du nombre d'heures supplémentaires sur l'année civile et du montant des heures supplémentaires payées

Nombre et montant des heures supplémentaires	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Nombre HS payées sur l'année civile (en heures)</i>	3 118,59 HS	26 114,58 HS	57 467,57 HS	48 487,04 HS	29 610,86 HS
<i>Coût total des indemnités des HS comptabilisé sur l'exercice N (en hausse liée aux majorations réglementaires)</i>	46 774,71 €	721 451,91 €	1 295 723,55 €	1 304 749,60 €	1 031 279,30 €
<i>Nbre HS non payées, non récupérées et non positionnées sur CET</i>	50 986,19 € HS	20 856,48 € HS	45 640,52 € HS	48 226,92 € HS	45 740,30 € HS

Source : Données du CHBB (réponse aux questions n°62 et 63 et réponse complémentaire reçue le 7 mai 2024)

Depuis le 1^{er} septembre 2022, le centre hospitalier a mis en place le dispositif de contrats d'heures supplémentaires forfaitisés⁴³ pour certains métiers en tension dans le cadre d'un accord local. Ces heures supplémentaires se voient appliquer un coefficient de 1,63. Au sein de l'établissement, le dispositif a été ouvert uniquement aux personnels soignants et médico-techniques avec un terme au 31 mai 2024.

La demande émane de l'agent et est soumise à la validation de la DRH. En cas d'accord un contrat est conclu. Ce dernier peut être renouvelé par reconduction expresse, sur demande de l'agent auprès du DRH, au plus tard 2 mois avant sa date prévisionnelle d'échéance. Il prend automatiquement fin en cas de changement, de suspension ou de cessation de fonctions ou à la demande de l'agent ou de l'établissement (délai de prévenance d'un mois).

5.4.3.3 Le compte épargne-temps

Selon le bilan social 2021 de l'ATIH, le nombre moyen de jours de compte épargne-temps (CET) stockés par agent non médical (PNM) est assez variable d'un établissement à l'autre. Pour les 356 établissements étudiés, le nombre de jours de CET stockés par agent est de 6,4 jours en moyenne.

En 2022, ce chiffre avoisinait les 3 jours (3,13) en moyenne pour les PNM du CHBB.

⁴³ Suite aux accords du SEGUR de la santé du 13 juillet 2020, le dispositif dit de « forfaitisation des heures supplémentaires » a été créé par le décret n° 2021-1544 du 30 novembre 2021 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière, modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH (articles 6, 9-1, 12, 15-1). Les taux des indemnités sont fixés notamment par l'arrêté du 30 novembre 2021.

L'avis du CNOCP⁴⁴ n°2018-05 du 5 avril 2018 relatif à l'évaluation de la provision pour compte épargne-temps (CET) dans les comptes des établissements publics de santé préconise un changement de méthode d'évaluation de cette provision. Cette préconisation a été prise en compte dans les arrêtés fixant les modalités de comptabilisation et de transferts de droit au titre du compte épargne-temps, ainsi que dans l'arrêté⁴⁵ relatif à l'instruction budgétaire et comptable M 21.

Pour les agents titulaires et non titulaires de la FPH, ainsi que pour les personnels médicaux des EPS, la provision est valorisée soit sur une base individuelle, en retenant le coût moyen journalier de chaque agent concerné, soit sur une base statistique, en retenant le coût moyen journalier par catégories homogènes d'agents notamment en termes de rémunération.

Le coût moyen journalier est calculé en divisant la masse salariale (rémunération principale et charges) associée à l'agent par le nombre annuel de jours travaillés.

Le CHBB a retenu la méthode de valorisation de la provision sur une base individuelle, pour le personnel non médical (et pour le personnel médical), en retenant le coût moyen journalier de chaque agent (ou chaque praticien) concerné.

Tableau n° 14 : Évolution des jours monétisés, des jours épargnés sur CET, et montant de la provision pour le PNM

Catégorie	2019	2020	2021	2022
Total jours épargnés sur CET pour PNM	4 064	4 224	5 333	6 510
<i>Catégorie A</i>	2 184,96	2 270,98	3 001,61	3 551,70
<i>Catégorie B</i>	1 486,54	1 545,06	1 913,94	2 330,90
<i>Catégorie C</i>	392,50	407,96	417,45	627,40
Constitution cumulée de provision (solde du compte 1532 au 31/12/N en tenant compte des provisions et reprises de provision annuelles) (« Valorisation ») PNM (en €)	895 891	1 042 421	1 410 894	1 908 879

Source : CRC retraitements, à partir des données du CHBB (réponse à la question 25, comptes financiers, bilan social 2022) (Indemnisation pour agents de catégorie A : 135 €, catégorie B : 90 €, catégorie C : 75 €)

⁴⁴ Le Conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) est un organisme consultatif placé auprès du Ministre chargé des comptes publics en charge de la normalisation comptable de toutes les personnes publiques et privées exerçant une activité non marchande et financées majoritairement par des ressources publiques, et notamment des prélèvements obligatoires.

⁴⁵ Cf Arrêté du 20 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du CET des agents titulaires et non titulaires de la FPH ; arrêté du 19 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du CET des PM ; arrêté du 29 novembre 2018 modifiant l'arrêté du 16 juin 2014 relatif à l'instruction M21 des EPS.

5.4.4 La gestion des remplacements dans le cadre d'une recherche de la qualité de vie au travail

5.4.4.1 L'organisation de l'intérim

Les dépenses d'intérim sur le personnel non médical de l'hôpital de Bourg-En-Bresse sont en forte progression. Elles concernent essentiellement les postes d'infirmières de bloc opératoire (IBODE), d'aides-soignants et de manipulateur radio. Elles ont été multipliées par six entre 2019 et 2023.

L'augmentation des dépenses de PNM intérimaire s'explique selon plusieurs éléments :

- l'absentéisme (cf. infra) avec un impact plus particulier durant la crise sanitaire ;
- la réouverture progressive des services et des activités en 2023, principalement les deux unités de chirurgie et le bloc opératoire (réouverture de salles en fin d'année) ;
- l'augmentation des départs ;
- les difficultés de recrutement liées à une évolution du marché du travail. En effet, selon l'établissement il a été constaté une bascule par exemple des IBODE dans le secteur privé qui, au travers de l'intérim, voient leur rémunération majorée.

Tableau n° 15 : Évolution 2019/2023 des dépenses d'intérim paramédical (du budget principal)

En Euros	2019	2020	2021	2022	2023 provisoire
Compte 62114	184 432	274 691	929 179	1 170 063	1 250 000

Source : d'après les comptes financiers du CHBB ; chiffre provisoire pour 2023, dans l'attente du compte financier définitif 2023

5.4.4.2 Les équipes de suppléance

La constitution des équipes de suppléance vise à limiter l'impact de l'absentéisme sur le fonctionnement des services de soins sur les fonctions spécifiques d'infirmier et d'aide-soignant, et notamment sur les changements d'horaire des personnels présents, les rappels des agents sur leur temps de repos, et sur la répartition sur les agents présents du travail non réalisé par les agents absents.

Le recours à l'effectif de suppléance est réservé prioritairement aux motifs suivants : absence inopinée (maladie, enfants malades ou autres événements familiaux) ; congé maladie et accident de travail de moins de 30 jours ; congé de paternité ; absence pour formation professionnelle de courte durée (inférieure à 30 jours).

Chaque pôle clinique est doté d'un effectif de suppléance d'infirmières diplômées d'État et d'aides-soignantes et la direction des soins dispose, quant à elle, d'un effectif de suppléance centralisé composé de 2 IDE et 2 AS. Le volume et la répartition des agents dans les équipes sont liés au taux moyen d'absentéisme et au volume d'agents du pôle.

Afin de permettre un fonctionnement adéquat de ces équipes et éviter que les professionnels les composant ne soient affectés sur des horaires et des congés imprévisibles, le centre hospitalier s'est doté d'une charte de fonctionnement.

5.4.4.3 Le taux d'absentéisme en augmentation

Les lignes directrices de gestion intègrent les enjeux de lutte contre l'absentéisme. Cette prise en considération se traduit par diverses actions, telles que l'élaboration d'une politique de mobilité sur des postes dits « de répit ». Ainsi l'établissement identifie les postes permettant des aménagements d'activité pour les personnels en situation d'inaptitude temporaire, ou de difficulté familiale ou sociale. Le CHBB définit des modalités de contractualisation sur ces postes. De plus, l'établissement développe une politique de qualité de vie au travail à travers la prévention des risques professionnels et le maintien des agents dans l'emploi.

Par ailleurs et afin de prévenir l'absentéisme, le CHBB agit à la fois au travers du dialogue social avec les organisations syndicales mais également par des démarches plus collectives avec, par exemple, la tenue de la cellule de maintien dans l'emploi qui réunit organisations syndicales, médecin et psychologue du travail, direction des soins. Lors de ces réunions (3 fois par an), il est fait état notamment des entretiens et des procédures de reclassement. L'établissement tient également des commissions liées aux risques psycho-sociaux ou accident du travail. Néanmoins, ces différentes actions de prévention n'excluent pas des démarches de contrôle médical.

Le CHBB traite l'absentéisme en fonction d'un seuil⁴⁶ pivot de déclenchement des remplacements évalué à 8 %. Concernant les fonctions administratives, techniques et logistiques, le taux de 8 % n'est pas systématiquement suivi. À titre d'exemple, le service de blanchisserie (23 agents) peut tolérer deux postes absents, en-deçà de 21 agents, et les absents sont systématiquement remplacés afin de maintenir l'opérationnalité.

Le taux d'absentéisme est en augmentation sur la période sous revue mais demeure dans la moyenne⁴⁷ des établissements de sa catégorie.

Tableau n° 16 : Taux d'absentéisme au CHBB

Budget	2019	2020	2021	2022	2023
H (principal)	8,76 %	8,48 %	9,82 %	10,51 %	9,94 %
E (EHPAD)	12,41 %	11,63 %	10,47 %	12,98 %	15,98 %
B (USLD)	13,04 %	11,54 %	12,26 %	11,86 %	10,90 %
Tous budgets	9,21 %	8,77 %	9,87 %	10,66 %	10,24 %

Source : CHBB

⁴⁶ Taux 8 % : ce taux correspond à l'absentéisme « court » des IDE et AS (ne comprend pas les absentéismes « longs » pour maternité, longue maladie) constatés au sein de l'établissement.

⁴⁷ En 2021, pour 80% des établissements, le taux d'absentéisme du PNM varie entre 7,8 % et 11,7 %. Cette dispersion est identique à celle de 2020 et les valeurs sont plus hautes que celles de 2019. Pour les 323 établissements étudiés en 2021, le taux d'absentéisme médian est de 9,5 %. (Source : rapport ATIH bilan social 2021).

5.4.4.4 Le turn-over

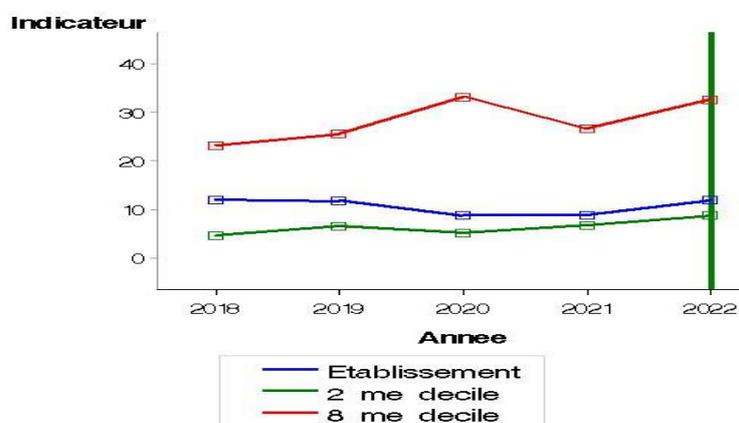
Le CHBB présente un turn-over des PNM en augmentation sur la période sous-revue mais demeure parmi les établissements les plus performants de la région ARA.

Tableau n° 17 : Taux de turn-over des PNM

	2019	2020	2021	2022	2023
<i>PNM</i>	12,48 %	9,45 %	9,99 %	13,16 %	16 % ⁴⁸

Source : CHBB

Graphique n° 9 : Turn-over global PNM – région ARA



Source : Hospidiag

Le CHBB effectue un repérage des métiers en tension en analysant leur taux spécifique de turn-over. Le bilan social 2022 pointe plus particulièrement les métiers suivants : les infirmiers en soins généraux (14,36 %), les aides-soignants (9,97 %) et enfin les manipulateurs radio (13,33 %).

Plus spécifiquement, les IDE de moins de 25 ans connaissent un turn-over marqué (61,54 %) qui reflète une mutation rapide après un tout premier poste en sortie d'école.

⁴⁸ Forte augmentation consécutive à la fin du Covid (effet de rattrapage et départ vers le privé).

Tableau n° 18 : Turn-over des infirmiers en soins généraux (taux : 14,36 %)

Infirmier en soins généraux	HOMME		FEMME	
	Effectif ETP moyen	Taux de turnover	Effectif ETP moyen	Taux de turnover
MOINS 25 ANS	1,27	625	44,54	61,54
25 A 40 ANS	23,17	4,69	194,76	12,17
41 A 55 ANS	7,25	20,92	143,45	9,67
PLUS DE 55 ANS	4,74	25,51	39,59	10,20

Source : Bilan social 2022

5.4.4.5 Les accidents du travail

L'établissement hospitalier de Bourg-en-Bresse affiche un nombre d'accidents du travail en baisse. Il diminue sur la période sous revue sous l'effet conjugué de plusieurs mesures mises en œuvre par l'établissement. D'une part, le service de santé au travail dispose à nouveau d'un médecin du travail ainsi que d'un ergonome. D'autre part, le CHBB a mis en place un dispositif d'entretien avec les personnes les plus fragiles et augmenté ainsi les aménagements de poste. À cela, il convient d'ajouter de nombreuses formations en gestes et posture et l'acquisition conséquente d'équipements de protection.

Tableau n° 19 : Nombre d'accidents du travail

PERSONNEL NON MEDICAL	Année 2020	Année 2021	Année 2022
Nombre total d'accidents de travail	163	122	132
Nombre d'accidents de travail (sans accident de trajet)	154	115	124

Source : Bilan social 2022

5.5 Le personnel médical

5.5.1 Des effectifs médicaux en augmentation sur la période

Les dépenses⁴⁹ brutes de personnel médical avec les charges sociales (hors intérim) du budget principal ont progressé globalement de 23,5 % (passant de 24,783 M€ en 2019 à 30,610 M€ en 2022) ; en 2023, elles sont de l'ordre de 31,5 M€ (soit une hausse de près de 3 %).

⁴⁹ Il s'agit des dépenses brutes de personnel médical avec les charges sociales (y compris les internes) et sans les dépenses d'intérim médical (du budget principal). En 2023, elles seraient de l'ordre de 31,5 M€ (soit une hausse de près de 3 %).

Les rémunérations quant à elles augmentent de l'ordre de 26,7 % passant de 16,8 M€ en 2019 à 21,3 M€ en 2023.

Cette évolution est liée à la croissance des effectifs (globalement de + 17,29 ETPMR sans les internes, passant de 160,16 en 2019 à 177,45 en 2023) ; les effectifs d'internes varient, quant à eux, entre 61,6 ETPMR en 2020 et 65,5 ETPMR en 2021.

Tableau n° 20 : Évolution des effectifs médicaux du CH de Bourg-en-Bresse (budget H)

Effectif PM (ETP moyens rémunérés)	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2019-2023
Personnel Médical (PM) permanent	124,15	125,52	124,34	128,18	126,79	+ 2,1 %
Dont Praticiens hospitaliers	120,77	122,01	121,05	124,62	123,29	
PM non permanent (hors internes) (dont praticiens contractuels)	36,01	38,27	40,08	45,8	50,66	+ 40,7 %
Total Personnel Médical (hors internes)	160,16	163,79	164,42	173,98	177,45	+ 10,8 %
Internes et étudiants	64,65	61,64	65,33	64,67	62,41	
Total PM avec internes et étudiants	224,81	225,43	229,95	238,65	239,86	+ 6,7 %

Source : d'après les données communiquées par le CH de Bourg-en-Bresse

La croissance des effectifs concerne principalement les praticiens contractuels⁵⁰ (dits non permanents, en CDD) ; ils ont évolué de 36 ETPMR en 2019 à près de 51 en 2023, notamment sous l'effet de la crise sanitaire qui a rendu difficile le recrutement de permanents.

Les effectifs des praticiens hospitaliers sont, quant à eux, quasiment stables (environ 120 ETPMR).

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 218 000 €, mise en place de lignes de gardes et d'astreintes supplémentaires engendrant un surcoût évalué à 153 000 € en 2020) et au Ségur de la santé (revalorisation de l'indemnité⁵¹ d'engagement de service public exclusif engendrant un coût supplémentaire de l'ordre de 115 000 € en 2020 et

⁵⁰ L'année 2022 a été marquée par un recrutement important de praticiens contractuels selon les nouvelles dispositions en vigueur à compter de février 2022, dont les effets ont été partiellement limités par la réduction (la même année) des contrats de remplacement de gré à gré ; l'augmentation des praticiens contractuels entre 2021 et 2022 est de 5,72 ETP. L'augmentation des praticiens contractuels en 2023 est liée notamment au remplacement de praticiens hospitaliers partis en retraite et au renforcement de secteurs dont l'activité se développe.

⁵¹ L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) est versée aux praticiens hospitaliers à temps plein et également à ceux en période probatoire, qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelables, à ne pas exercer une activité libérale (l'exercice de leur activité doit exclusivement se faire à l'hôpital ou en EHPAD). Le montant total de l'IESPE versé en 2023 s'élève à 1,2 M€ ; ce montant a été versé à 124 praticiens sur les 236 médecins (personnes physiques) intervenant au CHBB.

de 0,5 M€ en 2021, majoration de la rémunération de la permanence⁵² des soins, revalorisation des indemnités de gardes, d'astreintes et des émoluments des internes⁵³).

Par ailleurs, la revalorisation des émoluments du personnel médical en 2022 a engendré un surcoût évalué à 386 000 € (580 000 € avec les charges sociales) ; la nouvelle revalorisation des émoluments du PM en juillet 2023 a engendré un coût supplémentaire évalué à 527 000 € (790 000 € avec les charges sociales).

5.5.2 Le temps de travail et la dette sociale

5.5.2.1 L'organisation du temps de travail médical

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

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures (en moyenne sur une période de 4 mois) et ne peut dépasser 48 heures (par semaine).

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

Au CHBB, l'activité médicale de deux services est organisée en temps continu : le service des urgences et celui de la réanimation⁵⁴ (depuis 2021).

La gestion des plannings médicaux est informatisée. Chaque année, un calendrier de suivi des tableaux de service, de gardes et/ou d'astreintes est établi, fixant pour chaque mois :

- la date limite d'établissement du tableau de service prévisionnel nominatif mensuel (avant le 20 du mois précédent),
- la période pendant laquelle les tableaux (retracant les activités de permanence de soins réalisées) sont vérifiés et modifiés le cas échéant,

⁵² L'année 2022 a été marquée par une majoration exceptionnelle de 50 % des indemnités de sujétion et de garde (du 1er août au 31 décembre 2022) engendrant une augmentation de l'ordre de 253 000 € des indemnités de permanence des soins (compte 6425) ; l'année 2023 a également été marquée par une majoration exceptionnelle de 50 % des indemnités de garde (sur les 12 mois de l'année) engendrant un coût supplémentaire de 588 000 €.

⁵³ La revalorisation des indemnités de gardes, d'astreintes et des émoluments des internes, et docteurs juniors a engendré de dépenses supplémentaires évaluées de l'ordre de 0,1 M€ en 2020, 0,2 M€ en 2021, 0,1 M€ en 2022, 0,2 M€ en 2023.

⁵⁴ La commission d'organisation de la permanence des soins a émis un avis favorable dans sa séance du 25 janvier 2021 sur le passage en temps médical continu en réanimation au 1^{er} janvier 2021.

- la date de validation de ces tableaux par la direction des affaires médicales,
- la période pendant laquelle les tableaux (de permanence de soins, de service) doivent être signés et transmis à la direction des affaires médicales (avant mise en paiement des indemnités de garde, d'astreinte, de permanence des soins).

Les tableaux de service mentionnent, pour chaque jour et nuit, les périodes de temps de travail médical réalisées (et leur nature : selon l'activité clinique, activité libérale, activité d'intérêt général, temps de travail additionnel), les absences et le motif des absences (congé annuel, congé de formation, repos de sécurité, CET, etc.).

Enfin, la chambre relève qu'il n'existe pas de guide du temps de travail médical formalisé au sein du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, permettant d'afficher plus clairement le cadre de travail et les conditions de comptabilisation des différents temps (activité libérale, temps de travail additionnel, activités d'intérêt général, valences).

Recommandation n° 4. : Mettre en place un guide du temps de travail pour le personnel médical.

5.5.2.2 Le temps de travail additionnel

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

Il résulte des dispositions du code de la santé publique, que les praticiens hospitaliers qui dépassent, en moyenne sur quatre mois, la durée de 48 heures hebdomadaires, bénéficient d'une indemnité pour temps de travail additionnel. Cette indemnité doit donc être versée tous les quatre mois. L'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit en effet que le « *décompte du temps de travail additionnel n'intervient qu'à l'issue de chaque période de référence de quatre mois, après que la réalisation de la totalité des obligations de service hebdomadaires effectuées, en moyenne, sur cette même période a été constatée au vu du tableau de service* ».

Selon l'établissement, la règle institutionnelle, revalidée chaque année, est que seuls les services à garde (sauf exceptions conjoncturelles liées par exemple à une baisse d'effectif importante) peuvent bénéficier de l'indemnisation du temps additionnel. Tous les autres services doivent s'organiser pour le récupérer. Par ailleurs, afin de limiter le recours au TTA, seul un praticien par service est présent le samedi matin.

Depuis le 1er juillet 2017, un seul et unique tarif national de temps de travail additionnel a été institué, sans distinction entre le jour et la nuit pour les établissements inscrits dans un schéma de permanence des soins au sein d'un GHT. Le CHBB applique ce tarif⁵⁵ unique des TTA des praticiens hospitaliers et contractuels ainsi :

⁵⁵ Cf. arrêté du 29 juin 2023 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux dans les EPS.

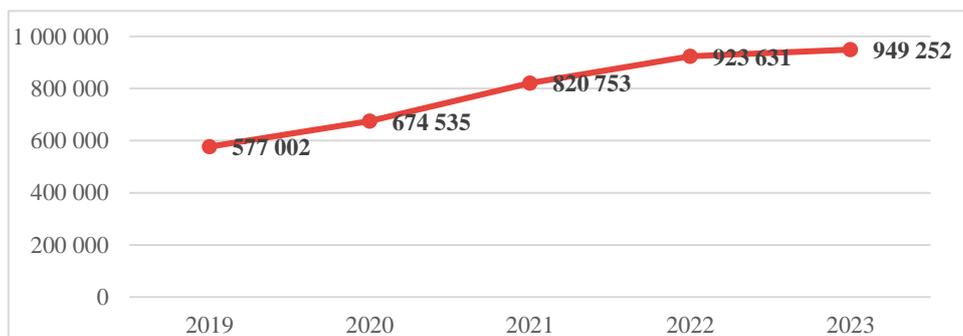
- pour une période : 335,60 € ;
- pour une demi-période : 167,79 €.

L'établissement a mis en œuvre le dispositif⁵⁶ de majoration de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes institué durant la crise sanitaire après avoir été classé en zone de circulation active du virus⁵⁷.

L'augmentation⁵⁸ du temps de travail additionnel est liée essentiellement à la réduction des effectifs dans certaines unités, conduisant les praticiens restant à compenser en temps additionnel pour assurer le maintien de l'offre de soins au niveau requis. En outre, le service de neurologie est passé en garde sur place au 1^{er} janvier 2022 (auparavant, la continuité des soins de ce service était organisée en astreinte).

Par ailleurs, les diverses majorations⁵⁹ exceptionnelles de l'indemnisation des demi-périodes de TTA entre 2020 et 2022 ont contribué à augmenter le montant des indemnités payées.

Graphique n° 10 : Montant des indemnités de TTA payées



Source : CHBB

⁵⁶ Arrêté du 12 avril 2021 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel des personnels médicaux et des gardes des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements publics de santé.

⁵⁷ Conseil de Défense sanitaire du 11 septembre 2020 : le département de l'Ain a été classé en « zone de circulation active » du virus.

⁵⁸ Les variations de demi-périodes de TTA indemnisées entre les années s'expliquent par divers facteurs : la période de crise sanitaire a engendré une augmentation globale des plages de temps additionnel notamment entre 2019 et 2020, mais plusieurs praticiens ont souhaité récupérer leur TTA plutôt que d'être indemnisés ; la diminution du nombre de périodes indemnisées entre 2021 et 2022 est liée notamment au départ de praticiens du service des urgences ; la croissance entre 2022 et 2023 est liée notamment à la mise en œuvre de la loi RIST, en raison de la réduction du recours aux ressources extérieures (intérim médical), et au recours au TTA des médecins urgentistes.

⁵⁹ Cf. majoration de 50 % de l'indemnisation des demi-périodes de TTA du 1^{er} mars au 30 avril 2020 (arrêté du 8 juin 2020), du 1^{er} février au 30 avril 2021 (arrêté du 12 avril 2021), du 2 août au 19 décembre 2021 (arrêtés des 26 août 2021 et 18 décembre 2021), majoration de 100 % de l'indemnisation des demi-périodes de TTA du 1^{er} juin au 15 septembre 2022 (arrêté du 29 juin 2022). L'impact de la majoration de l'indemnité de TTA (du 1^{er} mars au 30 avril 2020) est évalué à 87 000 € ; celui des majorations de TTA en 2021 et 2022 est estimé à près de 100 000 € (entre 2021 et 2022).

Alors que le recours au temps de travail additionnel se développe, son encadrement apparaît insuffisant au CHBB. Ainsi, la commission d'organisation et de permanence des soins n'aborde le TTA « qu'au titre des modalités de compensation du temps additionnel par rémunération ou récupération » et ne se prononce pas sur les conditions de recours au temps de travail additionnel (services et missions concernées, proportion...).

En outre, le recours au travail additionnel suppose un engagement préalable, par contrat du praticien avec le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement, contrat aux termes duquel est déterminé le nombre prévisionnel de plages à réaliser. Bien que le relevé individuel quadrimestriel retrace le temps de travail réalisé sur 4 mois au-delà des 48 heures hebdomadaires, l'établissement ne dispose pas de contrats individuels avec les praticiens. Si le contexte de crise sanitaire et l'indemnisation en TTA des périodes d'astreintes et des gardes non récupérées peuvent expliquer en partie cet état de fait, il reste nécessaire qu'une contractualisation préalable plus systématique et régulière soit instituée. Aux termes de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié : « *que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. Ce contrat peut être dénoncé, sous réserve d'un préavis d'un mois, par l'une des parties* ».

En ce qu'il participe à une gestion des remplacements par mobilisation interne des ressources, le recours au temps de travail additionnel contribue à contenir l'appel, coûteux, à l'intérim médical et permet de solliciter les praticiens des services hospitaliers qui en connaissent le fonctionnement. Il convient cependant qu'il soit bien suivi et mieux encadré à l'échelle de l'établissement, plutôt que de relever de la seule libre appréciation des pôles.

<p>Recommandation n° 5. : Encadrer le recours au temps de travail additionnel, en lien avec la COPS, et établir les contrats en conséquence.</p>

5.5.2.3 Le compte épargne temps

Sur les 356 établissements de santé étudiés par l'ATIH, le nombre de jours de CET stockés par médecin est de 25,7 jours en moyenne au global et de 26,6 jours en médiane.

Pour les centres hospitaliers, ce nombre croît lorsque la taille de l'établissement augmente, allant de 16,5 jours pour les petits centres hospitaliers, à 33,1 jours pour les grands.

Au CHBB, le nombre⁶⁰ moyen de jours de CET stockés par médecin est en hausse passant de 31,35 jours en 2019 à 35,81 jours de CET stockés par PM en 2022.

Cette évolution oblige le CHBB à provisionner⁶¹ davantage la dette sociale liée aux jours épargnés sur le CET.

⁶⁰ Le nombre moyen de jours de CET stockés par agent est égal au nombre total de jours de CET stockés au 31 décembre de l'année divisé par l'effectif physique total au 31 décembre.

⁶¹ Le CHBB a retenu la méthode de valorisation de la provision sur une base individuelle, pour le personnel médical (comme pour le PNM), en retenant le coût moyen journalier de chaque praticien concerné.

Tableau n° 21 : Évolution des jours monétisés, des jours épargnés sur CET, et montant de la provision pour le PM

Catégorie	2019	2020	2021	2022
Total jours épargnés PM	8 086	8 601	8 808	8 594
<i>Constitution cumulée de provision (solde du compte 1531 au 31/12/N en tenant compte des provisions et reprises de provision annuelles) (Valorisation) PNM (en €)</i>	4 561 714	5 007 844	5 385 727	5 387 168

Source : CRC retraitements, à partir des données du CHBB (comptes financiers) (Indemnisation pour PM : 300 €)

5.5.3 Les solutions mises en place pour assurer la continuité de l'offre de soin

5.5.3.1 L'intérim médical

Les dépenses de personnel intérimaire⁶² de personnel médical (du budget principal) varient entre 1 M€ (en 2020) et 1,5 M€ (en 2023). Les secteurs pour lesquels le recours aux intérimaires a été le plus important sont : l'imagerie médicale (0,7 M€), les urgences (0,3 M€) et la néphrologie (0,2 M€).

Face aux dérives de l'intérim médical, la loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 ont introduit le principe d'un encadrement des tarifs⁶³. Un tarif plafond journalier a ainsi été fixé à 1 170,04 € brut par journée de 24 heures de travail effectif par un arrêté du 24 novembre 2017⁶⁴ (incluant l'indemnité de fin de missions, et la monétisation des congés payés). Parallèlement, des garanties ont été exigées des entreprises de travail temporaire quant à la situation des médecins concernés (attestation sur l'autorisation d'exercer, cumul d'activités, repos de sécurité suffisant...).

A l'instar de nombreux établissements de santé, le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse a eu recours à des prestations médicales temporaires pour faire face à des besoins de remplacements de courtes durées.

Depuis 2023, une instruction⁶⁵ interministérielle vise à renforcer le contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé. Cette instruction rappelle

⁶² Les dépenses de personnel intérimaire sont inscrites au compte 6211, avec les subdivisions : 62113 pour le personnel médical et 62114 pour le personnel paramédical. L'augmentation de ces dépenses pour le PM en 2023 s'explique notamment par un encadrement plus strict du recours aux contrats de gré à gré pour les remplaçants.

⁶³ Articles L. 6146- 3 et R 6146-26 du code de la santé publique

⁶⁴ Ce tarif a été majoré de 20 % en 2018 (1 404,05 € brut) et de 10 % en 2019 (1 287,05 € brut).

⁶⁵ Instruction interministérielle n° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2023/33 du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé. « L'ensemble des prestations d'intérim et des contrats à durée déterminée conclus à compter du 3 avril 2023 sont soumis au contrôle du comptable public selon ces nouvelles modalités », c'est-à-dire, les modalités inscrites à l'article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril

que le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 et l'instruction n° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 encadrent la rémunération des praticiens intérimaires dans les EPS en fixant un plafond journalier de dépenses susceptibles d'être engagées au titre d'une mission de travail temporaire d'un médecin.

En cas de mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire, la dépense se rapporte à une prestation de service puisque l'entreprise de travail est rémunérée (et non le praticien) directement. Les dépenses d'intérim sont imputées au compte 62113 « autres services extérieurs – personnel intérimaire – personnel médical ». Le comptable doit disposer notamment du « contrat de mise à disposition par l'entreprise fixant la rémunération du médecin de manière précise et détaillée et signée par la personne publique (EPS), un état liquidatif (facture établie par la société d'intérim) ».

Aux termes de l'arrêté du 24 novembre 2017 (modifié), le montant du plafond journalier du salaire brut d'un praticien intérimaire pour 24 heures de travail effectif est fixé à 1 210,99 € ; ce plafond est porté à 1 389,83 € jusqu'au 31 août 2023 (par arrêté du 30 mars 2023) ; depuis, il a été à nouveau augmenté pour être porté à 1 410,69 € (à compter du 1er janvier 2024, par arrêté du 22 décembre 2023).

En l'espèce, les documents comptables examinés par la chambre n'appellent pas d'observation particulière. Les contrats de mise à disposition fixent la rémunération⁶⁶ du médecin de manière précise et détaillée (notamment date, nombre d'heures et heures d'intervention, service concerné, montant brut).

En cas de relation contractuelle directe entre un praticien et un EPS avec ou sans mise en relation par le biais d'une entreprise de travail temporaire, le comptable doit disposer du contrat de recrutement du médecin (contrat de gré à gré ou contrat de vacation) fixant la rémunération du médecin de manière précise et détaillée, un état liquidatif (bulletin de paye).

En l'espèce, l'examen par la chambre des contrats de gré à gré conclus entre le CHBB et des praticiens contractuels a permis de vérifier que ces contrats⁶⁷ ont été conclus au titre du motif 1 (prévu pour le remplacement de praticien lors d'une absence, ou en cas d'accroissement temporaire d'activité).

Le CHBB respecte donc les dispositions relatives à l'encadrement des dépenses d'intérim médical (issues notamment de la loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et ses décrets d'application).

2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification codifié à l'article L. 6146-4 du CSP, dont l'entrée en vigueur, prévue le 28 octobre 2021, a été différée compte tenu de la situation exceptionnelle et la crise provoquée par la Covid. La mise en application des textes permet au comptable de renforcer le contrôle qu'il opère sur les EPS et au directeur général d'ARS, informé par le comptable public de la conclusion d'actes irréguliers, d'engager une action juridictionnelle auprès du TA compétent. L'instruction précise que le contrôle du comptable public ne s'inscrit pas dans le cadre des contrôles prévus aux articles 19 et 20 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Il s'agit d'un contrôle de légalité interne, prévu par exception par la loi, qui s'impose au comptable.

⁶⁶ L'équipe de contrôle n'a pas relevé de dépassement du plafond journalier.

⁶⁷ Les émoluments fixés ne dépassent pas le plafond maximal autorisé par les arrêtés ministériels.

5.5.3.2 Les contrats de motif 2

À 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 motifs⁶⁸ 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.

L'analyse suivante a porté sur les recrutements 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).

Aux termes de l'article R. 6152-340 du CSP, le nombre maximal de contrats de motif 2, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus sont fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Par courrier en date du 29 mars 2023, le directeur général de l'ARS approuve le recours à des contrats de motif 2 pour trois praticiens dans la spécialité néphrologie, et d'un praticien dans la spécialité de médecine générale au sein du service de diabéto-endocrinologie.

Le recours aux contrats motif 2 est encadré pour l'année 2024 par l'avenant au CPOM signé avec l'ARS le 21 mai 2024. Cet avenant décrit les spécialités et le nombre de contrats pouvant être signés pour chacune d'entre elles au vu du contexte de l'établissement et des enjeux de continuité des soins qui peuvent être attachés au recrutement médical.

Deux praticiens contractuels ont été recrutés au titre du motif 2 (en médecine polyvalente et en néphrologie) entre février et novembre 2023.

Le contrat doit préciser le motif de recrutement, la nature des fonctions occupées les obligations de service, le service d'affectation, le montant des émoluments et les indemnités qui peuvent s'y ajouter, ainsi que 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 type 2 des praticiens contractuels recrutés n'appelle pas de remarque particulière. Les contrats (conclus l'un pour une durée de 6 mois, l'autre pour une

⁶⁸ 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.

durée d'un an) 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) et les engagements particuliers souscrits par les praticiens et les objectifs qui leur sont assignés.

5.5.4 La politique d'attractivité du CHBB

5.5.4.1 Les activités d'intérêt général

L'article R. 6152-30 du code de la santé publique prévoit la possibilité, pour les praticiens hospitaliers exerçant à hauteur de huit demi-journées par semaine au moins, de consacrer une part de leurs obligations de service à des activités d'intérêt général. Les activités d'intérêt général concernent des activités externes à l'établissement d'affectation.

L'article R. 6152-826 du CSP prévoit que les PM peuvent exercer des activités non cliniques dénommées « valences ». Les valences⁶⁹ non cliniques concernent des activités internes à l'établissement d'affectation.

Ces deux dispositifs complémentaires permettent de reconnaître la variété des missions susceptibles d'être assumées par les personnels médicaux au sein des EPS tout au long de leur carrière, qui ne se limitent pas aux seules activités cliniques, pharmaceutiques ou médicotechniques. Ces activités contribuent à rendre leurs conditions d'exercice plus attractives.

En ce qui concerne les valences non cliniques, il n'y a pas encore, au CHBB, d'expression précise de besoin et donc de temps de travail identifié dans le cadre de ce dispositif.

Cependant, certains praticiens exercent des responsabilités managériales (chefs de pôles, de services), des missions et des responsabilités institutionnelles (en participant au sein des instances comme la CME ou la COPS), ou contribuent à des travaux de recherche. Leur

⁶⁹ Les valences non cliniques permettent la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, ainsi que la participation à des projets collectifs et la structuration des relations avec la médecine de ville. Elles doivent correspondre à des activités clairement identifiables, justifiant une reconnaissance particulière et s'inscrivant dans le temps. « Elles sont définies en cohérence avec le projet d'établissement et son volet managérial, (le projet de pôle et les missions du service) » (cf. instruction n° DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022). L'exercice des valences non cliniques peut être autorisé, selon les cas :

- Pour un praticien hospitalier exerçant à hauteur de 10 demi-journées par semaine, dès lors qu'il en fait la demande, la valence est de droit à hauteur d'une demi-journée par semaine et autorisée par le chef de service (...). Au-delà d'une demi-journée par semaine, les dispositions relatives aux praticiens hospitaliers n'exerçant pas à temps plein et aux praticiens contractuels s'appliquent ;
- Pour ceux-ci, l'exercice de valences peut être accordé par le directeur de l'établissement (..) pour une période définie, sur proposition du chef de service (...). La décision de refus est motivée et notifiée par écrit au praticien.

temps de travail est bien enregistré (mais non expressément identifié et formalisé au titre des valences non cliniques, en l'absence probablement de demande expresse du praticien). La chambre invite l'établissement à formaliser ces activités.

S'agissant des activités d'intérêt général, quelques médecins du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (entre six et dix selon les années) exercent ces activités dans des structures ou établissements participant au travail en réseau des équipes du CHBB. Des pédiatres travaillent ainsi au centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP⁷⁰) et des néphrologues au centre de dialyse de Santélyls (association à but non lucratif reconnue d'utilité publique). Le nombre de demi-journées consacrées à ces activités pour chacun de ces praticiens varie entre 8 et 50 (sans dépasser le nombre maximal⁷¹ de demi-journées autorisé). Le temps consacré à ces activités est par ailleurs inscrit sur le tableau de service.

5.5.4.2 Les coopérations avec d'autres établissements de santé

L'établissement s'est attaché à développer ses coopérations avec le CHU référent au titre des filières de prise en charge graduée des patients de son territoire et en appui sur les partages de praticiens ou de candidatures médicales. La convention de partenariat entre le GHT Bresse-Haut-Bugey et les HCL a été signée lors de la mise en place du GHT.

Elle comporte un axe portant sur la démographie médicale, le CHU étant à l'origine appelé à travailler sur ces sujets en support des établissements des GHT qui lui étaient rattachés. Deux rencontres ont eu lieu entre les directions des affaires médicales des établissements support et des HCL en 2018 pour recenser les difficultés rencontrées et les appuis prioritaires possibles. La crise COVID a interrompu ces rencontres qui n'ont pas repris à la suite.

Au-delà de cette coopération large, le CHBB a travaillé avec les HCL sur des conventions de coopération plus spécifiques sur les services qui présentaient des difficultés particulières notamment la gériatrie, la pédiatrie, la cardiologie.

Cette convention a permis de développer des relations plus particulières entre l'établissement et les services référents du CHU et de monter conjointement des dossiers d'assistants⁷² partagés. En 2019, 2 assistants partagés ont rejoint le CHBB (oncologie et gastro entérologie), 10 en 2020 (endocrinologie, médecine interne, ORL, pneumologie, réanimation, rhumatologie, pédiatrie), 3 en 2021, 4 en 2022 et 3 en 2023.

Les HCL ont répondu aux difficultés de certains services comme la réanimation, notamment en orientant deux jeunes praticiens à la recherche de postes vers le CHBB.

⁷⁰ Les CAMSP sont des établissements médico-sociaux chargés de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des difficultés ou des retards dans leur développement.

⁷¹ Aux termes de l'instruction n° DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022 : Pour les praticiens hospitaliers, les activités d'intérêt général sont limitées à 2 demi-journées en moyenne par semaine lorsqu'ils exercent à temps plein et à une demi-journée en moyenne par semaine lorsqu'ils exercent à raison de 8 ou 9 demi-journées par semaine (article R. 6152-30 du CSP).

⁷² Les assistants généralistes et les assistants spécialistes des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention ou assurent des actes pharmaceutiques ou biologiques au sein de l'établissement, sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

De plus, le CHBB a développé des relations particulières avec le centre anti cancer Léon Bérard (CLB) situé à Lyon. Ainsi, 2 assistants partagés ont exercé sur l'un et l'autre des établissements (radiothérapie et gynécologie) avant de rejoindre définitivement le CHBB. Des recrutements conjoints sont en cours par ailleurs avec le CLB en oncologie avec la mise à disposition d'oncologues généralistes et spécialistes sur l'année 2024 pour permettre à l'équipe de faire face à une hausse continue de l'activité et au départ de deux praticiens dans les 12 mois à venir.

Le développement de ces partenariats entre centres experts et centre hospitalier général ouvre des perspectives pour les médecins, notamment les plus jeunes, attachés à conserver une relation avec les services universitaires pour leur formation tout en pouvant développer une activité importante au sein du CHBB.

5.5.4.3 La recherche clinique

Les activités de recherche clinique font partie des outils d'attractivité pour les personnels médicaux. En 2019, une unité de recherche clinique⁷³ est mise en place avec une coordinatrice attachée à l'unité chargée d'accompagner les projets des professionnels, promouvoir de nouvelles études et élargir le champ des disciplines impliquées dans la recherche clinique.



Source : site internet du CHBB

La convention d'association avec les HCL intègre aussi un volet sur le développement de la recherche clinique qui est un levier d'attractivité important pour les jeunes praticiens issus du CHU. Cette collaboration a été récemment structurée (juin 2023) autour de la signature d'une convention entre les HCL et 3 établissements généraux (Villefranche-sur-Saône, Valence et Bourg en Bresse) pour regrouper les activités de publications, bénéficier des outils du CHU, élargir les relations et réseaux entre pairs sur les études... Ces dispositifs sont présentés aux professionnels médicaux recrutés ou candidats.

⁷³ L'URC est encadrée par l'arrêté de 1975 sur les essais cliniques, la loi Huriet-Sérusclat de 1988, les lois de Bioéthique de 1994, 2004 et 2011, Les Bonnes Pratiques Cliniques de 2006 et la loi Jardé de 2016.



Source : site internet du CHBB

5.5.4.4 L'accueil des internes

L'établissement accueille chaque semestre entre cinquante et soixante internes. Ces futurs professionnels découvrent, au cours de ce qui est leur premier stage, le fonctionnement et l'activité d'un centre hospitalier généraliste et les conditions d'exercice en dehors du CHU. Le CHBB a donc mis un accent particulier sur l'accueil des internes, qui s'est structuré ces dernières années, avec la désignation d'un référent médical des internes et l'organisation d'une réunion d'accueil et de bienvenue.

Le référent médical et la directrice des affaires médicales rencontrent régulièrement les internes pour faire le point sur le déroulement de leur semestre afin de lever ou de prévenir des difficultés éventuelles.

5.5.4.5 L'implication des praticiens dans le processus de recrutement

Les praticiens des services sont directement associés et impliqués dans les opérations de recherche de candidats et de recrutements. Les annonces sont mises au point avec les praticiens de l'équipe pour mettre en avant les points forts du service et de son activité. Ils sont invités à les diffuser largement sur les réseaux sociaux (au-delà de celui du CHBB) et auprès de leurs sociétés savantes.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les dépenses de personnel consolidées représentent une part décroissante des produits bruts d'exploitation, passant de l'ordre de 69 % en 2019 à 66,7 % en 2022. Toutefois, l'amélioration relative résulte d'une progression des produits bruts d'exploitation (incluant les aides exceptionnelles) par rapport à celle des charges nettes de personnel (consolidées de l'ensemble des budgets), sur la période de 2019 à 2022.

Concernant les personnels non médicaux, les effectifs du budget principal s'élèvent à 1 706 ETPMR (en 2023) et sont stables sur la période sous revue. La masse salariale avec charges sociales (hors intérim) du budget principal a progressé de l'ordre de 18 % (passant de 79 M€ en 2019 à 99 M€ en 2023). La gestion de la masse salariale est conduite en fonction d'objectifs cibles actualisés puis validés par le service RH et suivie au moyen d'outils précis et complets. Par ailleurs, l'établissement développe une politique de recrutement et d'attractivité

dynamique en ayant recours par exemple au job dating. Le taux d'absentéisme et le turn-over des PNM est en augmentation sur la période sous-revue ce qui a nécessité de développer des dispositifs de remplacement et de recourir à l'intérim.

Concernant les personnels médicaux, la masse salariale avec charges sociales hors intérim du budget principal a progressé de 23,5 % (passant de 24,7 M€ en 2019 à 31,5 M€ en 2023). Cette évolution est liée à la croissance des effectifs (globalement de + 17,29 ETPMR entre 2019 et 2023). La chambre relève qu'il n'existe pas de guide du temps de travail médical formalisé au sein du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, permettant d'afficher plus clairement le cadre de travail et les conditions de comptabilisation des différents temps (activité libérale, temps de travail additionnel, activités d'intérêt général, valences).

L'établissement a développé une politique d'attractivité afin de garantir la permanence de l'offre de soin. Ainsi, le CHBB a passé des conventions de coopération avec les HCL, propose également des activités de recherche clinique à ses personnels médicaux, accueille des internes et enfin, implique les praticiens dans les opérations de recherche de candidats et de recrutements.

6 LA COMMANDE PUBLIQUE

6.1 L'organisation et la stratégie de la fonction achats

6.1.1 L'organisation de la fonction achat

Le directeur des achats du GHT (qui est également directeur des services logistique, économique et la cellule des marchés du CHBB) encadre la cellule des marchés du GHT. Celle-ci a vocation à valider la planification des marchés en lien avec le comité de coordination des achats ; de définir les procédures appropriées à chaque achat ; de sécuriser juridiquement les procédures ; de réceptionner les offres et de contrôler les rapports d'analyse des offres. La cellule des marchés peut également apporter un soutien technique aux autres établissements membres du GHT relatif aux marchés qui leur sont propres.

L'organisation de la fonction achat reprend les préconisations de la direction générale de l'offre de soins du ministère en charge de la santé (DGOS) dans le règlement intérieur des achats mutualisés. Des acheteurs par domaine sont identifiés. Les domaines d'achats sont les produits pharmaceutiques, les services techniques et travaux, l'informatique, le secteur hôtelier, le secteur médical, le domaine biomédical. Le comité achat GHT se réunit trois à quatre fois par an afin de définir la stratégie et les filières d'achat.

Une enveloppe annuelle d'environ 500 000 € est fléchée sur les investissements médicaux. La spécificité de ces achats ainsi que les demandes issues du corps médical, qui avoisinent les 2 M€ pour chaque exercice budgétaire, nécessitent l'expertise d'une sous-commission issue de la CME afin de prioriser les investissements. Cette sous-commission a pour mission de :

- proposer une priorisation des investissements biomédicaux au regard des besoins et des axes issus du projet d'établissement, de la politique qualité de l'établissement et des orientations nationales ;
- réaliser le rapport annuel d'activité adressé à la présidence de la CME et à la direction générale.

S'il n'existe pas de politique achat formalisée, les choix sont définis par le comité achat. Ainsi, les domaines des travaux, fournitures et services autres que ceux mentionnées ci-dessus relèvent d'un processus plus classique d'arbitrage budgétaire en fonction des demandes qui remontent des différentes directions/pôles de l'établissement.

6.1.2 La stratégie en matière d'achat

La mutualisation de la fonction achats, pilotée par le CHBB est officialisée depuis le 30 juin 2016 par la convention cadre du GHT Bresse Haut Bugey. Sur cette base, le GHT a produit un règlement intérieur de la fonction achat mutualisée applicable au 1^{er} janvier 2018.

Selon le préambule de ce règlement : « *conformément au guide de la fonction achat des GHT de la DGOS, l'objectif de convergence des marchés doit être réalisé au 31 décembre 2020. À cette échéance, tous les marchés sont instruits par la fonction achat mutualisée de territoire* », ce qui est effectivement le cas.

Des procédures existent et sont accessibles via l'appliquatif métier utilisé. Il existe, en complément, des fiches mémo au niveau des services. Concernant la nomenclature de produits et services permettant d'établir leur homogénéité, l'établissement a précisé que la nomenclature DGOS est implémentée dans le logiciel économique et financier.

6.1.3 La politique d'achats socialement et écologiquement responsable

L'article 13 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 modifiée relative à l'économie sociale et solidaire a instauré, afin d'encourager les acheteurs publics dans la voie des achats responsables, l'obligation d'adopter et de publier un schéma de promotion des achats publics socialement responsables (SPASER). Cette disposition a été codifiée à l'article L. 2111-3 du code de la commande publique. Sont soumis à cette obligation les collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les acheteurs soumis aux dispositions du code relatives aux marchés publics lorsque le montant total annuel des achats est supérieur à 100 M€ HT. Ce seuil a été abaissé à 50 M€ à compter du 1^{er} janvier 2023 par décret n°2022-797 du 2 mai 2022.

À ce jour, l'établissement n'a pas réalisé de schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables.

Recommandation n° 6. : Mettre en place un schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (SPASER).

6.2 Le marché et la convention relatifs à la construction du bâtiment des soins de suite et de réadaptation en partenariat avec l'ORSAC⁷⁴

L'association ORSAC et le CHBB ont signé un accord cadre le 11 octobre 2016 afin de se regrouper au sein d'un pôle SSR public/privé réunissant ainsi l'ensemble de leurs spécialités :

- pour l'ORSAC : affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur ;
- pour le CHBB : les affections cardio-vasculaires et respiratoires ainsi que celles de la personne âgée polypathologique.

Ce projet s'articule autour de besoins du bassin de santé de Bourg-en-Bresse. À ce titre, les deux partenaires ont projeté de construire un plateau technique de rééducation unique (6 886m²) réparti entre un plateau technique commun (1 374m²), deux unités d'hospitalisation complète (ORSAC : 1 534m² / CHBB : 2 465m²) auxquels s'ajoutent 816 m² de locaux communs pour les usages administratifs ainsi que des surfaces de circulation et des espaces extérieurs.

Photo n° 1 : Bâtiment SSR : ouverture janvier 2022



L'accord cadre du 11 octobre 2016 sur le montage financier entre l'ORSAC et le CHBB a confié à ce dernier le pilotage intégral de la réalisation du bâtiment. Cet engagement définit l'enveloppe prévisionnelle qui s'élève à 30 M€ (ORSAC : 13 692 000 € / CHBB : 16 308 000 €). L'ARS a subventionné le projet à hauteur de 11,6 M€. Selon l'accord cadre, en

⁷⁴ Fondée à Hauteville (Ain) en 1937 et reconnue d'utilité publique par décret du 25 janvier 1952, l'ORSAC, Organisation pour la santé et l'accueil, est une association loi 1901, gestionnaire de 89 établissements et services. Son action dans les domaines sanitaire, social et médico-social s'étend sur plusieurs secteurs d'activité : sanitaire, santé mentale, protection et éducation des jeunes, handicap et insertion, dépendance et grand âge.

cas de dépassement de plus de 2 % de l'enveloppe prévisionnelle à l'issue de l'appel d'offres, l'accord deviendrait caduc (article 2.1 de l'accord cadre).

Le marché de conception réalisation a été conclu à hauteur de 24 849 803 €. Aux termes de 8 avenants, le montant définitif s'élève à 25 706 201 € soit une augmentation de 3,45 % du montant initial, marquant une certaine maîtrise de l'enveloppe initiale malgré le contexte Covid. À ce titre, l'avenant n° 5 d'un montant de 498 376 € se justifie au regard des dispositifs sanitaires mis en place par l'entreprise attributaire ainsi que l'allongement des délais consécutifs.

Cet accord cadre⁷⁵ lance le processus qui conduit le CHBB à s'engager financièrement et juridiquement auprès de la société CITINEA (notification de marché public de conception réalisation en date du 5 novembre 2018).

Cet acte d'engagement signé avec CITINEA constitue une prise de risque importante pour un établissement hospitalier aux finances fragiles (Cf. infra) qui n'a obtenu que peu de garanties de son partenaire associatif.

Dans le cadre d'une analyse des risques financiers pris par le CHBB, il apparaît que cet accord cadre n'apporte pas de garantie au CHBB en cas de défaillance de paiement de l'ORSAC que ce soit pour sa contribution aux investissements initiaux ou pour sa participation aux charges de fonctionnement.

Il faut attendre la convention d'autorisation d'occupation temporaire du domaine publique (AOT) signée le 10 janvier 2019 (soit deux mois après la signature du marché avec CITINEA) pour connaître des garanties (encore insuffisantes) en cas de non-paiement de l'ORSAC. Ainsi, les dispositions de l'AOT mentionnent l'engagement irrévocable de l'ORSAC à rembourser intégralement la totalité du coût final des biens répondant à ses besoins, qu'il s'agisse des parties privatives ou de sa quote-part des parties communes, notamment en cas de sujétions imprévues. Par ailleurs, l'ORSAC s'engage irrévocablement à ne pas abandonner les locaux avant l'amortissement financier de la construction initiale.

La chambre relève que l'engagement juridique et financier auprès de la société CITINEA aurait dû être préalablement assorti d'un accord plus précis et plus protecteur du CHBB qui se voit exposé en cas de cessation de paiement de l'ORSAC ou autres événements imprévisibles sans grande garantie financière, si ce n'est un recours devant les juridictions compétentes. Il convient de souligner que cette opération ne sera amortie qu'en 2062.

La chambre souligne que le CHBB pourrait demander à l'ORSAC, une garantie bancaire couvrant tout ou partie du risque financier.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La mutualisation de la fonction achats, pilotée par le CHBB a été officialisée le 30 juin 2016 par la convention cadre du GHT Bresse Haut Bugéy. Sur cette base, le GHT a produit un règlement intérieur de la fonction achat mutualisée applicable au 1^{er} janvier 2018.

⁷⁵ Le dispositif de l'accord cadre de 2016 est complété par une série d'avenants datant de 2022 et 2023 liées à la répartition des lits, des espaces communs, des services informatiques.

La loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 modifiée relative à l'économie sociale et solidaire a instauré, afin d'encourager les acheteurs publics dans la voie des achats responsables, l'obligation d'adopter et de publier un schéma de promotion des achats publics socialement responsables. A ce jour, l'établissement n'a pas réalisé de schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (SPASER).

L'ORSAC et le CHBB ont conclu un accord cadre du 11 octobre 2016 actant un montage financier afin de construire un pôle SSR public/privé réunissant ainsi l'ensemble de leurs spécialités. Cependant, cet accord cadre de 2016 n'apporte aucune garantie au CHBB en cas de défaillance de paiement de l'ORSAC, que ce soit pour sa contribution aux investissements initiaux ou pour sa participation aux charges de fonctionnement. Il aura fallu attendre la convention d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public (AOT) signée le 10 janvier 2019 pour apporter des garanties en cas de non-paiement de l'ORSAC, ce qui au regard de l'acte d'engagement signé avec CITINEA l'année précédente a constitué une prise de risque importante pour un établissement hospitalier fortement endetté.

7 L'ANALYSE FINANCIÈRE

Au-delà de son budget principal, le CH de Bourg-en-Bresse a disposé de cinq budgets annexes durant la période :

- un budget annexe dédiée à l'unité de soins de longue durée (lettre B) ;
- 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 budget annexe dotation non affectée (lettre A) ;
- et un budget annexe au titre du fonctionnement du GHT 01 (lettre G).

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.

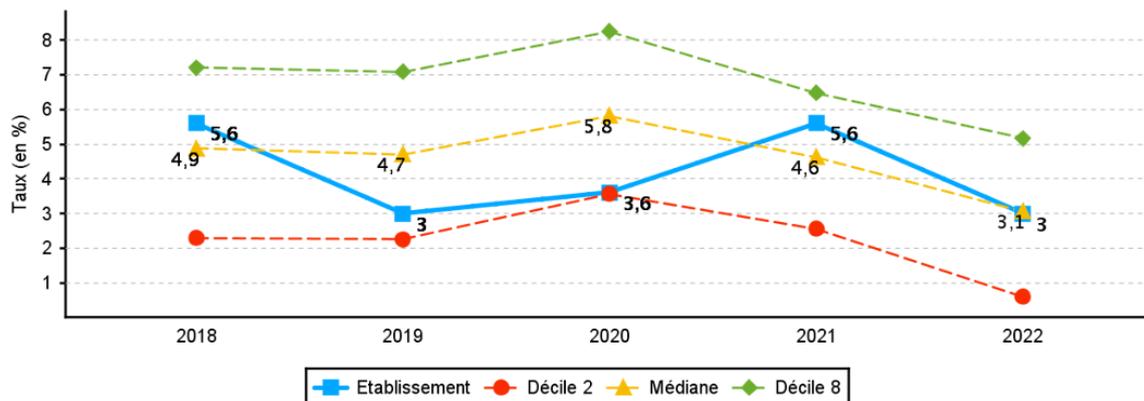
7.1 La formation du résultat

7.1.1 Une marge brute d'exploitation qui se maintient sur la période 2019-2022

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).

Si la marge brute d'exploitation de l'établissement a connu un accroissement entre 2019 et 2021, liée à une progression des produits de gestion supérieure à celle des charges nettes de gestion, le taux de marge brute reste nettement en deçà de la norme de 8 % souvent considérée comme nécessaire pour assurer le financement des investissements. De plus, la marge s'est réduite en 2022.

Graphique n° 11 : Taux de marge brute



Source : Données du comptable public (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.)

La progression des charges de gestion, est marquée essentiellement par celle des dépenses de personnel, qui augmentent globalement de l'ordre de 20 % entre 2019 et 2022, passant de 117,1 M€ en 2019 à 141,3 M€ en 2022 tous budgets confondus, (soit une croissance de 6,5 % en moyenne annuelle) ; les dépenses de personnel du seul budget principal évoluant de manière comparable.

La progression des produits de gestion trouve principalement son origine dans l'augmentation des dotations versées par l'ARS. L'ensemble des dotations⁷⁶ versées par l'ARS inscrites au budget principal (y compris les aides exceptionnelles de soutien de trésorerie) évolue de 24 M€ en 2019 à près de 46 M€ en 2022 (soit une hausse moyenne annuelle de 24 %).

La croissance des produits issus de la tarification à l'activité est, quant à elle, moindre (passant de 106,4 M€ en 2019 à 124 M€ en 2022 pour le budget principal, soit une hausse moyenne annuelle de l'ordre de 5,25 %).

⁷⁶ Les dotations versées par l'ARS comprennent des aides exceptionnelles de trésorerie qui s'élèvent à 4 M€ en 2021 et à 5,7 M€ en 2022.

Tableau n° 22 : Évolution de la marge brute d'exploitation toutes activités confondues avec l'ensemble des aides financières et sans les aides exceptionnelles versées par l'ARS

En €	2019	2020	2021	2022
<i>Produits de gestion consolidés</i>	179 549 000	190 954 000	215 927 000	222 494 000
<i>Charges gestion nettes consolidées</i>	174 219 000	184 195 000	204 055 000	216 054 000
<i>Marge Brute Exploitation consolidée (avec aides exceptionnelles)</i>	5 330 000	6 759 000	11 872 000	6 440 000
<i>Taux Marge Brute en % des produits de gestion (avec aides exceptionnelles)</i>	3 %	3,5 %	5,5 %	3 %
<i>Marge Brute Exploitation consolidée (sans aides exceptionnelles de trésorerie)</i>	4 815 000	6 759 000	7 862 000	740 000
<i>Taux Marge Brute en % des produits de gestion (sans aides exceptionnelles de trésorerie)</i>	2,7 %	3,5 %	3,7 %	0,3 %

Source : CRC à partir des comptes financiers et des données du comptable et du CHBB (Réponse à question n° 75)

7.1.2 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) brute correspond à l'excédent d'exploitation courante (c'est à dire à la marge brute d'exploitation minorée des charges réelles financières et des charges réelles présentant un caractère exceptionnel et majorée des 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.

Tableau n° 23 : Tableau de passage de la marge brute à la CAF brute consolidée avec les aides financières exceptionnelles

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022
<i>Marge Brute d'exploitation – tous budgets confondus</i>	5 330	6 759	11 872	6 439
<i>Résultat financier (produits – charges financières, hors reprises)</i>	- 1 046	- 1 063	- 601	- 1 076
<i>Résultat exceptionnel (produits – charges exceptionnelles, hors reprises)</i>	- 123	- 676	+ 218	+ 33
<i>CAF Brute Consolidée</i>	4 161	5 020	11 489	5 396
<i>Taux de CAF brute en % des produits</i>	2,4 %	2,7 %	5,4 %	2,5 %
<i>Remboursement capital dette</i>	2 636	5 821	2 657	4 354
<i>CAF Nette</i>	1 525	- 801	8 831	1 042

Source : CRC à partir des comptes financiers et des données du comptable

7.1.3 Le résultat annuel

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.

Le résultat consolidé (toutes activités confondues) du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse est négatif durant toute la période sous revue, avec une tendance plus dégradée en 2022 (- 6,9 M€ en 2022 contre - 1 M€ en 2021). Sans les aides exceptionnelles de trésorerie de 5,7 M€ (reçue de l'ARS pour l'exercice 2022), le résultat déficitaire s'élève à - 12,6 M€.

Tableau n° 24 : Évolution du résultat net comptable de l'exercice (tous budgets confondus)

En €	2019	2020	2021	2022
Résultat net comptable du budget principal (H)	- 5 974 108	- 6 084 071	- 681 817	- 5 641 348
Résultat net comptable tous budgets confondus	- 6 253 375	- 5 848 477	- 1 085 532	- 6 900 358

Source : CRC à partir des comptes financiers et des données du comptable et du CHBB

7.2 Les produits de l'activité hospitalière

La garantie de financement mise en place durant la crise sanitaire

L'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 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 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 MIGAC ou du FIR) en étaient exclues.

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'HAD.

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 (SMA), afin de garantir un financement « transitoire ».

Les produits de l'activité hospitalière⁷⁷ du budget principal ont progressé de 2019 à 2022, à un rythme annuel moyen de l'ordre de 8,4 %, passant de 142 M€ en 2019 à 181 M€ en 2022.

Leur poids dans le total des produits de l'établissement – toutes activités confondues – est globalement stable, de l'ordre de 75 % (entre 2019 et 2022).

7.2.1 Les produits de la tarification à l'activité

Les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours d'une part, et des actes et consultations d'autre part, ont progressé de 5,25 % en moyenne annuelle sur la période, évoluant de 106 M€ en 2019 à 124 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 de Bourg-en-Bresse a été bénéficiaire dans le cadre de ce dispositif de 79 130 504 € en 2020, 101 241 002 € en 2021 et 102 662 395 € en 2022.

Les produits⁷⁸ issus des remboursements de molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables augmentent, passant de 12,2 M€ en 2019 à 21,9 M€ en 2022 (soit une hausse de 21,4 % en moyenne annuelle) ; ils ne sont pas couverts par le dispositif de la garantie de financement car ils ont un mécanisme de financement à l'euro près préexistant à l'épidémie de COVID-19, en sus de la tarification des séjours, selon une liste établie nationalement dans le cadre de concertations avec les fédérations d'établissements.

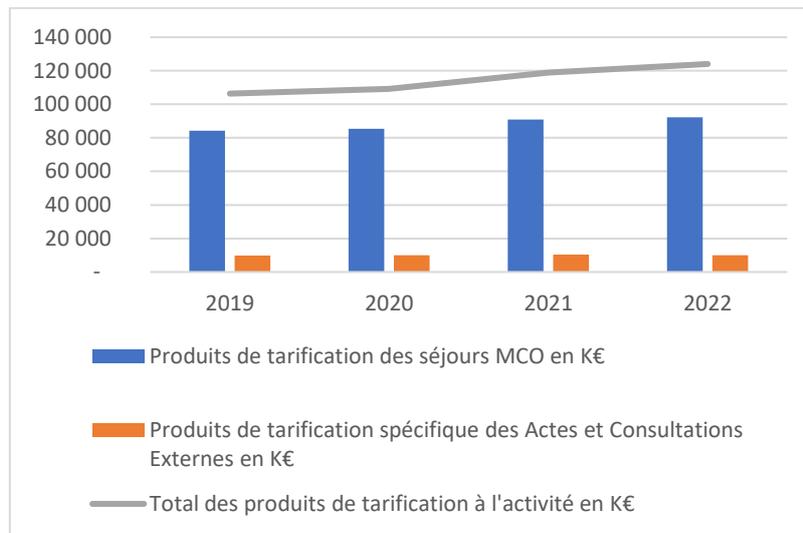
Tableau n° 25 : Évolution des produits issus de la tarification à l'activité

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022
<i>Produits tarification des séjours MCO</i>	84 333	85 387	90 849	92 206
<i>Produits de tarification des Actes, Consultations Externes (ACE)</i>	9 831	9 958	10 321	9 968
<i>Total des produits tarification à l'activité hospitalière</i>	106 394	109 199	119 012	124 061

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

⁷⁷ Issus de la somme des produits de titres 1 (versés par l'assurance maladie) et 2 (autres produits de l'activité hospitalière).

⁷⁸ Cf. note technique n° 159-02-2022 de l'ATIH du 29 avril 2022 mise à jour le 31 août 2022.

Graphique n° 12 : Évolution des produits issus de la tarification à l'activité hospitalière

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

7.2.2 Les produits forfaitaires

Composés principalement de dotations annuelles de financement (DAF)⁷⁹, de crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC⁸⁰) et de participations du fonds d'intervention régional (FIR⁸¹), les produits forfaitaires ont connu une progression de 91 % entre 2019 et 2022 (soit une hausse moyenne annuelle de 24 %).

Cette forte progression résulte notamment d'aides reçues afin de compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire :

- pertes de recettes (6,9 M€ en 2020, 7,9 M€ en 2021, 1 M€ en 2022) ;
- mise en place de tests PCR (0,37 M€ en 2020, 0,8 M€ en 2021, 0,6 M€ en 2022) et d'un centre de vaccination (2,56 M€ en 2021, 0,37 M€ en 2022) ;
- des revalorisations salariales dans le cadre du SEGUR de la santé, des mesures BRAUN (dont majorations des indemnités d'heures supplémentaires, des indemnités de TTA), de la hausse du point d'indice en 2021 et 2022 (1,7 M€ en 2021, 4,8 M€ en 2022), prime exceptionnelle versée aux agents pour 1,6 M€ en 2020).

⁷⁹ 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.

⁸⁰ 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.

⁸¹ 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.

Tableau n° 26 : Évolution des produits forfaitaires sans et avec les aides exceptionnelles versées par l'ARS

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022
<i>Forfaits et dotations annuels MCO*</i>	3 099	3 481	6 554	7 625
<i>DAF Dotation Annuelle Financement*</i>	4 615	4 312	4 895	4 949
<i>Dotations MIG-AC MCO*</i>	8 354	18 352	20 750	18 906
<i>Fonds Intervention Régional (FIR)*</i>	6 833	7 021	11 571	13 151
<i>Total des forfaits et dotations (avec aides exceptionnelles de trésorerie) *</i>	23 874	34 048	44 768	45 600
<i>Total des forfaits et dotations (sans les aides exceptionnelles de trésorerie)</i>	23 359	34 048	40 758	39 900

Source : Données financières de l'établissement (réponse à la question n°75 du DAF, comptes financiers)

(*) : avec aides exceptionnelles de trésorerie

7.3 Le financement des investissements

7.3.1 Le financement des dépenses d'équipement

La CAF nette, correspondant à la CAF brute diminuée 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 consolidée (tous budgets confondus) cumulée (sur la période de 2019 à 2022) est de 10,6 M€.

Le montant cumulé des dépenses⁸² réelles d'équipement sur la période de 2019 à 2022 s'élève à 114 M€. Les principales opérations d'investissement sur cette période concernent :

- la réhabilitation du bâtiment principal (pour 60 M€ sur la période de 2019 à 2022) ;
- la construction du bâtiment dédié au SSR (pour près de 27,4 M€ avec l'installation des équipements sur 2019 à 2022) ;
- les travaux d'accessibilité et de réhabilitation de l'EHPAD (pour 1,53 M€ sur 2019 à 2022) ;
- la création d'une salle « hybride » (comprenant un robot pour la chirurgie) pour 1,4 M€ ;
- les accélérateurs de radiothérapie (pour 2,4 M€ en 2022) et les travaux pour installer ces équipements lourds (1,6 M€ en 2022) ;
- le dossier patient informatisé (pour 2,7 M€ sur la période de 2019 à 2022).

Les investissements (dépenses d'équipement) sont financés par :

⁸² Il s'agit des dépenses d'investissement y compris les travaux en régie.

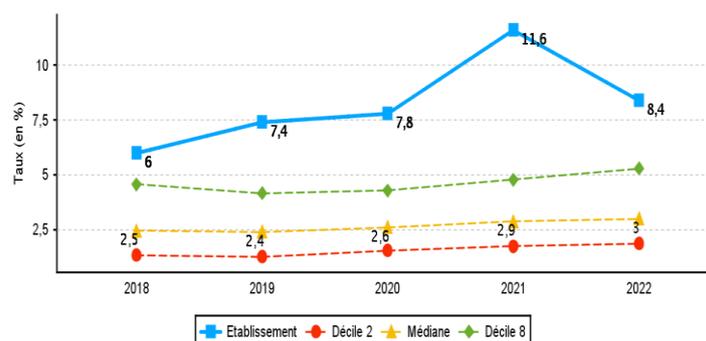
- la CAF nette (pour 10,6 M€) ;
- des apports⁸³ en capital (pour un montant de l'ordre de 3,2 M€) ;
- des subventions d'équipement (pour 7,7 M€ dont 2 M€ du département de l'Ain, pour financer la reconstruction de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ;
- des produits de cession (pour 0,5 M€) ;
- des emprunts (d'un montant total sur la période de 2019 à 2022 pour 83,8 M€) ;
- un prélèvement sur le fonds de roulement de l'ordre de 8,2 M€ (sur la période de 2019 à 2022).

Il est à noter que le financement propre disponible (correspondant au montant des recettes d'investissement hors emprunt, de 18,4 M€, additionné à la CAF nette, de 10,6 M€) s'élève à 29 M€ (sur la période de 2019 à 2022) et finance un quart (25,4 %) du montant total des investissements. Les investissements sont donc principalement financés par des emprunts (pour 73,5 %).

7.3.2 Un faible taux de vétusté des immobilisations en raison d'une réhabilitation majeure (2009-2024)

Le CHBB présente un taux de renouvellement⁸⁴ des immobilisations bien au-dessus de celui des 20 % des établissements de même catégorie les plus performants, au cours de la période de 2019 à 2022. Ce taux est de 8 % en 2022.

Graphique n° 13 : Taux de renouvellement des immobilisations



Source : Données comptable public (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.)

⁸³ Les apports en capital inscrits au compte 102 comprennent principalement, hormis les dons et legs en capital d'un montant de 271 978 €, une dotation d'un montant global de 10 M€, au titre du contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier dans le cadre du programme prévu à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 sur la période de 2021 à 2029 ; cette dotation a été comptabilisée en 2021 au débit du compte 2763 « créances au titre des dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021 » pour 10 M€ et au crédit du compte 1026 « dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021 » pour 10 M€ ; le CHBB a reçu une partie de cette dotation : 2 M€ en 2021 et 1 M€ en 2022, versements comptabilisés au crédit du compte 2763.

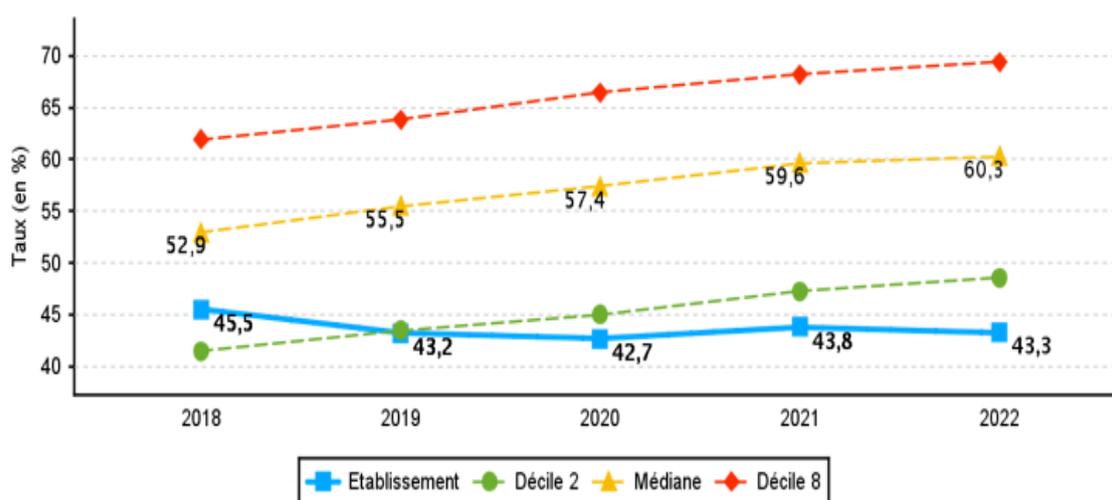
⁸⁴ Le taux de renouvellement des immobilisations rapporte l'évolution des actifs immobilisés bruts au total de l'actif de l'établissement. Ce ratio permet de mesurer le rythme d'investissement de l'EPS (cf. ROD du 10/4/2012 CH Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, CRC Ile de France).

Photo n° 2 : Réhabilitation du CHBB 2009-2024



Le CHBB présente un taux de vétusté des constructions (de 43 % de 2019 à 2022) se situant bien en-dessous de la médiane des établissements de même catégorie (de 60 % en 2022) et est même inférieur à celui des 20 % des établissements de même catégorie les plus performants (entre 45 % et 50 % de 2020 à 2022).

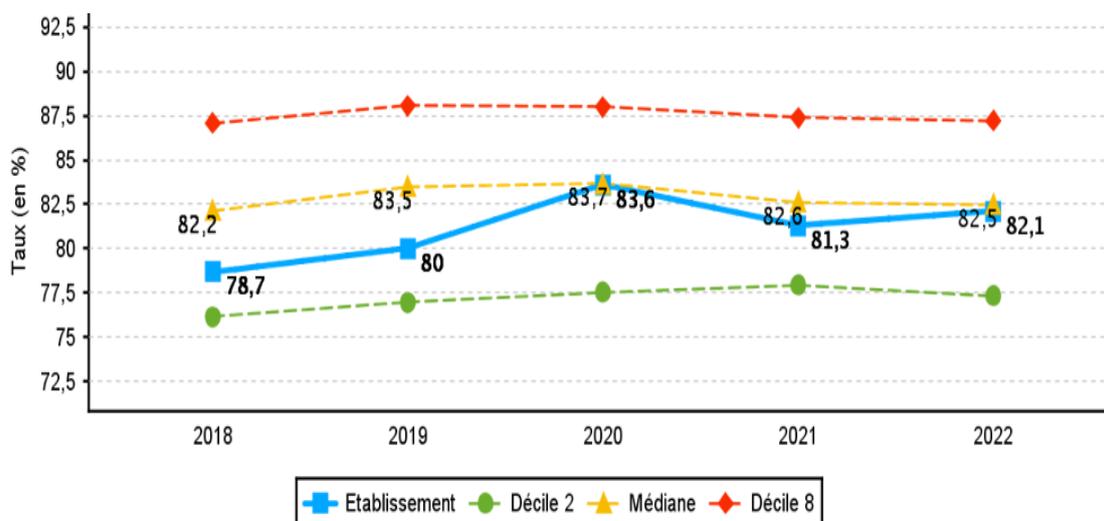
Graphique n° 14 : Évolution comparée du taux de vétusté des constructions



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.)

Le CHBB présente, quant à lui, un taux de vétusté des équipements se situant dans la médiane des établissements de même catégorie.

Graphique n° 15 : 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.)

7.4 La situation bilantielle

7.4.1 Le fonds de roulement net global (FR) et le besoin en fonds de roulement (BFR)

Le FR correspond à l'excédent de ressources stables sur les emplois de même nature. Celui-ci s'est renforcé, en particulier en 2020, sous l'effet notamment, d'un accroissement de l'encours de dette (+28 M€, passant de 62 M€ en 2019 à 90 M€ en 2020) et des amortissements (en hausse de 10 M€ entre 2019 et 2020) diminué d'une baisse des capitaux⁸⁵ propres (-3 M€, évoluant de 122 M€ en 2019 à 119 M€ en 2020) et d'une croissance des immobilisations brutes (+23 M€ de 2019 à 2020).

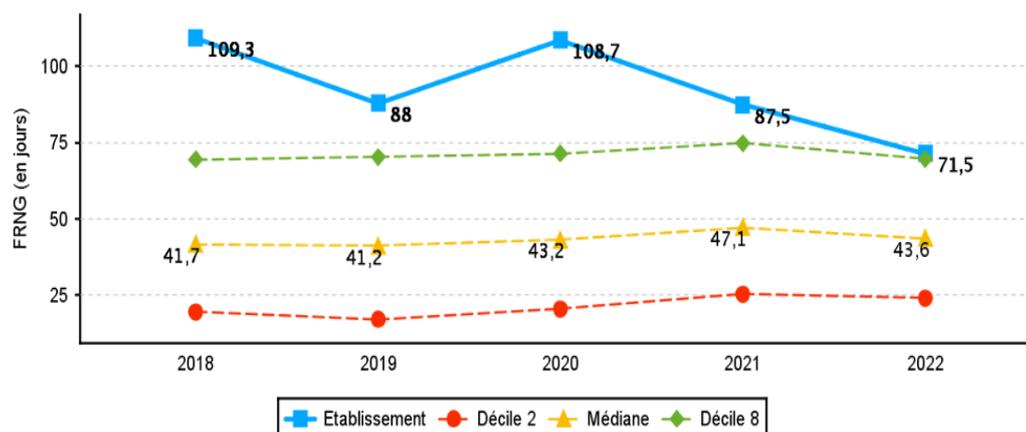
La diminution⁸⁶ du FR entre 2020 et 2022 résulte d'une progression des financements stables (+ 57,4 M€ dont l'encours de dette + 32,9 M€ et amortissements + 20,9 M€ de 2020 à 2022) inférieure à celle des immobilisations brutes (+ 69,6 M€ de 2020 à 2022).

⁸⁵ Les capitaux propres comprennent les apports, les réserves (dont les excédents affectés à l'investissement), les reports à nouveau (excédentaire et déficitaire), le résultat comptable de l'exercice, les subventions d'investissement, les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations.

⁸⁶ Plus particulièrement, l'année 2021 est marquée par une croissance des capitaux propres (évoluant de 119 M€ en 2020 à 126 M€ en 2021) avec une hausse des apports (liée à l'aide du contrat de soutien à l'investissement en 2021 de 10 M€), réduite cependant par des reports à nouveau déficitaires. L'année 2022 est marquée par une forte diminution des capitaux propres dont le niveau est inférieur à celui de l'exercice 2020, du fait du creusement des déficits (- 6,8 M€ pour le report à nouveau déficitaire et le résultat comptable de l'exercice, passant ainsi de 25,88 M€ en 2021 à 32,69 M€ en 2022).

Dans ces conditions, si le FR représentait 108 jours de charges courantes en 2020, il correspond à 71 jours en 2022, supérieur au niveau de FR médian des établissements de même catégorie, estimé à 43 jours de charges courantes en 2022.

Graphique n° 16 : 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 financement inhérent à l'exploitation courante. Celui-ci a été positif de 2019 à 2022, témoignant d'un montant de créances d'exploitation en attente de recouvrement (notamment vis-à-vis de l'assurance maladie) supérieur au montant des dettes d'exploitation à régler (à l'encontre des fournisseurs notamment).

L'augmentation (globale) du BFR entre 2019 et 2021 (+ 13 M€ évoluant de 16,7 M€ en 2019 à 29,8 M€ en 2021) résulte principalement d'une hausse des créances restant à recouvrer envers les caisses⁸⁷ d'assurance maladie (évoluant de 9,5 M€ en 2019, à 22 M€ en 2020 et à 31,5 M€ en 2021). Les augmentations de ces créances en 2020 et 2021 résultent principalement de retards (ponctuels) d'émargement de titres de recettes en fin d'année (alors que l'encaissement avait été réalisé) ; les titres de recettes s'avérant apurés quelques mois après. Le service financier du CHBB et le comptable public ont mis en place une procédure pour apurer plus rapidement ces créances.

La diminution du BFR en 2022 (- 7,3 M€ évoluant de 29,8 M€ en 2021 à 22,5 M€ en 2022) résulte principalement d'un accroissement des dettes à court terme, en particulier des dettes sur immobilisation (+ 2,3 M€) et surtout des dettes envers les fournisseurs (+ 5,6 M€), liées à un accroissement de factures reçues en fin d'année (notamment de médicaments) et à un allongement du délai global de paiement en fin d'année 2022 (novembre et décembre).

⁸⁷ Il s'agit des comptes 41121 « Caisse Pivot Amiable – Caisse d'Assurance Maladie désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale » et 4113 « Caisses de sécurité sociale (régimes obligatoires, autres versements) ».

Le BFR représente 38 jours de charges courantes en 2022 et est supérieur au niveau de BFR médian des établissements de même catégorie, estimé à 31 jours de charges courantes en 2022.

7.4.2 La trésorerie

Le montant de la trésorerie résulte de la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. En l'espèce, le niveau de trésorerie du CHBB apparait conforme aux établissements les plus performants de même taille.

Tableau n° 27 : Évolution de la trésorerie de 2019 à 2022

(En milliers d'€)	2019	2020	2021	2022
<i>Fonds de roulement net global</i>	41 472	54 121	48 394	41 932
<i>Besoin en fonds de roulement</i>	16 669	13 778	29 801	22 534
<i>Trésorerie</i>	24 803	40 343	18 593	19 398

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 délai⁸⁸ de paiement est fixé à 50 jours pour les établissements 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 150 M€ présentent un DGP moyen de 67 jours en 2022.

En revanche, la catégorie⁸⁹ des plus gros établissements (ceux dont les produits sont supérieurs à 150 M€ par an) se singularise, car c'est la seule à voir son délai global de paiement moyen baisser depuis trois ans. Le délai global de paiement médian de ces établissements (hors AP-HP) est d'environ 48 jours.

Le délai global de paiement moyen du CHBB s'est allongé entre 2019 et 2021 et dépasse même le délai réglementaire maximum de 50 jours en 2021.

En 2022, ce délai moyen sur l'ensemble de l'année civile a été réduit, tout en restant supérieur au DGP moyen des EPS dont les produits sont supérieurs à 150 M€. Toutefois, sur les deux derniers mois de l'année 2022, le DGP moyen du CHBB s'est dégradé : le DGP moyen de novembre 2022 est 60 jours (contre 41 jours pour celui de novembre 2021) et le DGP moyen de décembre 2022 est de 58 jours (contre 32 jours pour celui de décembre 2021).

⁸⁸ 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.

⁸⁹ Selon les indications du rapport de l'Observatoire des délais de paiement, le délai global de paiement moyen des EPS dont les produits sont supérieurs à 150 M€ intègre l'AP-HP. En revanche, l'AP-HP ne figure pas dans le DGP médian des EPS dont les produits sont supérieurs à 150 M€.

Tableau n° 28 : Évolution du délai global de paiement (moyen sur l'année) du CH de Bourg-en-Bresse

En nombre de jours	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Délai global de paiement moyen sur l'année du CHBB</i>	37,49	47,45	49,96	52,60	48,40
<i>Délai global de paiement moyen des EPS dont les produits sont supérieurs à 150 M€ par an (avec l'AP-HP)</i>	45,6	49,0	48,5	45,5	41,2

Source : Tableaux de bord financiers de la Direction générale des finances publiques et Rapport annuel de 2022 de l'Observatoire des délais de paiement

7.5 L'endettement du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

L'endettement de l'établissement progresse rapidement sur la période sous revue passant d'un encours de 62 M€ en 2019 à 123 M€ en 2022 soit une progression de 98 %, l'établissement ayant recouru à des recettes d'emprunts pour des montants importants.

Tableau n° 29 : Évolution de l'encours de dette du CHBB 2019-2022

En milliers €	2019	2020	2021	2022
<i>Encours d'emprunts et dette assimilée (avec dépôts reçus)</i>	62 262	90 394	107 737	123 383
<i>Nouveaux emprunts</i>	10 000	33 953	20 000	20 000
<i>Remboursement en capital dettes financières</i>	2 636	5 821	2 657	4 354
<i>Intérêts des emprunts (et autres charges financières liées à renégociation de dette)</i>	1 073	1 529	1 162	1 537

Source : Données des comptes financiers du CHBB

Le CHBB a souscrit des nouveaux emprunts pour plus de 80 M€ sur la période 2019-2022, dont 33,95 M€ pour la seule année 2020. Une partie de la dette a été réaménagée entre 2020 et 2022, en vue de bénéficier d'une diminution des frais financiers (à hauteur de 428 000 € sur la même période, avec, en contrepartie, une augmentation du capital restant dû à hauteur de 665 115 €, correspondant à l'indemnité de résiliation).

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 %.

Ces critères sont calculés à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement, selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. La procédure d'autorisation n'est pas applicable aux emprunts dont le terme est inférieur à douze mois. Le directeur de l'établissement adresse sa demande d'autorisation assortie d'un plan global de financement pluriannuel mis à jour afin d'évaluer l'impact prévisionnel du projet d'emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement. Si l'établissement est soumis à l'obligation de produire un plan de redressement conformément à l'article L. 6143-3, le directeur présente une actualisation de ce plan en précisant la trajectoire de désendettement qui en résulte. Dès réception de la demande d'autorisation, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit, pour avis, le directeur régional des finances publiques qui dispose d'un délai de quinze jours pour se prononcer. À l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose d'un délai d'une semaine pour notifier la décision au directeur de l'établissement.

L'évolution de la dette du CHBB, au regard des ratios⁹⁰ 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 :

Tableau n° 30 : L'évolution de la dette du CHF au regard des ratios d'alerte

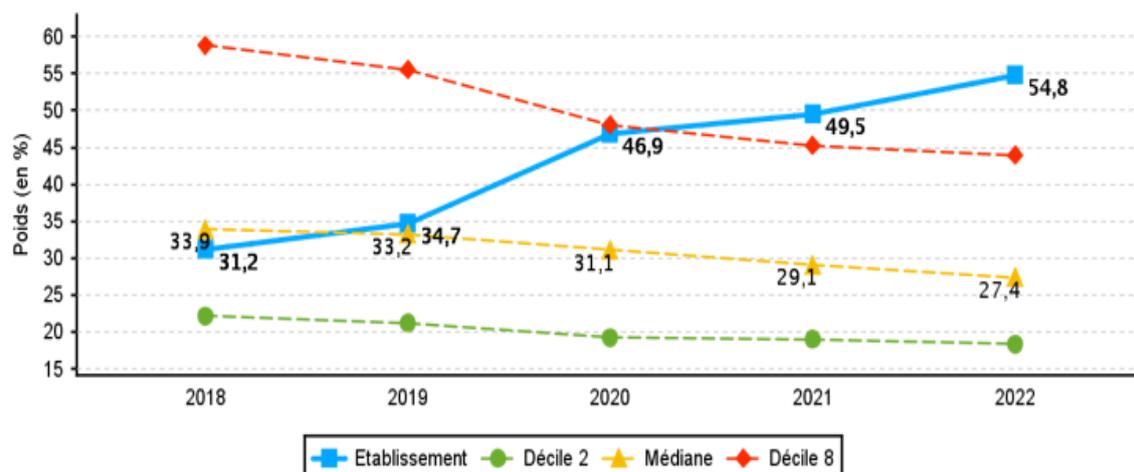
En milliers €	2019	2020	2021	2022
<i>Ratio d'indépendance financière est inférieur à 50 %</i>	31,6 %	40,7 %	44,3 %	47,9 %
<i>Ratio de durée apparente de dette (10 ans)</i>	15,0	18,0	9,4	22,7
<i>Ratio d'encours dette rapporté au total des produits toutes activités confondues est inférieur à 30 %</i>	34,7 %	46,9 %	49,5 %	54,8 %

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le poids de la dette rapporté au total des produits, toutes activités confondues, est supérieur au taux de 30 % et s'accroît chaque année, de 2019 à 2022, pour dépasser 54 % en 2022.

⁹⁰ 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 »).

Graphique n° 17 : Évolution comparée poids de la dette rapporté au total des produits d'exploitation (30 %)



Source : Données DGFIP

Ainsi, sur les exercices 2020 et 2022, l'établissement présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes et était subordonné à l'autorisation⁹¹ préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé.

L'encours de la dette de l'établissement relève à 64 % de contrats à taux fixe et à 36 % de contrats à taux variables, principalement indexés sur le Livret A (et présentant donc un risque limité, relevant de type 1A selon la classification GISSLER).

7.6 La programmation pluriannuelle

Durant la période de 2019 à 2022, l'ARS a approuvé le projet de plan global de financement pluriannuel (PGFP).

En revanche, par lettre du 10 février 2023, le DG de l'ARS n'a pas approuvé le PGFP⁹² de 2023. Même si les prévisions de recettes sont « prudentes » conformément aux attentes de l'agence, la trajectoire financière apparaît très dégradée :

- le déficit du budget principal serait d'environ 20 M€ sur toute la période du PGFP (de 2023 à 2029) ;
- la marge brute d'exploitation serait négative durant toute la période (évoluant de -15,3 M€ en 2023, à -3,3 M€ en 2029) ;
- le taux de marge brute (en pourcentage des produits d'exploitation) prévisionnel passerait de - 8,2 % en 2023 à - 1,6 % en 2029 ;
- la CAF brute serait négative durant toute la période (évoluant de - 17,7 M€ en 2023 à - 9 M€ en 2029), et ne permettrait pas de rembourser le capital de la dette.

⁹¹ Autorisation obtenue pour les exercices 2021, 2022 et 2023.

⁹² PGFP pour 2023 couvrant la période de 2023 à 2029 transmis à l'ARS le 27 décembre 2022.

L'ARS relève que : « l'établissement envisage de souscrire 182 M€ d'emprunt pour un montant d'investissement de 70 M€ ». Elle rappelle que « le recours à l'emprunt à long terme doit être envisagé pour le financement de dépenses d'investissement et non pour couvrir l'exploitation ».

Tableau n° 31 : Évolution des plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) établis de 2019 à 2024

En €	PGFP 2019	PGFP 2020	PGFP 2021	PGFP 2022	PGFP 2023	PGFP 2024
Période	2019-2028	2020-2027	2021-2028	2022-2029	2023-2029	2024-2029
<i>Immobilisations</i>						
Opérations Majeures	126 696 440	112 447 176	89 833 870	69 594 955	55 188 908	25 461 970
<i>Dont Réhabilitation bâtiment principal</i>	44 351 256	53 701 610	39 133 354	40 575 508	38 315 934	23 008 741
<i>Dont Construction bâtiment dédié SSR</i>	23 741 965	27 332 876	20 384 729	5 784 729	3 044	
<i>Dont Accélérateurs de Radiothérapie</i>	7 200 000	10 400 000	10 850 000	10 850 000	9 354 982	Non retenu
Opérations Courantes	30 081 865	17 000 000	15 605 000	15 360 000	14 867 029	12 310 000
Opérations Majeures + Courantes	156 778 305	129 447 176	105 438 870	84 954 955	70 055 937	37 771 970
<i>Financements</i>						
Recettes Emprunts	97 619 688	68 690 478	45 781 192	83 612 551	182 300 000	80 600 000
<i>Dotations Subventions Investissement (avec contrat soutien investissement 10 M€ article 50 LFSS 2021)</i>	6 181 919	1 531 677	433 978	9 326 522	8 661 984	6 235 200
<i>Cessions Autres Ressources</i>	4 315 952	4 080 000	4 280 000	5 280 000	3 405 000	3 390 000
Financement par CAF Nette	44 130 571	52 622 788	46 326 664	- 34 864 055	- 148 148 294	- 69 479 183
<i>CAF Brute</i>	98 066 873	89 180 470	82 852 463	18 875 136	- 80 840 583	- 21 691 482
<i>Remboursement Capital Dette (emprunts antérieurs + nouveaux)</i>	53 936 302	36 557 682	36 525 799	53 739 191	67 307 711	47 787 701
Variation Fonds Roulement Négatif (Immobilisations – Recette Emprunt - Subvention - Cession Autre Ressource - CAF Nette)	- 4 530 175	- 2 522 233	- 8 617 036	- 21 599 938	- 23 837 247	-17 025 953

Source : Retraitement CRC d'après les PGFP, et les rapports de présentation du CHBB

L'ARS⁹³ relève que deux opérations nouvelles sont inscrites après 2024 : l'installation d'un 3^{ème} équipement neuf de radiothérapie (4 M€ en 2025) et le bâtiment de blanchisserie (4 M€ en 2026, 1,6 M€ en 2027), et que ces opérations devront faire l'objet d'échanges préalables avec l'agence.

Le PGFP de 2024 (couvrant la période de 2024 à 2029, transmis à l'ARS le 27 décembre 2023) présente un montant total d'investissements de près de 38 M€ (moins de 32,2 M€ par rapport à celui de 2023, établi pour 70 M€). Cette diminution résulte d'une part, du report des deux opérations majeures précédemment citées (soit de l'ordre de 10 M€) et d'autre part, de

⁹³ Cf. décision du 10 février 2023 du DG de l'ARS refusant d'approuver le projet de PGFP présenté le 27 décembre 2022 par la directrice du CHBB.

l'évolution de la réhabilitation du bâtiment principal dont l'achèvement des travaux est prévu pour 2025.

Néanmoins, le montant total des recettes d'emprunts représenterait plus du double de celui des investissements ; la CAF brute resterait négative durant toute la période du PGFP (- 4,8 M€ en 2024, - 4 M€ en 2025 et 2026, - 3 M€ de 2027 à 2029), et ne permettrait donc pas le remboursement en capital de la dette. L'ARS a, en conséquence, refusé d'approuver le PGFP de 2024, par décision en date du 25 mars 2024.

Recommandation n° 7. : Compte tenu des rénovations récentes de l'établissement, réduire le niveau des investissements pour contenir le niveau d'endettement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La progression des charges de gestion, est marquée essentiellement par celle des dépenses de personnel, qui augmentent globalement de l'ordre de 20 % entre 2019 et 2022, en raison principalement des mesures salariales gouvernementales. La progression des produits de gestion trouve principalement son origine dans l'augmentation des dotations versées par l'ARS. Ainsi, le taux de marge brute du CHBB représente 3 % de l'ensemble de produits de gestion en 2022, correspondant à la médiane des établissements de même catégorie.

Plus spécifiquement, les produits issus de la tarification à l'activité, composés des séjours, d'une part, et des actes et consultations d'autre part, ont progressé de 5,25 % en moyenne annuelle sur la période, passant de 106 M€ en 2019 à 124 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. Concernant, les produits forfaitaires, ceux-ci ont connu une progression de 91 % entre 2019 et 2022. Cette forte progression résulte notamment d'aides reçues afin de compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire.

Le CHBB présente un taux de renouvellement des immobilisations au-dessus des 20 % des établissements de même catégorie les plus performants, au cours de la période de 2019 à 2022. Cette situation favorable relève d'une stratégie de réhabilitation globale entre 2009 et 2024. Conséquence directe de ces investissements de rénovation immobilière, l'établissement a dû fortement s'endetter avec un encours de dette passant de 62 M€ en 2019 à 123 M€ en 2022 qu'il conviendra de maîtriser.

Dans le cadre de la programmation pluriannuelle, la chambre relève que si l'ARS a approuvé le PGFP de l'établissement de 2019 à 2022, tel n'est pas le cas en 2023 et 2024 en raison d'une trajectoire financière dégradée. Face à ce constat, l'établissement a diminué de moitié ses projets d'investissements (report d'opérations majeures). Le PGFP de 2024 (couvrant la période de 2024 à 2029, transmis à l'ARS le 27 décembre 2023) présente un montant total d'investissements de près de 38 M€ (moindre de 32,2 M€ par rapport à celui de 2023, établi pour 70 M€). Néanmoins, le montant total des recettes d'emprunts représenterait plus du double de celui des investissements ; la CAF brute resterait négative durant toute la période du PGFP (- 4,8 M€ en 2024, -4 M€ en 2025 et 2026, -3 M€ de 2027 à 2029), et ne permettrait donc pas dans cette hypothèse le remboursement en capital de la dette.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	86
Annexe n° 2. Données financières	88

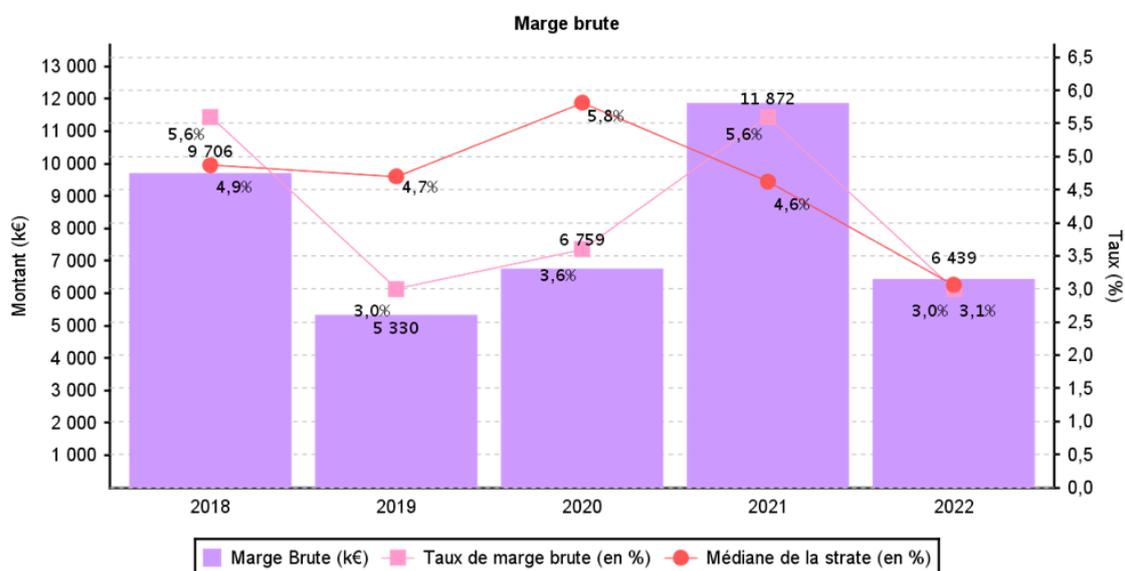
Annexe n° 1. Glossaire

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
CHBB	Centre hospitalier de Bourg en Bresse
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
FPH	Fonction publique hospitalière
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe homogène de tarif
GPEC	Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
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
TTA	Temps de travail additionnel
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USLD	Unité de soins de longue durée

Annexe n° 2. Données financières

Graphique n° 1 : Évolution comparée de la marge brute (en K€)



Source : Données du comptable public DGFIP (pour le CHBB)

Tableau n° 32 : Évolution du nombre et du montant de demi-périodes indemnisées du temps de travail additionnel

CHBB	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre Demi-Périodes TTA payées	2 729	1 941	2 796	2 570	3 095
<i>dont Urgences</i>	1 314	1 363	1 618	1 402	1 740
Montant Demi-Périodes TTA payé en €	577 002	674 535	820 753	923 631	949 252
<i>dont Urgences</i>	350 764	438 817	507 749	455 789	565 149

Source : Données du CHBB ; une demi-période de TTA correspond à 5 heures (cf. arrêté du 30 avril 2003 modifié)



Chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes
124-126 boulevard Vivier Merle
CS 23624
69503 LYON Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr

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