

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER MONTGELAS À GIVORS

(Métropole de Lyon)

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 21 octobre 2024.

AVANT-PROPOS

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Montgelas de Givors pour les exercices 2017 et suivants.

Le contrôle a été engagé par lettre du 15 septembre 2023, adressée à Mme Stéphanie Dumont, alors directrice du centre hospitalier depuis le 1^{er} juin 2020. Ses prédécesseurs, M. Christian Dublé, Mme Gaelle Dessertaine, ont également été informés le 22 septembre 2023 de l'engagement du contrôle. Mme Corinne Joséphine, qui a succédé à Mme Dumont le 1^{er} janvier 2024, en tant que directrice par intérim, a été informée du contrôle le 3 janvier 2024. En ce qui le concerne, M Yannick Frézet, président du conseil de surveillance, a été informé de l'engagement du contrôle, par courrier du 15 septembre 2023.

Le contrôle de la chambre a plus particulièrement porté sur :

- La gouvernance ;
- L'activité ;
- La gestion des ressources humaines ;
- La fiabilité des comptes et la qualité de l'information financière ;
- La situation financière.

S'agissant de l'activité de l'établissement, les investigations ont porté spécifiquement sur l'accueil et le traitement des urgences dans le cadre d'une enquête commune entre la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 al.1 du code des juridictions financières a eu lieu le 6 juin 2024 avec Mme Dumont, le 10 juin 2024 avec Mme Joséphine, le 13 juin 2024 avec M. Dublé, ainsi que le 19 juin 2024 avec Mme Dessertaine.

Le rapport d'observations provisoires, délibéré le 11 juillet 2024, a été notifié le 7 août 2024 à Mme Joséphine, ainsi qu'à ses prédécesseurs, Mme Dumont et Mme Dessertaine. Une lettre de fin de contrôle a été adressée à M. Dublé pour sa gestion. Le rapport a également été adressé le 7 août 2024 à Mme Cécile Courrèges, directrice générale de l'agence régionale de santé. Un extrait de celui-ci a été adressé le même jour à M. Raymond Le Moign, directeur général des hospices civils de Lyon (HCL).

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre a arrêté le 21 octobre 2024 les observations définitives ci-après.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	6
RECOMMANDATIONS	9
1 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER	12
1.1 Les instances.....	13
1.1.1 Le conseil de surveillance	13
1.1.2 Le directoire	13
1.1.3 La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement.....	13
1.1.4 La charte de gouvernance.....	14
1.2 Les documents stratégiques.....	14
1.2.1 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)	14
1.2.2 L'abandon du projet médical commun établi avec le centre hospitalier de Vienne.....	16
1.2.3 Des contrats de pôle abandonnés	17
1.3 L'absence persistante d'un contrôle de gestion.....	18
2 L'ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER (HORS URGENCES)	19
2.1 L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).....	19
2.1.1 Une activité qui peine à retrouver son niveau d'avant la crise sanitaire	19
2.1.2 Une activité fortement concurrencée par les hospices civils de Lyon	21
2.1.3 Une faible sévérité des pathologies	22
2.1.4 L'efficacité de l'activité	22
2.2 Le moyen et long séjour	26
2.2.1 Le service de soins médicaux et de réadaptation : des fermetures de lits et une activité en baisse	26
2.2.2 L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	27
3 LES URGENCES.....	28
3.1 L'environnement médical du CH de Givors	28
3.1.1 Le rôle actif de la communauté professionnelle de territoire de santé.....	28
3.1.2 La permanence des soins de la maison médicale de Brignais.....	29
3.1.3 L'offre de soins non programmés urgente	29
3.2 La fermeture partielle des urgences.....	30
3.3 L'activité des urgences	32
3.3.1 Le profil des patients	32
3.3.2 Un faible degré de gravité des cas traités	33

3.3.3 Une activité sensiblement affectée par la fermeture partielle des urgences.....	34
3.3.4 Un faible taux d'hospitalisation	35
3.3.5 L'hospitalisation au sein de l'UHCD	36
3.4 Des locaux peu adaptés, bien que récents	38
3.5 Une ressource financière stable jusqu'en 2022 malgré la baisse de l'activité.....	38
3.6 La régulation de l'activité des urgences	39
3.6.1 La régulation des flux de patients non programmés en amont des urgences.....	39
3.6.2 La régulation en aval des urgences hospitalières	40
3.7 La prise en charge et l'orientation des patients	40
3.7.1 Les modalités de prise en charge.....	40
3.7.2 L'accès aux examens.....	41
3.7.3 La qualité de la prise en charge	42
3.8 Les orientations en cours	45
4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	46
4.1 L'évolution des effectifs.....	47
4.1.1 Le personnel non médical : un effectif assez stable mais fragilisé	47
4.1.2 Le personnel médical	48
4.2 La masse salariale.....	49
4.2.1 Des effectifs cibles partiellement actualisés.....	49
4.2.2 Une forte évolution de la masse salariale.....	50
4.3 Un taux d'absentéisme du personnel non médical élevé.....	51
4.4 Le temps de travail du personnel non médical	52
4.5 La permanence des soins : un dispositif qui reste surdimensionné.....	53
5 LA GESTION COMPTABLE	55
5.1 Le suivi des immobilisations : l'absence d'inventaire récent.....	55
5.2 Le respect du principe d'indépendance des exercices.....	56
5.2.1 Les reports de charges	56
5.2.2 Les charges rattachées	57
5.2.3 Les recettes et dépenses à reclasser.....	58
5.3 Les provisions.....	58
5.3.1 Une provision pour compte épargne-temps revalorisée.....	58
5.3.2 Le provisionnement des heures supplémentaires et des congés payés.....	59
5.3.3 Les dépréciations de créances : des imputations comptables à revoir	59
6 UNE SITUATION FINANCIÈRE PRÉOCCUPANTE	60
6.1 Des indicateurs dégradés	61
6.1.1 Un niveau insuffisant de marge brute	61
6.1.2 Un autofinancement qui ne couvre pas le remboursement de la dette financière	62

6.1.3 Des déficits importants.....	63
6.2 Des produits de l'activité hospitalière qui progressent surtout du fait des aides 63	
6.3 Des charges de personnels du budget H en sensible progression.....	65
6.4 Les investissements et leur financement	65
6.4.1 Des investissements très mesurés.....	65
6.4.2 Le financement : l'apport du contrat de soutien à l'investissement.....	66
6.5 La situation bilancielle	67
6.5.1 Une trésorerie renflouée par les aides financières.....	67
6.5.2 Une dette qui relève des ratios d'alerte	68
6.5.3 Le refus par la tutelle de valider le plan global de financement pluriannuel 2024.....	69
ANNEXES.....	70
Annexe n° 1. La permanence des soins ambulatoires	71
Annexe n° 2. Glossaire.....	72

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier (CH) Montgelas à Givors est un hôpital de proximité situé au sud-ouest de l'agglomération lyonnaise au sein de la métropole de Lyon.

Il était doté en 2022 de 321 lits dont 133 dans le secteur sanitaire et 188 lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le secteur sanitaire recense 65 lits de médecine, 49 lits de soins médicaux et de réadaptation (SMR), 14 lits de maternité et cinq lits de chirurgie.

L'établissement n'a plus d'habilitation à effectuer de la chirurgie depuis 2007 (en dehors de celle qui découle de sa maternité).

Il fait partie depuis 2023 du groupement hospitalier de territoire (GHT) Val Rhône Centre, dont les hospices civils de Lyon (HCL) constituent l'établissement support. Il était précédemment membre du GHT Val Rhône Santé dont le CH de Vienne était l'établissement support.

Un déficit d'attractivité de l'établissement, une offre de soins à repenser

L'offre de soins du CH de Givors constitue un élément de réponse à la pénurie locale de médecine de ville. Sa maternité réalise par ailleurs environ un millier d'accouchements par an, ce qui est significatif.

L'établissement est toutefois pénalisé par son déficit d'attractivité. Il ne capte ainsi qu'une part d'activité très limitée en médecine et obstétrique sur sa zone d'attractivité du fait de l'omniprésence des hospices civils de Lyon (HCL). Il est aussi concurrencé dans une moindre mesure par le CH de Vienne. Il peine globalement à renouer en médecine et obstétrique avec son niveau d'activité d'avant la crise sanitaire.

L'établissement éprouve d'une manière générale des difficultés à recruter, surtout du personnel médical. Par manque de personnels, sa capacité en lits de soins médicaux de réadaptation (SMR) a été abaissée, ce qui a conduit à une diminution de cette activité.

Surtout, son activité en chirurgie est très réduite en l'absence d'autorisation en chirurgie et les salles de son bloc opératoire sont toujours très faiblement utilisées. La seule activité d'endoscopie et la petite chirurgie, notamment effectuées par les médecins mis à disposition par les HCL, ne permettent pas de remédier à la sous-activité chronique du bloc opératoire.

Fin 2021, il a dû en outre fermer en soirée et la nuit son service d'accueil des urgences, faute de ressources médicales. Au demeurant, le CH de Vienne, avec lequel il devait notamment mettre en place une coopération au niveau des urgences, a dû lui aussi adopter des mesures de régulation.

Dans ces conditions, une réflexion sur une reconfiguration de son offre de soins, portant notamment sur le bloc opératoire et les urgences, doit être menée en liaison avec l'agence régionale de santé (ARS) et le nouveau GHT constitué autour des HCL. Celle-ci devra permettre de dégager une solution viable et pérenne répondant au besoin de santé local de manière compatible avec ses moyens d'intervention limités.

Un pilotage de l'établissement à améliorer

La vie institutionnelle de l'établissement est effective comme en atteste le rythme de réunions plutôt soutenu du directoire.

Le CH de Givors n'a pas mis en œuvre le projet médical commun qui avait été pourtant établi avec le centre hospitalier de Vienne. La constitution du nouveau GHT autour des HCL apparaît à cet égard comme une solution pragmatique et réaliste. L'établissement s'est doté d'un nouveau projet médical en juin 2023, lui donnant un nouveau cap. Celui-ci devra intégrer les orientations du projet médical partagé du nouveau GHT.

Un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) doit être établi avec l'ARS et faire désormais l'objet d'un suivi effectif.

L'absence de mise en œuvre de la refonte des pôles d'activité qui a été effectuée en interne traduit les difficultés de pilotage de l'établissement malgré les efforts consentis par sa direction.

Il convient aussi pour l'établissement, au-delà du suivi d'activité réalisé, de renouer avec une démarche de contrôle de gestion.

Une fragilisation de la composition de l'effectif médical et non médical

L'effectif du personnel médical et non médical est relativement stable, ce qui ne doit pas occulter une fragilisation de sa composition (moins de personnels statutaires).

Si des avancées sont relevées, le recrutement du personnel médical n'a pas été véritablement sécurisé par du temps médical partagé avec d'autres établissements.

La masse salariale de l'établissement a surtout évolué de manière dynamique à partir de 2020 en raison des mesures de revalorisation nationale du Ségur de la santé. Cette évolution intervient alors que l'activité de l'établissement ne retrouve pas son niveau d'avant la crise sanitaire.

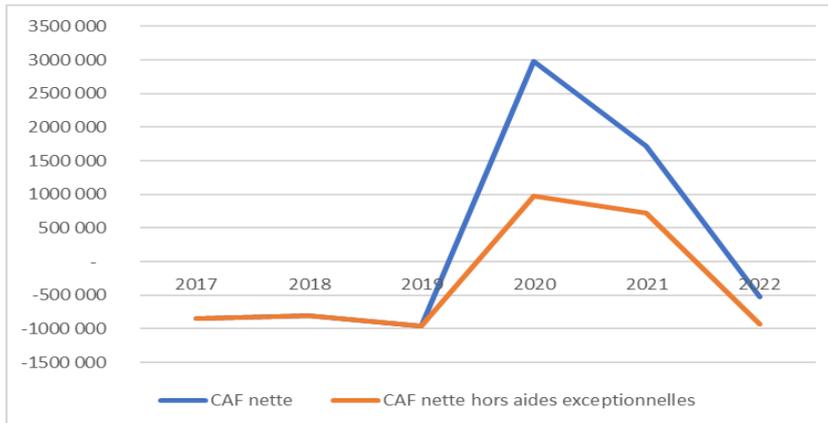
L'absentéisme du personnel non médical est resté élevé après avoir significativement augmenté pendant la crise sanitaire.

Le dispositif de permanence des soins reste surdimensionné et dépendant des urgences.

Une situation financière préoccupante

Les indicateurs de gestion de l'établissement sont dégradés, ce qui a été pour partie masqué par les dispositifs d'aides diverses (dispositif national de garantie des recettes, aides exceptionnelles de l'agence régionale de santé) dont l'établissement a particulièrement bénéficié lors des exercices 2020 et 2021 pendant la crise sanitaire. Les excédents de l'EHPAD ont au surplus amélioré sa situation financière d'ensemble.

La marge brute d'exploitation s'avère très nettement insuffisante. Ceci se traduit par une capacité d'autofinancement nette négative, hors exercices atypiques 2020 et 2021, qui ne lui permet pas de rembourser une dette conséquente.

Graphique n° 1 : Capacité d'autofinancement nette après remboursement de la dette financière en €

À tout le moins, les aides exceptionnelles de l'ARS conjuguées à l'apport financier d'un contrat de restauration financière, lui ont permis de régler ses arriérés de paiements et d'éviter d'avoir à gérer une grave crise de trésorerie.

Avec une capacité d'autofinancement insuffisante et en l'absence de nouveaux emprunts, l'établissement n'a pas été en mesure de réaliser des investissements pourtant nécessaires. Ainsi, bien qu'il soit doté de locaux récents, le taux de vétusté de ses immobilisations est devenu plus important que celui des établissements comparables. Cette situation est susceptible de nuire à ses conditions de fonctionnement.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. Mettre en œuvre les procédures de suivi et de renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Recommandation n° 2. (réitérée) : Se doter d'un contrôle de gestion.

Recommandation n° 3. Prévoir contractuellement une priorité d'accès des patients des urgences du CH de Givors aux examens biologiques réalisés par les hospices civils de Lyon.

Recommandation n° 4. Documenter les procédures internes budgétaires et comptables.

Recommandation n° 5. Imputer les provisions pour dépréciation des créances uniquement sur les comptes prévus à cet effet.

Le CH Montgelas à Givors est un hôpital de proximité situé au sud-ouest de l'agglomération lyonnaise.

L'établissement est implanté dans un bassin de vie¹ représentant 59 378 habitants en 2020, dont 20 672 habitants pour la ville de Givors. La ville de Grigny vient en deuxième position, avec 9739 habitants, devant Chasse-sur-Rhône (6388 habitants)².

Ce bassin de vie connaît une évolution démographique dynamique, soit une progression annuelle moyenne de 0,9 % par an entre 2014 et 2020. Comparativement, l'évolution démographique a été de 0,7 % par an sur la même période pour la métropole de Lyon et de 0,5 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA)³.

La population des communes du bassin de vie est plutôt jeune : 21,9 % de la population a moins de 15 ans, 22,5 % à Givors. A titre de comparaison, la population de moins de 15 ans représente 18,3 % sur la métropole de Lyon et 18 % pour la région ARA⁴.

La population est particulièrement défavorisée à Givors et Grigny, les deux principales communes du bassin de vie⁵.

La ville de Givors se caractérise par une prévalence plus marquée des affectations de longue durée, soit 18 465,7 cas en 2021 pour 100 000 habitants contre près de 16 000 cas pour la métropole de Lyon⁶.

En dehors de toute structure hospitalière, l'offre de soins non programmés est assurée par les médecins de ville, exerçant à titre libéral ou, éventuellement, salarié. La médecine de ville est globalement peu présente. La densité de médecins généralistes du bassin de vie de Givors (avec 40 médecins) est de 6,7 pour 100 000 habitants contre 8,4 en France, 8,7 sur la région ARA et de 9,5 sur la métropole de Lyon⁷.

La présence de spécialistes libéraux est quasiment inexistante au sein du bassin de vie.

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

² Les autres communes du bassin de vie sont Grigny, Chasse sur Rhône, Ternay, Communay, Millery, Montagny, Loire-sur-Rhône, Echaldas, Saint-Romain-en-Gier.

³ Source : INSEE.

⁴ Donnée INSEE, indicateur POP G2.

⁵ Si le taux de chômage du bassin de vie était en 2020 de 12,6 % et diffère peu de celui de la métropole de Lyon (12,7 %), il était de 19 % à Givors. La part de familles monoparentales au sein des familles est de 19,6 % à Givors, 16,6 % à Grigny contre 18 % dans la métropole de Lyon et 14,8 % dans la région ARA. La médiane du revenu disponible par unité de consommation était en 2020 de 22 110 € pour le bassin de vie (dont 17 680 € à Givors) contre 23 200 € pour la métropole de Lyon et 23 110 € pour la région ARA. Le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) était en 2021 de 12,3 % à Givors ; il était de 6,4 % pour la métropole de Lyon et 4,1 % pour la région ARA. Le nombre de bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire était de 23,3 % à Givors contre 13,2 % dans la métropole de Lyon et 9,5 % dans la région ARA.

⁶ Site balises – observatoire régional de la santé.

⁷ Source : atlasanté, cartosanté.

Tableau n° 1 : Nombre de spécialistes pour 100 000 habitants sur le bassin de vie de Givors au 31/12/2023

	Bassin de vie de Givors	France
<i>Radiodiagnostic et Imagerie Médicale</i>	3,4	8,2
<i>Gastro-Entérologie et Hépatologie</i>	0	3
<i>Oto Rhino-Laryngologie</i>	0	3
<i>Pédiatrie</i>	0	4
<i>Pneumologie</i>	0	1,8
<i>Rhumatologie</i>	0	2,2
<i>Neurologie</i>	0	1,6
<i>Stomatologie</i>	0	1,1
<i>Chirurgie Dentaire (Spécialiste O.D.F.)</i>	1,7	3,2

Source : atlasanté

L'offre de médecins libéraux est particulièrement sinistrée sur la commune de Grigny qui ne recensait plus aucun médecin généraliste au 31 décembre 2022. Cette commune comptait encore cinq généralistes en 2016⁸.

Le CH de Givors se présente comme un établissement de proximité de taille de modeste, doté en 2022 de 321 lits installés dont 133 dans le secteur sanitaire et 188 lits en EHPAD. Le secteur sanitaire recense 65 lits de médecine (dont 5 en ambulatoire), 49 lits de soins médicaux et de réadaptation (SMR), 14 lits de maternité et cinq lits de chirurgie. L'établissement ne dispose pas d'unité de soins longue durée (USLD).

Le CH dispose d'une maternité qui a réalisé 1111 accouchements en 2022.

En complément, l'établissement peut s'appuyer sur des services transversaux : une équipe de liaison de soins en addictologie (ELSA), une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et une unité psychiatrique de liaison (UPL) par convention avec la fondation action recherche handicap et santé mentale (ARHM).

⁸ Source : atlasanté, cartosanté.

L'activité chirurgicale de l'établissement se limite à la chirurgie gynécologique en lien avec la maternité (IVG⁹, césariennes,...) et à des soins chirurgicaux mineurs (chirurgie cutanée, dentaire,...) en l'absence d'autorisation d'exercer la chirurgie¹⁰ depuis 2007 (autre que celle qui découle de la présence d'une maternité).

L'établissement dispose d'un service d'urgence et d'un scanner. Les IRM sont effectuées au CH de Vienne et les examens de biologie aux Hospices civils de Lyon (HCL). L'établissement dispose d'un plateau de consultations externes offrant un large panel de spécialités : cardiologie, pneumologie, endocrinologie, allergologie, ORL, neurologie, urologie. Son plateau d'explorations fonctionnelles permet de réaliser des endoscopies digestives et bronchiques.

L'EHPAD de Givors (rattaché au centre hospitalier de Givors) a ouvert le 5 juillet 2016. Il est né de la réunion de deux sites historiques, l'ancien EHPAD Montgelas de 76 places et la Fondation Bertholon-Mourier de 112 places. Le CH de Givors a une direction commune avec l'EHPAD de Channonay de 51 places.

Les produits de gestion de l'établissement, toutes activités confondues, ont été de 40,5 M€ en 2022.

Le CH de Givors fait partie du groupement hospitalier de territoires GHT Val Rhône Centre¹¹ qui regroupe depuis début 2023, les ex GHT Rhône-centre et Val Rhône Santé. Le CHG était précédemment membre de ce dernier, dont l'établissement support était le CH de Vienne. Le nouveau GHT Val-Rhône Centre regroupe neuf établissements publics, les HCL en constituant l'établissement support. Il n'était pas encore doté d'un projet médical partagé à l'achèvement du contrôle de la chambre (juin 2024).

1 LA GOUVERNANCE DU CENTRE HOSPITALIER

Les compétences décisionnaires au sein de l'hôpital sont réparties entre le directoire et le conseil de surveillance, lesquels s'appuient sur plusieurs instances consultatives, dont la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement. L'hôpital public est par ailleurs organisé en unités de prise en charge médicale, regroupées depuis l'ordonnance du 2 mai 2005¹² en pôles d'activités, dont le découpage relève de la décision de chaque établissement.

⁹ Interruptions volontaires de grossesse.

¹⁰ Face à la faible activité chirurgicale de l'établissement et aux incidences à venir en termes de viabilité médico-économique dans le contexte de montée en charge de la T2A, il fut décidé en 2006, conformément au schéma régional d'organisation des soins (SROS III), de fermer la chirurgie du centre hospitalier de Givors. La mise en œuvre de cette décision fut actée par un protocole d'accord entre le centre hospitalier de Givors et, à l'époque, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), signé le 3 novembre 2006.

¹¹ Le GHT « Val Rhône Centre » est composé de 9 établissements : les Hospices civils de Lyon, les centres hospitaliers du Mont d'Or à Albigny-sur-Saône, de Neuville-sur-Saône et de Sainte-Foy-lès-Lyon (issus de l'ancien GHT « Rhône Centre ») ; les centres hospitaliers de Vienne, de Givors, de Beaurepaire, de Condrieu, et du Pilat rhodanien (issus de l'ancien GHT « Val Rhône »).

¹² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Le fonctionnement de la gouvernance est établi dans le règlement intérieur de l'établissement qui a été actualisé fin 2023.

1.1 Les instances

1.1.1 Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce le contrôle permanent de la gestion. Il lui appartient de délibérer sur le projet d'établissement, le compte financier ou encore le rapport annuel sur l'activité. Il est également consulté, pour avis, sur les décisions d'importance comme la politique de santé, la politique immobilière ou encore le règlement intérieur¹³.

Le conseil de surveillance¹⁴ est composé de 9 à 15 membres, ayant voix délibérative, répartis en trois collèges disposant d'un même nombre de membres (représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel et personnalités qualifiées).

Il est présidé par le docteur Yannick Frézet qui a été réélu lors du conseil de surveillance du 30 octobre 2020.

Hormis en 2020 pendant la crise sanitaire, l'instance a tenu depuis 2017 quatre à cinq réunions par an, respectant l'exigence légale d'un minimum de quatre réunions annuelles prévue par le code de la santé publique en son article R. 6143-26.

1.1.2 Le directoire

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

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

Le directoire est tenu de se réunir au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé, ce qui a bien été le cas s'agissant du CH de Givors, qui a connu une fréquence de réunion soutenue, de 10 à 13 réunions par an sur la période de contrôle.

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

La commission médicale d'établissement (CME) assure la représentation du personnel médical. La durée de son mandat est de quatre ans. Elle élabore la stratégie médicale de

¹³ Article L. 61343-1 du code de la santé publique.

¹⁴ Article L. 6143-5 du code de la santé publique.

l'établissement, ainsi que le projet médical en lien avec le projet médical partagé porté par le groupement hospitalier de territoire. Elle contribue également à la politique d'amélioration continue des soins, propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, et est consultée sur les questions intéressant la vie de l'établissement.

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

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

1.1.4 La charte de gouvernance

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

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

L'objectif de cette charte de gouvernance est d'associer le président de la commission médicale d'établissement à la gestion de l'établissement. La charte de gouvernance de l'établissement n'a été finalement signée que le 19 février 2024. Ce document n'appelle pas de remarque particulière.

1.2 Les documents stratégiques

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

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

procédure de négociation, un suivi périodique et une évaluation finale du contrat. Les CPOM fixent les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues, ainsi que les financements octroyés.

Les principaux enjeux d'un CPOM tiennent :

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

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

L'établissement a conclu un CPOM avec l'ARS pour la période 2013-2018. Un nouveau CPOM s'est appliqué transitoirement à l'exercice 2019 dans l'attente de la conclusion de celui couvrant la période 2020-2024 (visant à décliner les orientations du projet régional de santé ARA 2018-2028). Ce dernier a été signé par les parties le 24 février 2020. Aucun élément de bilan de ces deux documents stratégiques¹⁵ n'a pas été établi comme cela était contractuellement prévu.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la tutelle précise que l'ensemble des CPOM des établissements régionaux devrait être revu fin 2024, début 2025 par suite de la parution du schéma régional de santé et d'évolutions réglementaires, une réflexion portant sur l'éventualité de l'élaboration d'un CPOM à l'échelle du GHT étant par ailleurs en cours. Le futur CPOM permettra selon l'ARS d'intégrer les orientations du projet d'établissement du CH de Givors 2023-2027 et celles du projet médical partagé du GHT. Si elle fait mention de l'existence « *d'un suivi bimestriel rapproché* » mis en place depuis 2021 avec le CH de Givors, l'ARS précise que le bilan formel du CPOM 2020-2024, sera établi en amont de la campagne de contractualisation des futurs CPOM.

¹⁵ L'établissement n'a pas réalisé, en lien avec l'ARS, conformément à l'article 3 du titre 2 traitant du suivi du contrat, un rapport annuel d'étape dans le cadre d'un débat contradictoire portant sur le bilan des objectifs. Le centre hospitalier de Givors n'a pas transmis un an avant l'échéance (31/12/2024) du CPOM, au moment de sa demande de renouvellement, un rapport final d'exécution du contrat.

Recommandation n° 1. Mettre en œuvre les procédures de suivi et de renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

1.2.2 L'abandon du projet médical commun établi avec le centre hospitalier de Vienne

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

Pour ce qui concerne la période sous revue (exercices 2017 et suivants), le projet d'établissement le plus ancien en vigueur portait sur la période 2014-2018. L'établissement n'a ensuite plus disposé d'un projet d'établissement jusqu'en 2023, nonobstant l'existence d'un projet médical transitoire et d'un autre inappliqué. Le premier qui se présentait comme un document de transition, devait porter sur la période 2019-2023 et le deuxième, qui était un projet médical commun établi avec le CH de Vienne (alors établissement support du GHT), devait s'appliquer à la période 2022-2026. Toutefois, ce dernier projet, bien qu'avalisé par les instances de l'établissement, n'a pas été appliqué.

L'historique de la collaboration contrariée avec les HCL, la défiance entre les communautés médicales de Vienne et de Givors, ainsi que la constitution alors en cours du GHT Val de Rhône Centre, sont notamment de nature à expliquer ce renoncement. Le regroupement de deux GHT au sein d'un nouveau GHT, avec les HCL comme établissement support, apparaît constituer une solution plus pragmatique et réaliste sur la base de laquelle le projet médical de l'établissement devra intégrer des orientations partagées.

En définitive, l'établissement dispose d'un nouveau projet d'établissement portant sur la période 2023-2027, validé par le conseil de surveillance du 30 juin 2023.

Le projet d'établissement en vigueur se présente comme un document ambitieux et dense (174 orientations). Le projet médico-soignant repose pour sa part sur 10 projets communs :

- mutualiser les ressources médicales dans le domaine de la prise en charge gériatrique et proposer une offre de soins médicaux et de réadaptation identifiable et renouvelée (cf. infra) ;
- proposer une nouvelle répartition de la permanence des soins pour que celle-ci ne repose pas uniquement sur le service d'accueil des urgences afin de la renforcer ;
- professionnaliser le « *bed management*¹⁶ » et le positionner à l'interface entre les établissements du GHT et les libéraux du territoire pour fluidifier et faciliter les parcours patients ;

¹⁶ Démarche d'optimisation de la gestion des lits.

- poursuivre le rapprochement actuel ville-hôpital avec les acteurs de la communauté professionnelle territoire de santé des côtes rhodaniens ;
- accueillir à nouveau des internes et être identifié comme un parcours de consolidation des compétences pour les praticiens diplômés hors UE (PADUE) ;
- poursuivre la structuration du management de qualité ;
- déployer le nouveau dossier patient informatisé (DPI) ;
- élargir et pérenniser le groupe pluridisciplinaire « réflexion éthique et droit du patient » ;
- cultiver les approches complémentaires de prises en charge et de relaxation ;
- poursuivre la structuration d'une offre de soins adaptée aux patients en situation de handicap.

L'établissement ambitionne aussi de faire de l'établissement un acteur clé de la filière de proximité gériatrique. Il projette notamment d'accompagner la création d'un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) gériatrique, de faire vivre une fédération palliative du GHT et de développer les consultations à domicile de l'équipe mobile de soins palliatifs. La création d'une unité de soins de longue durée est par ailleurs envisagée.

Le projet médical appelle une priorisation de ses orientations compte tenu de la fragilité des équipes à la disposition de l'établissement pour le mettre en œuvre.

1.2.3 Des contrats de pôle abandonnés

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

A la suite d'une reconfiguration des pôles en juin 2020 impulsée par la nouvelle direction de l'établissement, des contrats de pôle ont été formalisés pour la période 2020-2024. Les trois pôles retenus alors pour l'établissement étaient :

- médecine-urgences, médico-technique ;
- maternité, bloc et consultations ;
- gériatrie et rééducation.

Deux contrats sur trois n'ont pas été signés par les chefs de pôle désignés.

L'objectif à travers ses contrats de pôle était alors d'échanger sur le suivi des résultats d'activité et de la qualité, d'identifier et de mettre en place des projets.

Toutefois, les échanges ont été inégaux selon les pôles concernés et le reporting des résultats au sein des services composant les pôles ne s'est pas effectué. Il n'a pas été établi de délégations de gestion en faveur des pôles.

En définitive, l'organisation en pôles a été définitivement abandonnée dans le cadre de la dernière mouture du projet d'établissement.

L'organisation en pôles est la règle de droit commun posée par l'article L. 6146-1 du code de la santé publique¹⁷. Il peut y être dérogé dans les conditions fixées par l'article L. 6146-2 du code de la santé publique¹⁸. L'établissement a dérogé à l'organisation en pôles en respectant les conditions de consultation.

S'il a pu constituer une opportunité, selon l'ancien ordonnateur concerné, de mettre en place une gouvernance plus directe avec les services et plus adaptée à la taille de l'établissement, l'abandon de l'organisation en pôles traduit aussi la difficulté de pilotage de l'établissement.

1.3 L'absence persistante d'un contrôle de gestion

Le précédent rapport de la chambre recommandait au CH de Givors de se doter d'outils de pilotage médico-économique, et notamment d'un véritable contrôle de gestion. Le CH n'a pu disposer que momentanément d'un poste de contrôleur de gestion (du 18 septembre 2017 au 31 décembre 2019).

Le CH de Givors dispose d'indicateurs de suivi de l'activité (nombre de séjours, DMS¹⁹, PCMT²⁰...). Les rapports d'activités n'ont pas établi tous les ans (seuls ceux des exercices 2019 et 2022 ont pu être produits), ce qui constitue une lacune en termes d'informations.

L'établissement n'établit plus de compte de résultat analytique²¹ (CREA) ; il ne fait pas appel non plus aux comparaisons avec d'autres établissements. Un audit externe de la gestion du temps de travail, réalisé à la demande de l'établissement, relève notamment « *le défaut d'analyse de l'activité globale et de la productivité individuelle et collective* ».

La situation difficile de l'établissement requiert de disposer de davantage d'éléments d'aide à la décision. Les surcoûts liés à l'activité du bloc opératoire et sa performance (cf. infra), notamment, doivent être précisément établis.

La chambre réitère donc la recommandation qu'elle avait formulée à l'occasion de son précédent contrôle.

Recommandation n° 2. (réitérée) : Se doter d'un contrôle de gestion.

¹⁷ Article L. 6146-1 du code de la santé publique « *le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activités conformément au projet médical d'établissement* ».

¹⁸ Article L. 6142-2 du code de la santé publique : « *par dérogations aux articles L. 6146-1 et 6146-1-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire. Cette décision est prise sur avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le comité technique d'établissement est consulté* ».

¹⁹ Durée moyenne de séjour.

²⁰ Le poids moyen des cas traités (PMCT) est un indicateur utilisé initialement pour évaluer la lourdeur de prise en charge des patients traités dans un établissement de santé.

²¹ Le CREA permet de mesurer la contribution de chaque unité au résultat global de l'établissement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La vie institutionnelle de l'établissement est animée comme en atteste le rythme de réunions plutôt soutenu du directoire.

La gouvernance de l'établissement a été toutefois contrariée par l'absence de mise en œuvre d'orientations stratégiques et d'outils de pilotage.

L'établissement a renoncé à mettre en œuvre le projet médical commun 2022-2026 avec le centre hospitalier de Vienne qui avait été pourtant formalisé dans le cadre du précédent groupement hospitalier de territoire (GHT) avec cet établissement.

Un nouveau projet d'établissement est entré en vigueur à compter de 2024 à la suite d'une réflexion engagée fin 2022 ; il devra intégrer le projet médical partagé du nouveau GHT constitué en 2023 autour des HCL.

Deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec la tutelle dans le cadre du précédent GHT n'ont donné lieu à aucun bilan.

Par ailleurs, la dernière réorganisation en pôles qui avait été formalisée en 2020, a été finalement abandonnée, ce qui traduit des difficultés de gouvernance.

Enfin, l'établissement doit se doter de manière durable d'un réel contrôle de gestion.

2 L'ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER (HORS URGENCES)

Le service des urgences, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et les consultations externes sont situés au premier étage avec le plateau technique. Les lits de maternité sont localisés au deuxième étage. Les lits de médecine (hors UHCD) sont positionnés au premier et au deuxième étage comme les lits du service de soins médicaux et de réadaptation polyvalents (SMR-P). Des lits de SMR sont donc positionnés dans ce que l'établissement appelle « *le service de médecine* ».

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

2.1.1 Une activité qui peine à retrouver son niveau d'avant la crise sanitaire

L'activité de médecine représente la majeure partie de l'activité MCO (72,7 % en 2022) devant l'obstétrique et la chirurgie, cette dernière activité s'avérant marginale.

Le rebond global de l'activité constaté en 2021 en sortie de crise sanitaire ne s'est pas confirmé en 2022.

Tableau n° 2 : Evolution de l'activité MCO (en nombre de séjours RSA²²)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de RSA médecine	4743	4754	4689	4399	4879	4583
<i>Hospitalisation complète</i>	3702	3733	3606	3304	3454	3138
<i>Ambulatoire</i>	1041	1021	1083	1095	1425	1445
Nombre de RSA chirurgie	269	305	313	249	286	319
<i>Hospitalisation complète</i>	113	177	157	111	150	119
<i>Ambulatoire</i>	156	128	156	138	136	200
Nombre de RSA obstétrique	1420	1402	1291	1269	1470	1398
<i>Hospitalisation complète</i>	1234	1193	1134	1086	1235	1201
<i>Ambulatoire</i>	186	209	157	183	235	197
Total	6432	6461	6293	5917	6635	6300
Dont total hospitalisation complète	5049	5103	4897	4501	4839	4458
dont total ambulatoire	1383	1358	1396	1416	1796	1842

Source : hospidiag

L'évolution d'ensemble de l'activité recouvre une diminution de l'hospitalisation complète au profit de l'ambulatoire (en hausse de plus de 30 % de 2020 à 2022). L'activité ambulatoire est notamment tirée par les endoscopies²³, réalisées par le personnel des HCL²⁴.

Le nombre d'accouchements a oscillé autour du millier par an. L'exercice 2019 a été exceptionnellement marqué par des transferts vers d'autres établissements pour des raisons de sécurité sanitaire.

Tableau n° 3 : Nombre d'actes d'accouchements, chirurgicaux et d'endoscopies

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombre d'accouchements</i>	1075	1070	971	969	1122	1111
<i>Nombre d'actes chirurgicaux</i>	293	274	228	226	261	237
<i>Nombre d'actes d'endoscopie</i>	732	710	622	567	802	977

Source : hospidiag

²² Résumés de sortie anonyme.

²³ D'autres activités comme les soins dentaires et cutanés, réalisées dans le cadre de partenariat avec les HCL, ont contribué à l'évolution de l'activité ambulatoire.

²⁴ L'activité d'endoscopie s'est d'abord développée avec le CH de Vienne puis avec les HCL.

2.1.2 Une activité fortement concurrencée par les hospices civils de Lyon

La part d'activité en MCO sur la zone d'attractivité²⁵ de l'établissement est très faible (10,5 % en 2022) en médecine, et davantage encore en obstétrique (8,6 % en 2022), compte tenu de l'omniprésence des HCL. Le CH de Vienne dispose d'une part d'activité supérieure au CH de Givors en obstétrique. La part d'activité en chirurgie est marginale compte tenu du caractère très limité de l'activité chirurgicale de l'établissement.

La part d'activité de l'établissement s'érode notamment en médecine en 2022 (de 13 à 10,5 %).

Tableau n° 4 : Part d'activité (en %) du centre hospitalier sur sa zone d'attractivité

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Part d'activité globale en médecine de l'établissement sur zone d'attractivité</i>	13	13,2	13	13,4	13	10,5
<i>Part d'activité des HCL</i>	45,2	44,8	45,3	45,7	45,2	46,5
<i>Part d'activité du CH de Vienne</i>	7,4	7,3	6,7	4,9	6,1	6,3
<i>Part d'activité globale de l'établissement en chirurgie sur zone d'attractivité</i>	2,7	4,3	3,9	3,3	4	3,6
<i>Part d'activité des HCL</i>	51,3	49,9	49,2	50	47,2	45,2
<i>Part d'activité du CH de la clinique Trénel</i>	11,8	11,6	12,2	12,6	12,7	11,7
<i>Part d'activité globale de l'établissement en obstétrique sur zone d'attractivité</i>	9,1	9,3	8,6	9	9,4	8,6
<i>Part d'activité des HCL</i>	27,1	27,1	27,8	28,5	28,6	30,3
<i>Part d'activité du CH de Vienne</i>	19,5	18,2	18,3	18,6	17,5	18,5

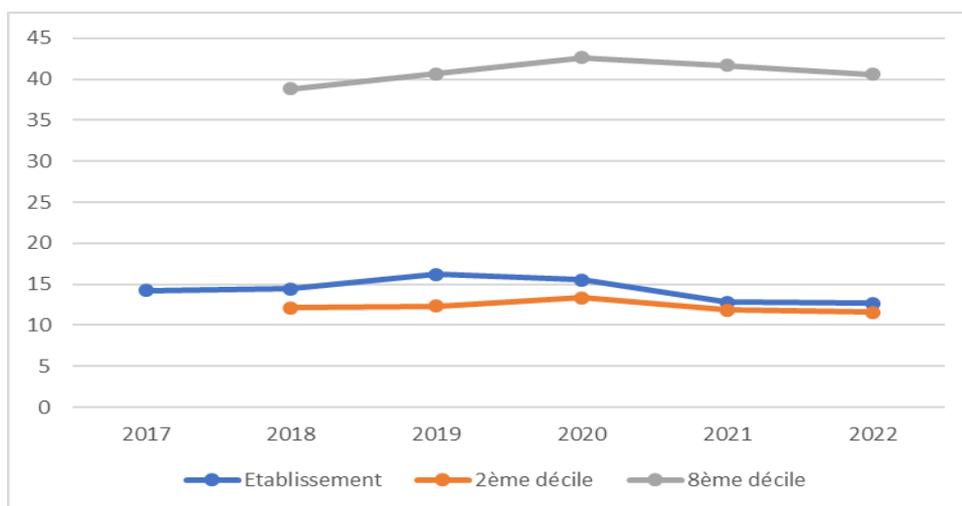
Source : hospidiag

²⁵ Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en médecine et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre séjours médicaux/ nombre habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine, les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement (définition hospidiag).

2.1.3 Une faible sévérité des pathologies

Le CH de Givors se situe dans le groupe des établissements qui traitent peu de pathologies d'un niveau de sévérité élevé. Il en traite d'ailleurs de moins en moins pendant la période sous revue.

Graphique n° 2 : Taux de sévérité 3 et 4 de l'établissement



Source :hospidiag

2.1.4 L'efficacité de l'activité

2.1.4.1 Des durées de séjours globalement satisfaisantes en chirurgie et obstétrique

L'indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) permet de comparer sur la base du « *casemix*²⁶ » 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 apparaît globalement satisfaisant en médecine et en obstétrique. Par contre, il se dégrade à compter de 2021 en chirurgie.

²⁶ 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).

Tableau n° 5 : Evolution de l'IP-DMS

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Médecine	0,986	0,989	0,967	1,01	1,003	1,041
<i>deuxième décile de la catégorie</i>	ND	0,954	0,947	0,952	0,954	0,959
<i>huitième décile de la catégorie</i>	ND	1,3	1,283	1,32	1,341	1,338
Chirurgie	1,013	0,965	0,976	0,995	1,059	1,138
<i>deuxième décile de la catégorie</i>	ND	0,957	0,954	0,905	0,962	0,946
<i>huitième décile de la catégorie</i>	ND	1,264	1,304	1,238	1,333	1,289
Obstétrique	0,853	0,859	0,866	0,862	0,853	0,892
<i>deuxième décile de la catégorie</i>	ND	0,927	0,927	0,898	0,909	0,919
<i>huitième décile de la catégorie</i>	ND	1,034	1,023	1,333	1,046	1,025

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

2.1.4.2 L'occupation des lits

Le nombre de lits ouverts est resté assez stable pendant la période sous revue, exceptée en médecine qui enregistre quelques fermetures de lits par manque de personnels. Cette diminution capacitaire perdurait encore en juin 2024²⁷.

Tableau n° 6 : Nombre de lits ouverts

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
MCO	83	83	84	83	81	80
<i>dont médecine (HC)</i>	60	60	60	60	59	56
<i>dont médecine (ambulatoire)</i>	4	4	5	5	5	5
<i>dont chirurgie (HC)</i>	5	5	5	5	4	5
<i>dont obstétrique (HC)</i>	14	14	14	14	14	14

Source : établissement.

Le taux d'occupation des lits ouverts en médecine et obstétrique n'appelle pas de remarque particulière.

Les cinq lits affectés à la chirurgie, sont quant à eux, quasiment vides de patients.

²⁷ Entretien de fin de contrôle avec l'actuel directrice du CH.

Tableau n° 7 : Taux d'occupation des lits ouverts

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>MCO - médecine</i>	91,6%	95%	93,4%	88,9%	90,4%	91%
<i>MCO - chirurgie</i>	6,2%	5,4%	5,0%	4,5%	4,5%	2,2%
<i>MCO - obstétrique</i>	83,2%	79,8%	74,8%	70,8%	80,6%	83,2%

Source : établissement

2.1.4.3 Un bloc opératoire toujours faiblement mobilisé

En l'absence d'autorisation de chirurgie depuis 2007, l'établissement ne déploie plus d'activité chirurgicale autre que celle en lien avec sa maternité, réalisant par ailleurs de la petite chirurgie (soins dentaires et cutanés notamment).

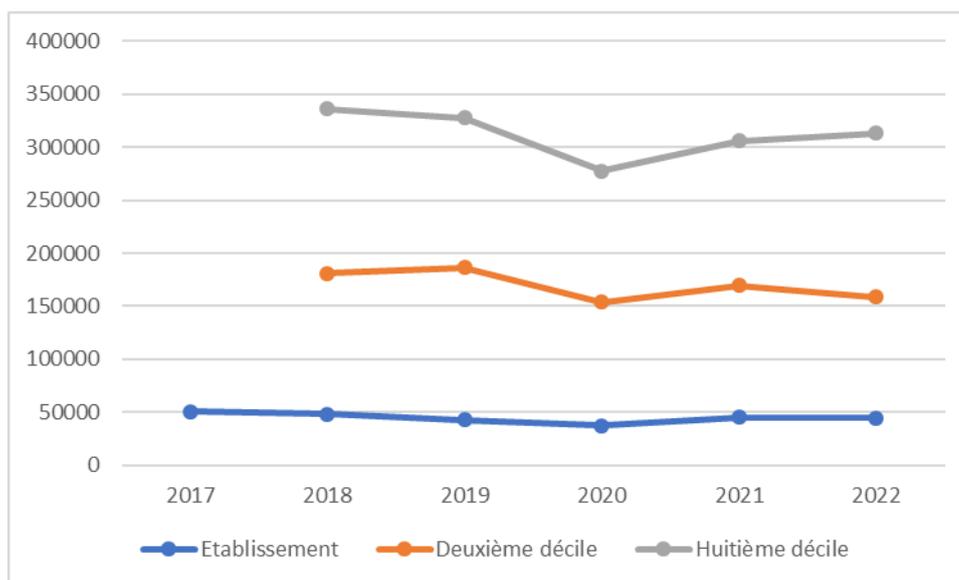
Le bloc opératoire comprend une salle d'endoscopie²⁸ et deux salles de chirurgie interventionnelle, dont l'une est réservée à l'activité chirurgicale programmée pour la petite chirurgie et l'autre à l'urgence obstétrique. Il dispose en outre d'une salle d'anesthésie locale et d'une salle de réveil.

Le nombre de points d'indice de coût relatif (ICR)²⁹, déterminé par salle d'intervention chirurgicale, permet de mesurer le niveau de mobilisation du plateau technique opératoire d'un établissement. Les données relatives au CH de Givors traduisent une sous-utilisation constante de son bloc opératoire. L'établissement déploie une activité chirurgicale marginale ; il ne comptabilisait ainsi que 44 414 ICR par salle d'intervention chirurgicale en 2022, ce qui le situe très loin du seuil des 20 % d'établissements de sa catégorie les moins performants (158 801 ICR).

²⁸ Fibroscopie bronchique et digestive.

²⁹ L'ICR correspond à l'unité d'œuvre comptable relative aux actes médicotechniques. Il indique la mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à la réalisation de chaque acte de la Classification commune des actes médicaux. L'ICR est qualifié de « relatif » dans la mesure où la réalisation d'un acte ayant un ICR de 200 consomme en moyenne deux fois plus de ressources que celle d'un acte dont l'ICR est de 100 (source : glossaire du portail Scansanté de l'ATIH).

Graphique n° 3 : Nombre d'ICR par salle d'intervention chirurgicale



Source : hospidiag

Un audit externe du bloc opératoire a été effectué en 2021 par une société spécialisée. Selon cet audit, le taux d'occupation du bloc (taux de performance³⁰), hors endoscopie, n'était en 2019 que de 28,6 %, pour une ouverture de 8 à 16 heures pour l'activité programmée et de 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les urgences obstétricales.

Depuis cet audit, l'établissement a été en mesure d'augmenter, à partir de 2021 (cf. supra), l'activité d'endoscopie qui a représenté (sur une salle) jusqu'à 52 % de l'activité du bloc opératoire en 2022 d'après le rapport d'activité 2022. Cette mobilisation accrue de la seule salle d'endoscopie ne permet pas, à elle seule, de résorber la sous-activité chronique du bloc.

Les conditions de fonctionnement du bloc opératoire sont par ailleurs fragiles du fait d'une ressource en personnels dédiés limitée.

L'effectif en infirmières de bloc opératoire (IBODE) était notamment jugé insuffisant pour couvrir les besoins en astreinte. Il l'était toujours au 5 juin 2023, d'après le rapport d'activité de l'exercice 2022, de 1,6 ETP réalisé sur 3,1 budgétés, d'autres spécialités (IADE³¹, IDE SSPI³², ASD du bloc d'endoscopie) s'avérant aussi en sous-effectif dans une moindre mesure.

L'audit relève que pour les césariennes d'urgence intervenant en période de fermeture du bloc, l'activité d'aide opératoire est effectuée par une sage-femme, contrevenant au principe d'exclusivité des activités des IBODE pour ce type d'actes (décret du 27 janvier 2015) ou d'IDE autorisés pour ce faire³³.

³⁰ Temps d'occupation du bloc opératoire par rapport au temps de mise à disposition.

³¹ Infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

³² Infirmière diplômé d'Etat (IDE) qui participe à la prise en charge des patients après un acte opératoire et assure la surveillance post-interventionnelle sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

³³ Mesures transitoires mises en place par décret et arrêté du 28 janvier 2019.

La chambre invite l'établissement à engager une réflexion dans le cadre du nouveau GHT sur la capacité de son bloc opératoire tant en termes économiques que d'activité. Un recentrage de la capacité du bloc sur sa seule activité obstétrique pourrait être envisagé. Le moyen et long séjour

2.2 Le moyen et long séjour

2.2.1 Le service de soins médicaux et de réadaptation : des fermetures de lits et une activité en baisse

Le manque de personnels a conduit l'établissement à réduire sa capacité d'accueil du service de soins médicaux et de réadaptation (SMR). La majeure partie des lits fermés correspond à l'activité SMR positionnée sur le plateau de « médecine ».

Le nombre de lits ouverts en SMR a significativement diminué. Par manque de personnel médical, l'établissement a été conduit à fermer une aile de SMR à compter du 26 avril 2021 jusqu'à mi-février 2022.

Tableau n° 8 : Nombre de lits et places installés et ouverts en SMR

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombre de lits et place installés</i>	49	49	49	49	49	49
<i>Nombre de lits et places ouverts</i>	46	46	48	47	30	36

Source : établissement

Le nombre de séjours de SMR s'inscrit en baisse, le nombre de séjours relatifs aux cinq lits « d'état végétatif chronique » (EVC) situés au sein du SMR ayant été divisé par quatre entre 2019 et 2022.

Tableau n° 9 : Nombre de journées d'hospitalisation/d'hébergement en SMR

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>SSR</i>	13157	13210	12876	11628	8911	10118
<i>dont EVC</i>	1 382	1 494	1 566	1 218	484	364

Source : établissement

Le taux d'occupation des lits du SMR par rapport aux lits ouverts est globalement convenable. Les cinq lits d'EVC ont été toutefois peu occupés³⁴ à partir de 2021. Une situation similaire avait été relevée lors du précédent contrôle de la chambre. L'établissement a expliqué cette situation par l'absence de médecin spécialiste en médecine physique de réadaptation

³⁴ Quatre lits d'EVC sont restés inoccupés à compter du mois d'avril 2021 selon les précisions apportées par le rapport sur le compte financier de cet exercice.

(MPR)³⁵. Un travail de partenariat a été engagé avec le CH de Sainte-Foy l'Argentière qui a conduit à une admission supplémentaire, portant en 2023 l'occupation de lits à un sur les cinq.

Tableau n° 10 : Taux d'occupation par rapport au nombre de lits ouverts en SMR

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
SSR	77,7 %	78,1 %	73,0 %	68,2 %	80,4 %	77,5 %
Dont EVC	75,7 %	81,9 %	85,8 %	66,6 %	26,5 %	19,9 %

Source : établissement

2.2.2 L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le nombre de journées d'hospitalisations en EHPAD s'inscrit en diminution, malgré un rebond en 2022 après la crise sanitaire liée à la Covid 19.

Tableau n° 11 : Nombre de journées d'hospitalisation/d'hébergement en EHPAD

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
EHPAD	66 904	66 61	66 680	66 792	61 925	64 878

Source : établissement

Le taux d'occupation a diminué en 2021 sous l'effet de la seconde vague de la crise sanitaire, avec un taux de contamination et de décès élevé. L'EHPAD n'a ensuite pas retrouvé son taux d'occupation d'avant crise.

Tableau n° 12 : Taux d'occupation de l'EHPAD

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
EHPAD	97,5 %	97,1 %	97,2 %	97,1 %	90,2 %	94,5 %

Source : établissement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'offre de soins du CH de Givors, qui est adaptée à la pénurie de médecine de ville du bassin de vie, est fragilisée par son attractivité limitée en médecine et en obstétrique du fait de la proximité des HCL et de la concurrence, dans une moindre mesure, du CH de Vienne.

Par manque de personnels, sa capacité en lits a été ajustée à la baisse en médecine et surtout en soins médicaux et de réadaptation.

Son activité en chirurgie est très réduite en l'absence d'autorisation en chirurgie depuis 2007. Son bloc opératoire reste faiblement utilisé et de ce fait coûteux, malgré la progression

³⁵ Un médecin a été formé dans l'établissement mais a quitté celui-ci à l'issue de sa formation.

récente de l'activité d'endoscopie en lien avec les HCL. Une réflexion doit donc être engagée rapidement dans le cadre du groupement hospitalier de territoire en lien avec la tutelle sur la capacité du bloc en termes économiques et d'activité de manière à dégager une solution viable et pérenne.

3 LES URGENCES

3.1 L'environnement médical du CH de Givors

3.1.1 Le rôle actif de la communauté professionnelle de territoire de santé

De création récente, les communautés professionnelles des territoires de santé (CPTS) ont notamment pour ambition de réduire le nombre de patients sans médecin traitant sur leur territoire³⁶.

Autour du CH de Givors, la CTPS des côteaux rhodaniens, créée le 29 août 2022, couvre une population de 69 497 habitants. Elle regroupe 86 professionnels de santé dont 17 médecins généralistes.

Un projet porté par cette CTPS a permis d'ouvrir à l'été 2023 une structure médicale spécifique à Grigny³⁷ consécutivement au départ du dernier médecin généraliste de la commune. Il s'agit d'une maison de santé qui rassemble 16 généralistes appartenant à la communauté professionnelle de santé locale. Elle accueille aussi des kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, ostéopathes.

Par ailleurs, une maison pluridisciplinaire de santé³⁸ dont la construction a été portée par la commune de Givors a finalement ouvert le 12 février 2023.

Enfin, un centre de consultation non programmé est disponible sur la commune de Givors (permanence Rhône Sud). Il fonctionne avec des médecins libéraux adhérents à la CPTS des côteaux rhodaniens du lundi au dimanche, de 9 à 23 heures. Le centre se présente comme

³⁶ Les CPTS ont été instituées par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé et sont codifiées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique. Composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'un ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou de second recours et d'acteurs médicosociaux et sociaux, les CPTS peuvent être constituées à l'initiative des professionnels de santé selon l'article L. 1434-12 du code de la santé publique pour : « ...assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé... ». Dans le département du Rhône, 16 CPTS étaient conventionnées fin septembre 2022 avec l'ARS et l'assurance maladie selon l'ARS (communiqué de presse du 30 septembre 2022).

³⁷ Article 51 de la loi n°2017-1386 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

³⁸ La maison de santé est partie intégrante d'un pôle de santé aménagé sur son lieu d'implantation et regroupe, dans le cadre d'une structure interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), 6 médecins généralistes, 3 orthophonistes, 1 sage-femme et 4 infirmières (tous issus du territoire givordin ou de son bassin de vie). Si la SISA a été créée avant la CPTS, elle travaille toutefois en collaboration avec cette dernière (certains médecins de la SISA étant par ailleurs membres de la CPTS). Source : commune de Givors.

un centre médical de soins urgents et petites traumatologies. Ce centre n'a pas débauché de personnel médical du CH de Givors, à l'exception notable d'un urgentiste (dans le cadre d'un temps partagé avec le CH) selon les précisions apportées par un ancien ordonnateur.

Dans un contexte marqué par la pénurie de la médecine de ville (cf. infra), la CPTS joue ainsi un rôle actif et non négligeable par son implication dans le fonctionnement de diverses structures collectives de santé du bassin de vie.

3.1.2 La permanence des soins de la maison médicale de Brignais

La plupart des secteurs de permanence des soins ambulatoires (PDSA, cf. annexe 1) dans le Rhône sont implantés autour d'une maison médicale de garde, surtout dans la couronne Lyonnaise³⁹. Une maison médicale de garde est implantée à Brignais⁴⁰ (distante de 13 kilomètres et moins de 20 minutes du centre hospitalier de Givors) et non dans l'enceinte de l'établissement. Elle regroupe des médecins membres de l'association des médecins de garde du sud-ouest Lyonnais.

En ce qui concerne la métropole de Lyon, SOS médecin est le seul effecteur⁴¹ de minuit à 8 heures hors les communes de Givors, Grigny et Lissieux⁴². Sur ces trois communes, la régulation médicale fait intervenir la garde ambulancière, le SDMIS⁴³ et le SMUR⁴⁴.

3.1.3 L'offre de soins non programmés urgente

Il n'existe pas de structure d'offre de soins non programmés hospitalière dans le bassin de vie de Givors. La clinique Trénel de Sainte Colombes accueille des patients sur rendez-vous en traumatologie⁴⁵.

Le CH de Givors est le seul établissement de santé du bassin à intervenir en matière de médecine d'urgence.

L'offre de soins alternative la plus proche, dans cette discipline, est assurée par les centres hospitaliers de Vienne et Lyon Sud, situés par l'autoroute à une vingtaine de kilomètres.

³⁹ Il existe encore selon le CHG quelques médecins effecteurs isolés de garde. Sur le secteur du Rhône et de la métropole de Lyon, 11 maisons médicales sont mobilisées suivant les horaires définis par le cahier des charges de la PDSA de l'ARS (2019) dont cinq à Lyon intra-muros et quatre au sein de la métropole de Lyon (Vénissieux, Décines-Meyzieu, Villeurbanne et maison médicale du Sud-Ouest Lyonnais à Brignais).

⁴⁰ Elle est ouverte du lundi au vendredi de 20 heures à 22 heures, le samedi après-midi de 12 heures à 22 heures et les dimanche/jours fériés de 8 heures à 22 heures. Ouverte depuis le 19 mai 2014 (source : site de la commune de Brignais).

⁴¹ L'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) repose sur une régulation médicale des appels. Cette régulation permet d'orienter chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert et, si nécessaire, de solliciter un médecin de garde dit "effecteur".

⁴² La permanence des soins s'arrête à Vernaison.

⁴³ Service départemental métropolitain d'incendie et de secours.

⁴⁴ Structure mobile d'urgence et de réanimation.

⁴⁵ Ouverture du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures 30 et le samedi de 9 heures à 12 h 30. Source : site de l'établissement. Selon son site, la clinique réalise sur une année plus de 13 000 chirurgies, 1800 endoscopies, 2200 chimiothérapies et plus de 4 000 actes dans son service de soins externes. Son activité chirurgicale est développée (chirurgie digestive, urologique, vasculaire, gynécologique et esthétique). Elle accueille 9000 nouveaux patients par an.

3.2 La fermeture partielle des urgences

Le CH de Vienne a dans le même temps été conduit à suspendre provisoirement l'activité de son SMUR alors que les liens avec les urgences du CH de Givors devaient être renforcées dans le cadre du projet médical commun qui n'a pas prospéré (cf. supra).

En 2021, deux arrêts de travail, une démission d'un praticien nouvellement recruté et le souhait du personnel médical concerné de ne plus réaliser de temps de travail additionnel (TTA) ont rendu le maintien de l'organisation en place impossible dans les conditions posées par les praticiens, à savoir deux praticiens (urgentistes seniors) par nuit dans un contexte où les urgentistes assurent la permanence des soins de l'établissement, la faible activité de nuit ne nécessitait en réalité que la présence d'un seul praticien.

Signe d'un service sous tension, les dépenses de remplacement (recours à des praticiens attachés et praticiens contractuels) sont passés de 75 k€ en 2017 à 174 k€ en 2019, 547 k€ en 2020 et 482 k€ en 2021. Elles se situent toujours à hauteur de 215 k€ en 2022 malgré la fermeture du SAU la nuit. L'établissement a sollicité l'intervention des praticiens attachés⁴⁶ et praticiens contractuels comme remplaçants dans le cadre de contrats qualifiés « *de gré à gré* ». L'établissement indique ne pas avoir fait appel à l'intérim concernant le SAU à la suite des dispositions de la loi du 19 mai 2023 (dite loi Rist).

Le service est assuré par des praticiens titulaires ou contractuels à temps partiels, parfois sur de faibles volumes de temps de travail. Un seul PH à temps plein inscrit à l'ordre permet d'assurer la continuité des gardes. L'équipe médicale ainsi fragmentée s'avère donc être une source d'instabilité et de discontinuité du service.

Dans ce contexte, si la formalisation de l'organisation n'a pas suscité de critique de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁴⁷, l'absence de fiches de postes pour les médecins peut être relevé⁴⁸. Leur élaboration serait souhaitable compte tenu du turn-over des médecins intervenant au SAU.

Avant la fermeture, deux urgentistes seniors étaient présents 24 heures sur 24.

Les difficultés de recrutement médical ont conduit l'établissement, depuis la fermeture du SAU en soirée et nuit, à chercher en journée des profils moins expérimentés (surtout médecins sous statut faisant fonction d'interne⁴⁹ (FFI)), en deuxième ligne, sous la responsabilité d'un urgentiste. Après la fermeture partielle, l'établissement est passé à trois praticiens le jour (un senior et deux FFI) et un la nuit (un senior). Cependant, le CH de Givors

⁴⁶ Aux termes de l'article R. 6152-602 du code de la santé publique, pouvaient être recrutés comme praticiens attachés les médecins qui remplissent les conditions légales d'exercice de leur profession (notamment celles relatives à leur inscription au tableau de l'Ordre prévues à l'article L 4112-1 du code de la santé publique). Le recrutement initial était prévu pour une durée d'un an, un ou plusieurs renouvellements du contrat initial était possible pour une durée totale d'engagement ne pouvant excéder 24 mois. A l'issue de la période de 24 mois, un renouvellement était conclu pour une période de trois ans par décision expresse du directeur de l'établissement.

⁴⁷ Dans son dernier rapport de certification en septembre 2019, la haute autorité de santé HAS a relevé « *que les procédures sont identifiées, formalisées et intégrées à la gestion de la ressource documentaire de l'établissement* ».

⁴⁸ Des fiches de poste ont été établies pour les cadres de santé, ASD et IDE, la secrétaire médicale.

⁴⁹ Il s'agit en l'espèce de médecins qui ont obtenu un diplôme hors Union Européenne (UE) souhaitant exercer en France et qui se sont engagés dans un parcours d'obtention d'une autorisation d'exercice médical en France.

peine à conserver les FFI, soit qu'il ne souhaite pas les reconduire, soit que ces praticiens partent pour de meilleures rémunérations ou pour réaliser leur parcours de consolidation de carrière (PCC).

En raison de l'existence de lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), l'effectif paramédical a été maintenu ainsi qu'une ligne d'urgentistes compte tenu de la permanence des soins nécessaire sur le CH et l'EHPAD.

La présence persistante d'un praticien la nuit malgré la fermeture de nuit s'explique par le fait que le CH de Givors fait assurer la permanence des soins de ses services de médecine par les médecins des urgences.

Il est notable que l'établissement ne bénéficie plus d'internes au SAU après 2018, ce qui est préjudiciable par rapport à d'autres établissements au fonctionnement des urgences dans un contexte de pénurie médicale. L'établissement indique avoir perdu la présence d'internes lors de la réforme des études du 3^{ème} cycle de médecine général qui a conduit, selon lui, à plus d'internes en médecine de ville et moins dans les hôpitaux, ainsi qu'à plus d'internes dans les CHU au détriment des hôpitaux périphériques⁵⁰. L'établissement a indiqué que les demandes exprimées dans le cadre du GHT sont restées vaines. Pour tenter d'attirer des internes, l'établissement a mis à leur disposition pendant la période sous revue des chambres d'internat.

Les praticiens mis à disposition par les HCL depuis 2023 constituent un apport appréciable mais encore modeste. Un praticien hospitalier a été mis à disposition à 20 % depuis le mois de février 2023 dans le cadre de la prime d'exercice territorial, un médecin sous statut FFI partagé a pris ses fonctions en septembre 2023 et un praticien réalise son parcours de consolidation de carrière (PCC) à 50 % sur chacun des sites depuis septembre 2023.

La mise en œuvre de la loi du 19 mai 2023 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (loi « Rist ») s'est traduite en 2023 par le recrutement de sept contrats de motif 2 prévu par le 2^o de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique, conduisant à ce que l'ensemble du personnel sous contrat relève de ce statut⁵¹ ou de celui de faisant-fonction d'interne. Aucun praticien de motif 2 ne s'est projeté sur un statut de praticien hospitalier selon l'établissement. Les contrats qui ont été signés par l'établissement au sein du SAU apparaissent réguliers. Ils permettent de stabiliser quelque peu l'effectif médical. Depuis le recrutement des contrats de motif 2 en 2024, il y a à nouveau un deuxième senior en journée selon l'établissement.

L'effectif actualisé du personnel médical du SAU représentait 9,6 ETP au 16 janvier 2023.

L'instabilité de la gouvernance du SAU constitue un autre paramètre qui a conduit à la fermeture partielle du service. Le poste de chef des urgences a été vacant de septembre 2019 jusqu'au 1^{er} janvier 2021. Il l'est à nouveau depuis le 6 janvier 2023 après avoir été occupé par un ancien praticien hospitalier de l'établissement, chef de service de médecine qui a sollicité une disponibilité. Afin de pallier le déficit d'encadrement du SAU, diverses réunions de travail

⁵⁰ L'établissement a précisé que ces stages de médecine polyvalentes et gériatriques donnaient pourtant entièrement satisfaction aux internes.

⁵¹ 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).

ont été mises en place par la direction. Un comité de pilotage a été constitué et s'est réuni régulièrement durant l'année 2022 afin de tenter de mettre en œuvre un projet fédérateur pour le SAU. Celui-ci n'a pas vu le jour.

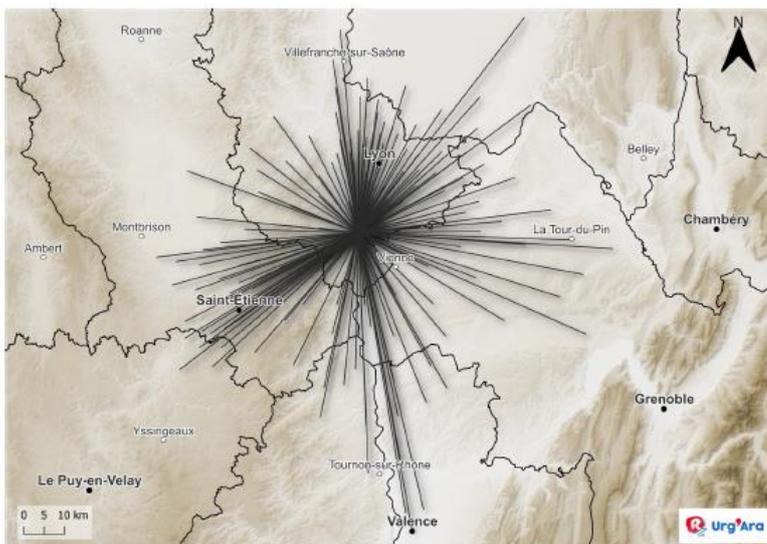
3.3 L'activité des urgences

3.3.1 Le profil des patients

Les patients se présentant aux urgences du CH de Givors proviennent quasi exclusivement des communes de Givors et de Grigny.

Les patients domiciliés à moins d'une heure de route représentent 97 % des patients du CH de Givors⁵².

Carte n° 1 : Provenance des patients

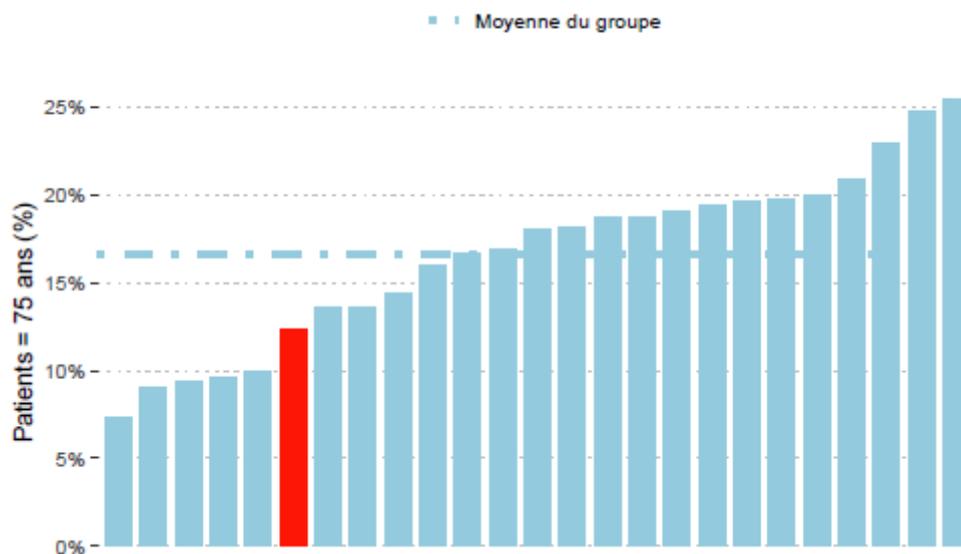


Source : carte oursin, rapport de l'ORU 2022.

Le SAU reçoit une part de population âgée plus faible que la moyenne des établissements comparables. Le nombre de patients âgés de plus de 75 ans était en 2022 de 12,4 % contre 16,6 % pour les établissements de référence.

⁵² Selon le rapport de l'ORU 2022.

Graphique n° 4 : Proportion de passages aux urgences du CH qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans (en rouge) – données 2022



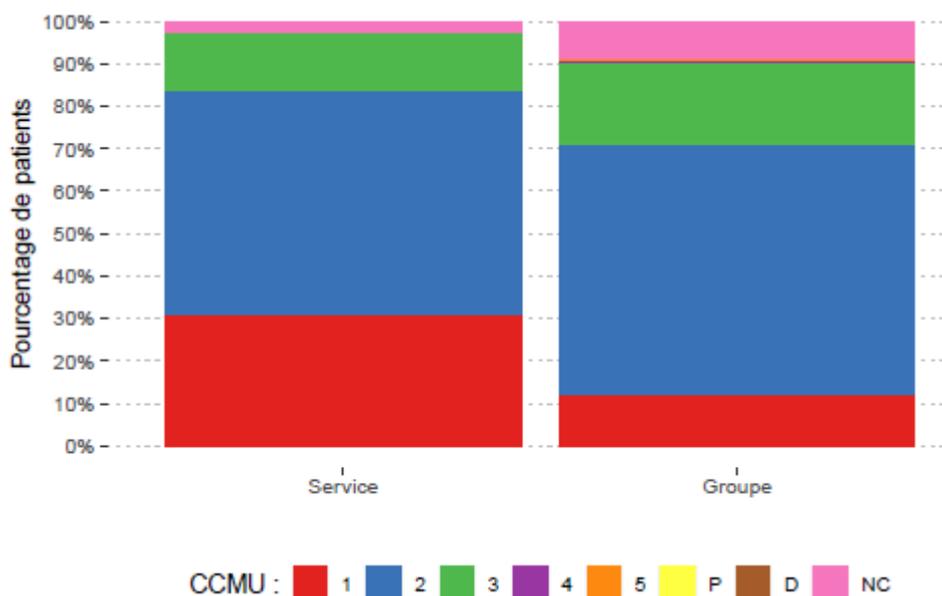
Source : Données de l'ORU fournies par le CH. Les barres bleues correspondent à la proportion de passages aux urgences qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans dans les autres structures de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publiques et privées, enregistrant moins de 20 000 passages par an

3.3.2 Un faible degré de gravité des cas traités

Le nombre de cas pouvant être considérés d'une faible gravité est supérieur en 2022 à la moyenne des établissements de l'échantillon de l'ORU, par référence à la classification clinique des malades aux urgences (CCMU⁵³). Il est de 83,8 % (soit 31 % pour les CCMU 1 et 52,8 % pour les CCMU2) contre 71 % pour les établissements du même échantillon (12,2 % pour les CCMU1, 58,8 % pour les CCMU2).

⁵³ CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences. CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate. CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation. CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Graphique n° 5 : Répartition des passages selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) – données 2022



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

La part des diagnostics principaux hors traumatologie (62,3 % des diagnostics) est plus marquée en 2022 que la moyenne des établissements de l'ORU (50,8 %). Les cas d'entorses sont les plus représentés au CH de Givors en traumatologie d'après les données fournies par le médecin d'information médicale (DIM).

3.3.3 Une activité sensiblement affectée par la fermeture partielle des urgences

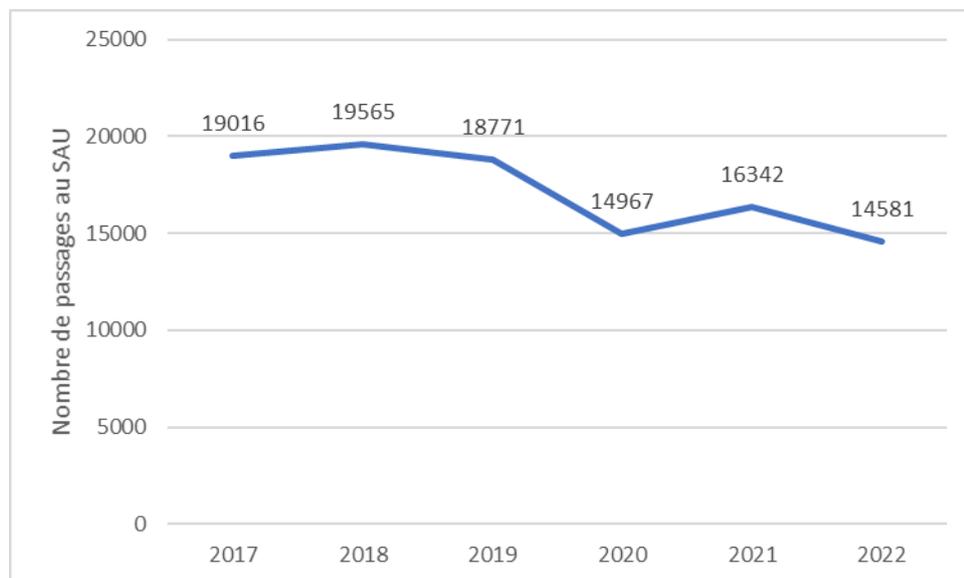
La crise sanitaire liée à la Covid 19 est à l'origine d'un net décrochage en 2020 du nombre de passage aux urgences.

Celui-ci n'est ensuite pas revenu au niveau d'avant crise du fait des mesures de fermeture partielle.

L'activité n'aurait vraisemblablement pas augmenté si le SAU était resté ouvert 24 heures sur 24. La fermeture partielle n'a eu qu'un impact limité sur l'exercice 2021 dans la mesure où elle n'est intervenue que fin octobre. L'activité serait restée en 2022 à un niveau proche de 2019, si le SAU était resté ouvert 24 heures sur 24⁵⁴.

⁵⁴ À partir des statistiques disponibles par tranche horaire produites par le médecin DIM, une estimation du nombre de passage au SAU dans les conditions d'ouverture de l'exercice 2022 a été estimée (hypothèses retenues : fermetures de 20 heures à 8 heures sur cinq mois puis fermeture de minuit sur sept mois) pour les exercices qui ont précédé la crise sanitaire. En neutralisant les passages sur les tranches horaires 20-0h et 0h-8h le nombre de passages au SAU serait de l'ordre de 15 000 en 2017, 15 500 en 2018 et 14 700 en 2019 contre 14 581 en 2022.

Graphique n° 6 : Évolution du nombre de passages aux urgences



Source : CRC à partir des données ORU

3.3.4 Un faible taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation était en 2022 de 11,6 % contre une moyenne de 17,2 % pour les établissements comparables de l'échantillon de l'ORU.

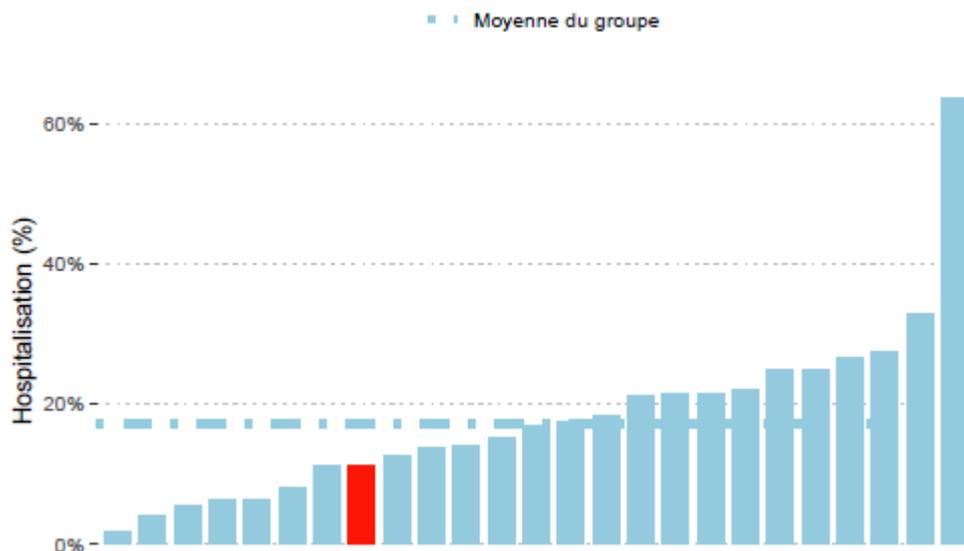
Tableau n° 13 : Hospitalisations suite aux passages aux urgences

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombre de passages</i>	19 016	19 565	18 771	14 967	16 342	14 581
<i>Nombre d'hospitalisation</i>	2 112	2 241	2 401	2 251	2 314	1 697
<i>Taux d'hospitalisation</i>	11,1 %	11,5 %	12,8 %	15,0 %	14,2 %	11,6 %

Source : Données DIM pour le nombre de passages aux urgences, données tirées de la facturation pour le nombre d'hospitalisations.

Le nombre de passage aux urgences sur la tranche horaire 20 heures-minuit est de l'ordre de 15 % d'après les données du médecin DIM, il est de 10 % sur la tranche 0-8 heures. Le tableau de bord 2019 de l'établissement corrobore ces données, estimant les passages aux urgences entre 8 h et 20 heures représentent 75 % des passages.

Graphique n° 7 : Taux d'hospitalisation après passage aux urgences (en rouge)



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

3.3.5 L'hospitalisation au sein de l'UHCD

Selon son règlement intérieur, l'UHCD « permet de se donner le temps nécessaire pour optimiser une hypothèse diagnostique afin d'orienter le patient vers l'unité relevant de sa spécialité ou la plus adaptée à son état ». C'est une unité d'hospitalisation et de surveillance, dont la durée moyenne de séjour doit être la plus courte possible, inférieure à 24 h « dans l'idéal ». Cette unité n'est pas une unité de réanimation ou de soins intensifs mais une unité d'observation continue avec des possibilités de monitoring de sécurité. S'il s'insère en pratique au sein des locaux du SAU, l'UHCD ne constitue pas au sens strict une unité des urgences, mais une unité d'hospitalisation.

L'établissement dispose de trois lits d'UHCD.

La proportion des patients hospitalisés affectés en UHCD est de 63 % pendant la période sous revue.

Tableau n° 14 : Affectation des patients dans le cadre d'une hospitalisation

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
TOTAL PATIENTS AFFECTES EN UHCD	1228	1324	1578	1524	1587	1036
TOTAL DES PATIENTS HOSPITALISES	2112	2241	2401	2251	2330	1697
PART DES PATIENTS AFFECTES EN UHCD	58 %	59 %	66 %	68 %	68 %	61 %

Source : établissement, à partir des données de facturation

Dans près d'un cas sur deux, la sortie de l'UHCD se traduit par un retour au domicile ou en maison de retraite. Pour le reste, 26 % des patients ont fait l'objet d'un transfert interne vers une unité de court séjour (notamment en unité de médecine pour 19 % du total des patients transférés). Les transferts externes vers d'autres établissements représentent 23 % des sorties d'UHCD.

Tableau n° 15 : Répartition des sorties d'UHCD

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Domicile ou maison de retraite</i>	602	668	776	803	826	487
<i>Transfert externe</i>	270	241	381	331	367	245
<i>Décès</i>	5	5	7	10	6	11
<i>Mutation interne</i>	351	410	414	380	388	293
<i>dont médecine</i>	264	344	329	315	296	209
<i>Dont court séjour gériatrique</i>	81	70	80	62	89	82
<i>Dont suivi de grossesse</i>	2	1	3	1	1	1
<i>Dont chirurgie gynécologique</i>	4	5	2	2	2	1
<i>Total des affectations</i>	1228	1324	1578	1524	1587	1036

Source : établissement, à partir de la facturation

Les taux d'occupation ne sont précisés que dans les rapports d'activité des urgences des exercices 2021 et 2022. Cet indicateur est suivi par le cadre de santé (en l'absence de suivi de suivi par la direction des affaires financière et du département d'information médicale).

Sur la base des données disponibles, les taux d'occupation mensuels moyens ont été élevés en 2021 selon le rapport d'activité de cet exercice (jusqu'à 200 % au mois d'avril), ce que l'établissement a attribué dans son rapport d'activité à un manque de maîtrise des critères d'admission en UHCD par les nouveaux médecins.

Si les taux d'occupation correspondent à la capacité d'accueil de l'établissement en 2022, ils s'établissent à nouveau nettement au-dessus en 2023. Un autodiagnostic réalisé par l'établissement dans le cadre de la réalisation d'un projet de service pour le SAU relevait le caractère réduit de la capacité d'accueil de l'UHCD. L'établissement a précisé qu'en tout état de cause, une évolution du nombre de lits d'UHCD n'était pas envisageable dans la configuration des locaux actuels.

Tableau n° 16 : Taux d'occupation de l'UHCD de 2021 à 2023

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2021	Nbre	145	137	160	181	152	146	149	111	151	99	68	87
	Taux	153 %	163 %	170 %	200 %	173 %	160 %	160 %	120 %	166 %	106 %	73 %	93 %
2022	Nbre	72	77	85	72	86	85	90	81	101	107	78	95
	Taux	77 %	93 %	91 %	80 %	92 %	92 %	96 %	86 %	113 %	116 %	86 %	100 %
2023	Nbre	100	84	82	79	137	130	100	111	127	146	122	148
	Taux	106 %	100 %	88 %	88 %	146 %	143 %	106 %	130 %	140 %	154 %	133 %	156 %

Source : rapports d'activité du SAU et réponse établissement.

3.4 Des locaux peu adaptés, bien que récents

La structure des urgences se compose d'une salle d'accueil, d'un box de déchoquage, cinq box de soins dont deux spécifiques pour les plaies, un box pour la réalisation des plâtres, une zone d'attente couchée et deux chambres d'UHCD (dont une chambre double séparée par une cloison mobile). Cette structure est partie intégrante du nouveau bâtiment sanitaire qui avait été inauguré en 2016.

L'autodiagnostic précité sur la structure des urgences réalisé au printemps 2021 dans le cadre de l'élaboration du projet de service relève que les locaux du SAU sont vieillissants et inadaptés aux nouvelles organisations : tri réalisé dans les couloirs, box encombrés par les placards, box de consultation non équipé pour les plaies.

La haute autorité de santé, dans son rapport de certification de 2019, avait relevé que la salle de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), exigüe, ne lui permettait pas d'effectuer son travail de tri et de priorisation, et ne lui permettait pas d'avoir une vision sur la salle d'attente des patients couchés et/ou debout. Selon l'actuelle directrice, le circuit patient devrait être idéalement revu.

Un projet de travaux avait été envisagé à la suite de la visite de la HAS. Les travaux devaient porter essentiellement sur le box de tri au détriment des zones d'attente. Ces travaux, selon l'établissement, « n'ont pas été réalisés faute de moyens financiers et de changement d'acteur pouvant garantir la pertinence du projet envisagé ».

3.5 Une ressource financière stable jusqu'en 2022 malgré la baisse de l'activité

La ressource financière affectée aux urgences toutes origines confondues, a progressé, malgré la diminution de l'activité, dans le cadre de la réforme du financement des urgences instaurant notamment à compter de 2021 une dotation socle populationnelle tenant compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins, sachant que ce dispositif

n'était pas stabilisé en 2022. Les recettes affectées au SAU peuvent être estimées à 1,7 M€ en 2022 contre 1,3 M€ en 2017.

La seule masse salariale du personnel non médical et du personnel médical affectés au SAU s'élève à 2,7 M€ en 2022. Elle excède largement les recettes propres du SAU (1,7 M€). Ce bilan n'intègre pas les autres coûts directs et les coûts indirects. L'établissement n'a pas établi de compte de résultat analytique (CREA) qui permettrait de retracer l'ensemble des coûts et recettes liés au fonctionnement des urgences. Il convient de préciser que l'appréciation purement comptable du coût net de fonctionnement des urgences est réductrice, si l'on considère que le SAU constitue une porte d'entrée pour l'établissement.

3.6 La régulation de l'activité des urgences

3.6.1 La régulation des flux de patients non programmés en amont des urgences

L'établissement traite de pathologies globalement peu graves et enregistre un faible taux d'hospitalisation. Certains de ces patients pourraient relever d'une prise en charge en ville ou d'une courte prise en charge hospitalière en évitant un passage aux urgences.

L'établissement a mis en place une coopération, encore naissante, avec la CPTS des côtes Rhodaniens. Il convient de la développer, conformément au projet médical. Les réunions qui s'effectuent au fil de l'eau doivent être institutionnalisées.

À l'actif de cette coopération, une convention de cardiologie a été signée le 25 septembre 2023.

Un projet de feuille dématérialisée d'admission aux urgences qui serait renseigné préalablement par les médecins libéraux est en cours de validation, ce qui constitue une initiative intéressante.

Un annuaire de l'offre de soins a été retravaillé et diffusé auprès de l'ensemble des médecins libéraux à l'occasion des premières réunions avec la CPTS⁵⁵. Le précédent annuaire avait été adressé directement aux médecins libéraux du secteur. Depuis cette première version, de nombreux départs médicaux sont intervenus sans remplacement, rendant rapidement caduque cette version de l'annuaire.

Il ressort de l'autodiagnostic du SAU effectué en 2021 par l'établissement que l'adressage par la médecine de ville est insuffisant. Cette appréciation n'est toutefois pas objectivée dans la mesure où l'établissement n'effectue pas de suivi statistique de cet adressage⁵⁶.

Dans le même ordre d'idées, l'indicateur du taux d'hospitalisation des personnes âgées sans passage aux urgences, prévu par le CPOM 2020-2024, n'a pas été suivi.

Un poste de « *bed manager* » a été mis en place au sein de l'établissement⁵⁷ à compter du 9 octobre 2023, et répond à un même numéro pour toutes les demandes d'hospitalisation

⁵⁵ Une version format flyer a été communiquée.

⁵⁶ Au surplus, les données documentant cette étude n'ont pu être produites par l'établissement.

⁵⁷ Le *bed manager* est l'ancienne IDEC de médecine.

MCO, la médecine polyvalente⁵⁸ et le court séjour gériatrique. Cette démarche n'a pas été étendue en l'état au service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) qui reste sous la gestion du cadre de service. L'objectif du « *bed manager* » est notamment de faciliter les admissions directes en lien avec la médecine de ville.

3.6.2 La régulation en aval des urgences hospitalières

L'établissement n'est pas confronté à des phénomènes structurels de saturation ou de tension des lits d'aval qui allongeraient de manière très préjudiciable les délais de passage aux urgences, même si les délais d'attente peuvent être allongés en journée⁵⁹. Il n'a pas été amené, pendant la période sous revue, à mettre en place des lits en surnuméraire. L'établissement doit au contraire se tourner vers la médecine libérale pour remplir « plus activement » les lits de son service de médecine. Selon l'établissement, le court-séjour gériatrique est connu des EHPAD du secteur de Givors et reçoit des appels réguliers de leur part, comme des médecins traitants, qui ont besoin d'évaluation gériatrique sans urgence absolue, ce qui permet de constituer une liste d'attente et d'effectuer des admissions programmées.

Pour autant, il n'a pas développé de projets spécifiques (SSIAD⁶⁰, développement de l'HAD⁶¹, hébergement temporaire en EHPAD...) qui permettrait de fluidifier l'aval des urgences et d'assurer un retour sécurisé, à domicile, notamment pour les personnes âgées.

3.7 La prise en charge et l'orientation des patients

3.7.1 Les modalités de prise en charge

Le circuit patient est classiquement organisé en filière longue et courte⁶².

L'établissement ne dispose pas de filières d'admissions spécifiques (seniors, enfants...). Selon l'établissement, des réflexions sont en cours mais tardent à se concrétiser du fait de l'absence de chef de service et de tension sur les effectifs médicaux.

L'établissement n'a pas développé de filières de prises en charge dès l'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA) qui permettrait d'éviter le passage aux urgences. Le développement de ces filières devrait constituer selon l'établissement un axe de travail sur l'exercice 2024.

⁵⁸ Au sein du service de médecine polyvalente, une IDE coordonnatrice, depuis 2015, répond de 8H30 à 16 heures 30. En dehors de ces heures, les médecins libéraux appellent le chef de service ou son adjointe.

⁵⁹ Les situations de véritables tensions sur les lits assimilables à des situations de crise ne concernent qu'un jour ou deux par an selon l'établissement.

⁶⁰ Services de soins infirmiers à domicile.

⁶¹ Hospitalisation à domicile.

⁶² Le médecin de la filière longue prend en charge les patients nécessitant une prise en charge prolongée avec des examens complémentaires. Le médecin de la filière courte traite les patients nécessitant une prise en charge rapide (traumatologie légère, pathologie relevant de la médecine de ville, ophtalmologie simple). A chaque filière est associé un binôme. Le tri des patients entre les deux filières est effectué par une IAO (recrutée en 2019) après prise en charge administrative. Du fait du manque de ressource médicale, l'établissement ne s'est jamais posé la question d'un médecin coordonnateur (choix de filière, niveau de priorisation, renvoi vers la permanence des soins, gestion des admissions vers l'aval).

L'établissement ne dispose pas en interne de numéros dédiés mais la possibilité de consulter des médecins spécialistes à temps plein ou temps partiel (douleurs et soins palliatif, hépato-gastro-entérologie, cardiologues, neurologue, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, ELSA). Si un médecin est présent le samedi matin en médecine polyvalente, il n'y a pas d'astreinte pour répondre aux demandes d'avis des urgentistes.

D'une manière générale, toutes les coopérations dans le cadre des urgences s'effectuent avec les HCL pour la plupart des soins urgents (réanimation, soins continus, chirurgie viscérale, biologie).

Le CH de Givors a accès à des hotlines des HCL (Rachis, neurochirurgie, AVC et endocrinologie). Il n'existe pas de « hotline » gériatrique sur le CH de Givors, car il existe au sein de la filière gériatrique portée par le CH Lyon Sud une « hotline » du lundi au vendredi, qui couvre les réponses des médecins libéraux du secteur, et qui peut aussi y déployer une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière.

D'une manière générale, l'autodiagnostic du SAU réalisé par l'établissement en 2021 relève un faible niveau de protocolisation des prises en charges. L'établissement a précisé qu'un travail régulier s'effectuait désormais avec le SAU du CH Lyon Sud en vue de protocolisations communes (chariot d'urgence en 2023 par exemple) et que ce travail devrait s'amplifier avec l'arrivée d'un nouveau chef de service, « *a fortiori dans l'hypothèse où le SAU du CH de Givors deviendrait une antenne du CH Lyon Sud* ».

L'établissement délivre aux urgences une information sur les différentes filières⁶³ du SAU, un livret d'accueil UHCD, ainsi qu'une information destinée aux accompagnants. Elle remet aussi un document de la CPTS des côtes rhodaniens permettant de solliciter un médecin traitant, ce qui apparaît de bonne pratique.

3.7.2 L'accès aux examens

Un accès facilité aux examens d'imagerie et de biologie pour les patients des urgences suppose de définir des protocoles spécifiques permettant de réduire les délais d'attente ou encore d'effectuer un travail sur la pertinence des prescriptions.

À cet égard, l'article D. 6124-24 du code de la santé publique prévoit un accès en permanence et « [...] *sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences : aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie ; aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale [...]* ».

Pour rappel, la réalisation des examens de biologie (B) est externalisée auprès du CH Lyon Sud. Un ancien directeur de l'établissement a précisé qu'un projet d'automate devant réaliser les examens urgents avait été envisagé sous son mandat. Les IRM sont confiées aux CH de Vienne. L'établissement peut effectuer des scanners en interne. Il effectue par ailleurs de la télé-radiologie compte tenu de la difficulté de recrutement de radiologues. Le délai d'interprétation est de 15 minutes après réception des images selon l'établissement ; il est respecté selon ce dernier qui est destinataire d'un suivi des délais de la part de son prestataire.

Il n'existe pas de suivi des délais de réalisation des IRM. La mise en place d'un accès privilégié à l'IRM du CH de Vienne a pour autant été demandée et obtenue par l'établissement.

⁶³ Urgences vitales, filière longue, filière courte.

Une procédure de demande d'urgence a été formalisée (avec trois types de délai : urgent, rapide (inférieur à huit jours) ou non urgent (date souhaitée à renseigner dans ce cas). Aucun délai n'est précisé pour le délai considéré comme urgent.

Le délai de réalisation des examens de biologie a été jugé pénalisant⁶⁴ par l'établissement lui-même, même si celui-ci n'a pas été en mesure de produire à la chambre un suivi des délais des examens de biologie⁶⁵ qui permettrait d'objectiver ce constat. Il n'a pas été mis en place de procédure formalisée définissant un accès priorisé du CH de Givors aux examens de biologie réalisés par les HCL pour les patients des urgences. A cet égard, si un avenant du 1^{er} janvier 2011 à la convention cadre historique de 2007 avec le CH Lyon Sud avait porté sur les conditions dans lesquelles le CH de Givors confiait des analyses aux HCL en matière de biologie médicale, il n'y avait pas été prévu de dispositions précises sur les délais liés aux urgences⁶⁶.

La chambre recommande donc au CH de Givors de prévoir contractuellement une priorité d'accès des urgences du CH de Givors aux examens biologiques réalisés par les hospices civils de Lyon.

Recommandation n° 3. Prévoir contractuellement une priorité d'accès des patients des urgences du CH de Givors aux examens biologiques réalisés par les hospices civils de Lyon.

3.7.3 La qualité de la prise en charge

3.7.3.1 Les temps d'attente

Le temps d'attente est le temps passé entre la prise en charge par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et la sortie du SAU⁶⁷.

En 2022, la durée de passage médiane dans le service d'urgence est supérieure à la moyenne des établissements comparables de l'ORU (moins de 3 heures), sans s'en écarter de manière véritablement significative (moins de 3h30). La durée d'attente médiane recouvre par ailleurs des situations très hétérogènes puisque selon les données produites par l'établissement, la médiane en cas d'hospitalisation est en 2022 de l'ordre de 6 heures, près de 25 % dépassant même les 8 heures dans cette hypothèse. Ce dernier chiffre peut surprendre compte tenu de l'absence de saturation des lits en aval (cf. infra).

⁶⁴ Par certains des anciens ordonnateurs de l'établissement et par l'autodiagnostic réalisé en 2021.

⁶⁵ « Selon l'établissement, une analyse rétrospective a été réalisée récemment mais les indicateurs doivent être affinés ».

⁶⁶ L'article 4 dispose seulement que « l'enregistrement des dossiers est conçu de telle façon que les analyses soient incluses dans les séries des hospices civils de Lyon pour être traités dans les délais optimaux et avec les meilleures techniques. L'article 5 dispose que les résultats très perturbés sont transmis par téléphone avec recueil de l'identité du correspondant ».

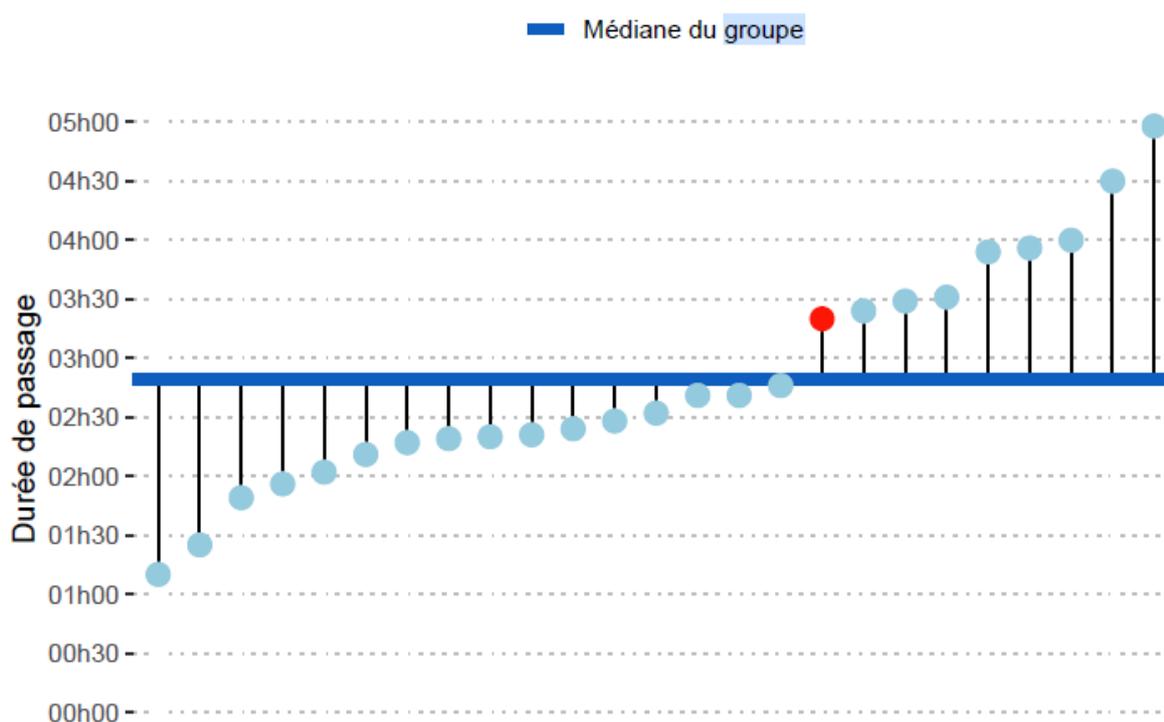
⁶⁷ Le temps passé en UHCD n'est pas pris en compte dans le calcul de la durée de passage. Les UHCD étant des unités d'hospitalisation, l'heure d'admission dans cette unité correspond, dans les RPU, à l'heure de sortie des urgences.

La durée médiane d'attente au SAU du CH de Givors s'inscrit en diminution puisqu'elle était égale à 4 heures ou plus de 4 heures sur les exercices précédents.

La durée d'attente est indiquée par une affichette renseignée à l'entrée par l'IAO et actualisée périodiquement.

L'établissement a réduit le nombre de patients partis du SAU sans soins. Ceux-ci sont passés de 766 en 2019 à 367 en 2023 selon ses données.

Graphique n° 8 : Durée de passage aux urgences



Source : ORU – données 2022

3.7.3.2 La qualité des soins

Selon l'article R. 1413-66-1 du code de la santé publique tel qu'issu du décret n°2019-1306 du 6 décembre 2019, « *Un événement indésirable associé aux soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciables* ».

Dans son guide de bonnes pratiques, la haute autorité de santé (HAS), définit un événement indésirable associé aux soins (EIAS) comme répondant aux critères⁶⁸ suivants :

- un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;

⁶⁸ Guide de bonnes pratiques « l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) » du 23 septembre 2021.

- qui a ou aurait pu avoir des conséquences sur le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un acte inattendu.

En outre, en fonction du niveau de gravité de l'évènement indésirable, il est possible de distinguer :

- un évènement porteur de risque (EPR) lorsque l'évènement indésirable n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) ;
- un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) selon l'article R. 1413-67 du code de la santé publique⁶⁹, lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. A noter que depuis le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, les EIGS doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire au directeur de l'agence régionale de santé (article R. 1413-68 du CSP).

L'établissement dispose des documents visant à susciter les déclarations d'évènements indésirables et à en faire l'analyse. Il a mis en place une charte de confiance (2020/ fin 2021) pour la déclaration des évènements indésirables. Il dispose d'un protocole de signalement et de gestion des évènements actualisé en 2023, distinguant les EI, EIAS, EIG. Un règlement intérieur a été défini pour les comités de retour d'expérience (CREX), de même qu'une fiche de procédure sur l'analyse des causes profondes.

Un comité d'analyse des risques se réunit hebdomadairement sous l'égide du comité de direction le lundi matin suite à un point de situation effectué par la garde de l'établissement. Le croisement entre les points effectués par la garde et les fiches d'évènements et d'incidents (FEI) déclarés permet selon l'établissement de s'assurer que les évènements ont bien été déclarés.

Il n'a été déclaré aucun EIGS concernant les urgences pendant la période sous revue.

L'établissement a effectué quatre CREX en 2022 et trois en 2023 concernant le SAU. L'entre deux eux concerne l'arrivée de patients en période de fermeture des urgences.

Les plaintes et réclamations qui concernent le SAU se situent entre deux et six par an selon les statistiques de l'établissement.

Les FEI déclarés concernant le SAU relèvent des situations ponctuelles de prise en charge dégradées à l'UHCD, des situations imputables au manque de personnel non médical (au SAU ou en aval) ou de personnel médical du SAU.

Pour le reste, des problématiques récurrentes d'incivilités et d'insécurité ressortent des FEI. L'établissement a une convention en cours avec le parquet de Lyon et la direction départementale de la sécurité publique du Rhône. Il dispose de neuf caméras au SAU qui permettent de visualiser ses locaux et ses accès. L'établissement a porté plainte 11 fois entre 2020 et 2023 pour des dégradations matérielles, des agressions matérielles et physiques.

⁶⁹ Issus du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

3.7.3.3 Les enquêtes de satisfactions réalisées

Le SAU réalise annuellement des enquêtes de satisfaction qui sont retracées dans les rapports d'activité du SAU. Le taux de participation a été faible lors des enquêtes réalisées jusqu'en 2020 (une soixantaine de questionnaires à exploiter comprenant par ailleurs des parties non renseignées). Les enquêtes réalisées en 2021 et 2022 l'ont été sur la base d'un nombre de retours des patients plus significatifs (respectivement 243 et 150).

Il ressort notamment du sondage réalisé en 2022 que 68 % sont très satisfaits ou satisfaits de la durée de l'attente aux urgences contre 32 % peu satisfaits et pas du tout satisfaits. 67 % sont très satisfaisants ou satisfaits de la clarté des consignes (contre 33 % peu satisfaits ou pas du tout satisfaits.) 76 % reviendraient dans le service s'ils devaient être à nouveau admis aux urgences (contre 24 % qui ne reviendraient pas).

3.8 Les orientations en cours

Le nouveau projet médical envisage de faire des urgences du CH de Givors une antenne des HCL telle que désormais autorisée par le décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 et notamment codifié à l'article R. 6123-8⁷⁰ du code de la santé publique. En l'état des textes, le CH de Givors est soumis à une décision du directeur général de l'ARS pour déroger à l'absence de SMUR au sein du SAU.

Le nouveau projet médical en cours 2023-2027 identifie des objectifs qui visent à pallier l'insuffisance de la ressource médicale au SAU et à fluidifier le parcours des patients :

- proposer une nouvelle répartition de la permanence des soins pour que celle-ci ne repose pas uniquement sur le SAU afin de la renforcer ;
- professionnaliser le « bed management » et le positionner à l'interface entre les établissements du GHT et les libéraux du territoire pour fluidifier et faciliter les parcours patients ;
- poursuivre le rapprochement actuel ville-hôpital avec les acteurs de la communauté professionnelle territoire de santé des côteaux rhodaniens ;
- accueillir à nouveau des internes et être identifié comme un parcours de consolidation des compétences pour les praticiens à diplôme hors UE (PADUE).

Les pistes envisagées s'inscrivent dans le bon sens sans trancher la question du devenir du service. Celui-ci s'assimile largement à un service de médecine générale au regard de son activité réduite, de la faible gravité des cas traités et de moyens d'intervention humains et techniques limités. Il appartient à la tutelle et au GHT de se poser la question de la pérennité du service, y compris sous la forme d'une antenne, ou d'une évolution de celui-ci pour répondre au besoin local de médecine générale.

⁷⁰ L'antenne de médecine d'urgence ne peut être autorisée dans un établissement qu'à la double condition (art. R 6123-6-1 CSP) : « 1°. *Que l'établissement soit titulaire de l'autorisation de faire fonctionner une SMUR sur le même site géographique ou s'il obtient simultanément cette autorisation ; 2°. De constituer ou de participer à une équipe commune avec un ou plusieurs établissements autorisés pour faire fonctionner une structure d'urgences ».* L'article prévoit cependant une possible dérogation à la première condition sur décision du DG ARS sous réserve que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population soit couvert.

Dans sa réponse, le directeur général des HCL, président du comité stratégique du GHT, indique que les orientations présentées par la chambre (...) « sont conformes aux réflexions menées dans le cadre des travaux d'élaboration du projet médical partagé du GHT Val Rhône Centre » (...).

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le service d'accueil des urgences intervient dans un contexte local de pénurie d'offre de médecine de ville. Dans ce contexte, la coopération qui a été initiée avec la communauté professionnelle des territoires de santé des côtes Rhodaniens doit être renforcée comme le prévoit le nouveau projet médico-soignant du CH de Givors.

Les cas traités aux urgences sont peu graves et le taux d'hospitalisation est faible. La durée moyenne de passage aux urgences était un peu supérieure à la moyenne des établissements de l'échantillon de l'observatoire régional des urgences en 2022, sans s'en écarter de manière significative.

Le CH de Givors a été amené à fermer partiellement son service des urgences par manque de personnel médical. L'équipe médicale reste fragile, étant relevé entre autres, l'absence préjudiciable d'internes au service d'accueil des urgences (SAU). Le recours aux contrats de motif 2 permet de disposer d'une équipe médicale un peu plus stable.

Le CH de Vienne, avec lequel il envisageait une coopération renforcée, a également dû adopter des mesures de régulation des passages aux urgences.

L'établissement envisage à présent de faire de son service des urgences une antenne des HCL dans le cadre du nouveau groupement hospitalier de territoire.

La question du maintien du SAU ou de son évolution vers un service répondant au besoin local de médecine générale, se pose au-delà de cette orientation.

4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le contrôle a porté sur les procédures mises en œuvre, l'évolution des effectifs (quantitativement et qualitativement) et la masse salariale, le temps de travail du personnel non médical, l'absentéisme et la permanence des soins. La régularité des rémunérations n'a pas été examinée.

L'établissement n'a pas disposé de direction des ressources humaines (DRH) de 2017 à début 2021, pour ce qui concerne la période sous revue. La fonction ressources humaines (RH) était jusqu'alors assuré directement par la direction générale de l'établissement. L'équipe RH a été par ailleurs profondément remaniée début 2022 avec le départ de la totalité de l'équipe historique de la DRH, présente depuis 5 à 10 ans (dont une partie vers les HCL).

Des fiches de postes ont été établies et actualisées en 2023 pour l'ensemble du personnel affecté à la gestion des ressources humaines.

La procédure de paie a été formalisée, diverses notes d'information existant par ailleurs. L'établissement a mis en place des procédures de recrutement. Il n'existe pas d'outil

proprement dit de gestion prévisionnelle des métiers et compétences⁷¹ (GPMC) même si l'établissement indique que le dialogue de gestion mensuel entre la DRH et la direction permet d'anticiper les vacances de postes sur les métiers en tension. L'établissement a produit des lignes directrices de gestion. Des guides sur la gestion du temps de travail du personnel non médical (PNM) et du personnel médical (PM) ont été mis en place (cf. infra) à la suite d'un audit de la gestion des ressources humaines effectué par un cabinet conseil.

L'établissement a été confronté à des conflits sociaux dans le contexte de la fermeture du service de nuit des urgences et de cet audit.

4.1 L'évolution des effectifs

4.1.1 Le personnel non médical : un effectif assez stable mais fragilisé

L'effectif du personnel non médical est globalement assez stable après un point bas en 2020 lors de la crise sanitaire. Il recouvre toutefois une baisse du nombre de titulaires et une hausse du nombre de personnels en contrats à durée indéterminée.

L'établissement rencontre comme d'autres des difficultés sur les métiers en tension : IBODE, IADE et EHPAD. De manière plus ponctuelle, l'établissement rencontre des difficultés de recrutement de sages-femmes, d'IDE et peut éprouver des difficultés périodiquement à trouver du personnel sur les horaires de nuit. Il a été mis fin en 2018 au pool de remplacement des absences pour les aides-soignantes de service hospitalier (ASH), aide-soignante diplômé (ASD) et infirmière diplômé d'Etat (IDE), avec intégration des membres du pool dans les effectifs de l'établissement.

Tableau n° 17 : Évolution de l'effectif du personnel non médical (tous budgets confondus)

<i>En ETP moyens sur l'année</i>	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Personnel administratif</i>	40,56	40,74	39,58	38,04	35,56	30,04
<i>Personnel soignant</i>	252,4	257,42	248,68	242,7	230,29	230,76
<i>Personnels médico-techniques</i>	17,6	16,63	14,49	14,39	14,26	14,82
<i>Personnel technique</i>	29,06	28,88	28,25	27,16	25,55	24,32
Total titulaires et stagiaires	339,62	343,67	331	322,29	305,66	299,94
<i>Personnel administratif</i>	1,81	3,99	3,79	3,76	3,58	7,18
<i>Personnel soignant</i>	6,47	8,06	12,11	20,58	17,86	49,12
<i>Personnels médico-techniques</i>	2	3,55	3,1	1,83	1,24	3,74
<i>Personnel technique</i>	6,05	7,7	7,3	8,1	8,72	12,36
Total CDI	16,33	23,3	26,3	34,27	31,4	72,4
<i>Personnel administratif</i>	4,92	6,37	5,55	5,16	7,39	11,03
<i>Personnel soignant</i>	70,85	69,59	63,17	53,01	73,29	54,1
<i>Personnels médico-techniques</i>	1,21	2,96	4,97	3,81	4,16	0,76
<i>Personnel technique</i>	11,71	13,26	11	9,13	11,36	11,86

⁷¹ Ce que relève un audit sur la gestion du temps de travail réalisé fin 2021.

<i>En ETP moyens sur l'année</i>	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total CDD	88,69	92,18	84,69	71,11	96,2	77,75
<i>Contrats soumis à disposition particulière</i>	7,88	2	0,05	0	0,88	0
Total PNM	452,52	461,15	442,04	427,67	434,14	450,09

Source : établissement – hors mises à disposition

4.1.2 Le personnel médical

L'effectif médical est en légère augmentation entre 2017 et 2022 (+7,7 %). Cette évolution recouvre toutefois une fragilisation d'ensemble de la composition du PM, qui se traduit par une nette diminution des praticiens hospitaliers statutaires⁷².

La quasi absence d'internes depuis plusieurs années est préjudiciable à l'établissement.

Les difficultés de recrutement du PM sont prégnantes sur la plupart des secteurs d'activité. Des postes d'urgentiste, d'obstétricien et d'anesthésiste sont vacants depuis de nombreuses années. L'établissement rencontre également des difficultés à recruter des médecins généralistes pour son service de médecine polyvalente. Les vacances de postes ont également été régulières sur le service de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Tableau n° 18 : Évolution de l'effectif du personnel médical (tous budgets confondus)

<i>En ETP moyens sur l'année</i>	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>PH tps plein et tps partiel</i>	27,04	29,47	25,53	22,64	21,67	20,9
<i>Attachés renouvelables de droit</i>	5,51	4,13	11,71	15,71	17,85	15,13
Total PM permanent	32,55	33,6	37,24	38,35	39,52	36,03
<i>Praticiens contractuels</i>	12,31	9,71	12,1	11,32	13,43	15,97
<i>Internes et étudiants</i>	4,84	3,63	3,38	0,16	1	1,53
Total PM non permanent	17,15	13,34	15,48	11,48	14,43	17,5
Total PM	49,7	46,94	52,72	49,83	53,95	53,53

Source : établissement

L'établissement est pénalisé par un déficit d'attractivité et sa proximité avec les HCL. La mise en place du GHT Val Rhône Santé alors que l'établissement avait précédemment noué une collaboration historique avec les HCL n'a pas été perçue favorablement par le corps médical. L'existence d'une maternité sans autorisation de bloc opératoire depuis 2007 doublée d'une activité réduite dudit bloc n'a pas non plus favorisé l'attractivité de l'établissement. D'après un ancien ordonnateur, les niveaux élevés de rémunération sous-tendus par certains recrutements ou prestataires (cliniciens, contrats de gré à gré, intérim...) ont pu être perçus négativement par les médecins statutaires. Celui-ci a convenu que les atouts (proximité avec Lyon, très forts besoins de santé du bassin de vie...) de l'établissement auraient sans doute gagné à être davantage mis en exergue.

⁷² Historiquement, l'établissement avait toujours deux internes de médecine générale en médecine polyvalente, un en court séjour gériatrique et des internes au SAU.

Dans ce contexte, le précédent rapport de la chambre invitait l'établissement à renforcer les recrutements médicaux en temps médical partagé, notamment avec les HCL (en application de la convention cadre de 2007).

Des démarches ont été engagées en ce sens, avec les HCL ou le CH de Vienne dans le cadre du précédent GHT. L'ancienne convention-cadre en vigueur avec les HCL est resté en vigueur (reconduction tacite) mais n'a plus été suivi contrairement à ce que prévoyait ses dispositions.

Des progrès non négligeables en termes de mutualisation des effectifs médicaux ont été enregistrés mais n'ont permis de sécuriser que très partiellement le recrutement médical de l'établissement.

Une convention-cadre de coopération avec le CH Lyon Sud et le CH de Vienne (sans objectif cible de mises à disposition) en anesthésie-réanimation a été mise en place le 18 février 2019. L'indicateur de suivi du taux d'intérim d'anesthésie prévu par le CPOM 2020-2024 dans le cadre du projet médical partagé Val Rhône santé n'a pas été établi, faute de suivi global du CPOM en question. L'apport n'est pas négligeable même si l'établissement reste encore dépendant de l'intérim. A titre d'exemple, sur le mois de juin 2024, il a été fait appel à deux intérimaires sur la première quinzaine de ce mois.

Un professeur des HCL assure la chefferie du service de gynécologie obstétrique du CH de Givors depuis le 1^{er} janvier 2020.

Une convention en cardiologie signée le 6 avril 2017 porte sur deux PH à temps partiel (à 50%) qui sont partagés avec l'hôpital de la Croix Rousse et le CH Lyon Sud (HCL).

Des conventions de mise à disposition permettent à l'établissement d'effectuer de la petite chirurgie (orale et maximo-faciale notamment).

Des mises à disposition en quotités limitées ont été mises en place en 2023 avec le CHLS pour le service d'accueil des urgences du CH de Givors. Selon l'établissement, des travaux ont été initiés avec le CH Lyon Sud et le CH de Vienne ; les échanges n'ont repris qu'à l'occasion des difficultés de recrutement médical qui ont conduit à la fermeture partielle en journée du SAU en octobre 2021. Le projet médical partagé Vienne Givors 2022-2026, qui n'a pas prospéré, avait pour objectif de traiter cette question selon l'établissement.

Par ailleurs, la prime de solidarité territoriale a produit des effets encore limités (effets surtout sur la pédiatrie, la gynécologie, mais une incidence marginale sur le SAU) de l'avis de l'établissement.

Comme l'établissement le relève lui-même, les conditions de mise à disposition avec les HCL sont parfois déséquilibrées.

4.2 La masse salariale

4.2.1 Des effectifs cibles partiellement actualisés

En 2019, une réflexion sur les effectifs cibles a été engagé suite à l'augmentation des effectifs dans les services, consécutive à l'intégration du pool de remplacement mais n'a pu aboutir, ce qui a conduit à reprendre les anciennes maquettes. La plupart des effectifs cibles n'ont pas été actualisés selon le précédent ordonnateur en fonction. Ceux du bloc (suite à l'audit

de bloc), des services SMR-P et de la médecine polyvalente (consécutivement à la fermeture de lits) l'ont toutefois été de manière à se conformer aux exigences réglementaires ou par suite des fermetures de lits pour la médecine.

Une démarche de formation des cadres et d'utilisation des outils de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (ANAP), portant sur la gestion des effectifs et du temps de travail au regard de l'activité, a été réalisée par l'établissement.

4.2.2 Une forte évolution de la masse salariale

Un véritable pilotage de la masse salariale n'a pu se mettre en place que progressivement. Le suivi de la masse salariale a d'abord été effectué par la seule directrice des affaires financières puis un pilotage a été confiée à la DRH en février 2021, avant la mise en place d'un suivi tripartite (DAF, DRH, direction des soins) à la rentrée 2023.

Après avoir été stable, l'évolution des charges de personnel (intérim et mises à disposition comprises) devient nettement plus soutenue, sous l'effet notamment des mesures nationales de revalorisation.

Tableau n° 19 : Évolution de la masse salariale (charges comprises) tous budgets confondus

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022	variation annuelle moyenne
Charges de personnels nettes	26 444 985	26 974 354	26 783 070	27 787 848	29 136 663	31 194 499	3,4 %
Variation annuelle		2,0 %	- 0,7 %	3,8 %	4,9 %	7,1 %	

Source : comptes financiers, retraitement CRC.

Les dépenses d'intérim ont diminué depuis 2019. Elles concernent quasi exclusivement le personnel médical (gynécologie-obstétrique et anesthésie) et diminuent notamment à la suite de la mise en place début 2019 d'une équipe territoriale d'anesthésie.

Tableau n° 20 : Évolution des dépenses d'intérim

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 6211 personnel intérimaire	377 983	343 431	151 155	44 105	59 308	161 889

Source : comptes financiers

Les charges de personnel qui résultent de mises à disposition d'autres établissements se situent à un niveau non négligeable (0,9 M€ en 2022) et sont en augmentation.

Tableau n° 21 : Évolution des dépenses consécutives aux mises à disposition

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 6215 personnel affecté à l'établissement	311 991	686 373	701 352	660 563	988 525	877 685

Source : comptes financiers

Les mesures nationales liées au Ségur de la santé ont eu une incidence financière, hors parcours professionnel, carrières et rémunérations (PPCR) non chiffré par l'établissement, de l'ordre de 1 M€ en 2020 à 1,5 M€ en 2022, selon une estimation effectuée par ce dernier. Dans un contexte de relative stabilité des effectifs, la forte évolution de la masse salariale du PNM trouve principalement son explication dans un effet prix. Subsidiatement, la hausse de l'absentéisme à compter de 2020 est à l'origine de dépenses de recrutement⁷³.

Tableau n° 22 : Impact financier des mesures à caractère national en € (hors PPCR)

	2020	2021	2022
Complément de traitement indemnitaire	242 351	1 194 153	1 263 348
Prime Covid	646 500		
Majoration heures supplémentaires	30 194	22 423	127 468
Prime grand âge	79 357	81 389	83 422
TOTAL	998 401	1 297 965	1 474 238

Source : établissement

4.3 Un taux d'absentéisme du personnel non médical élevé

L'absentéisme du PNM du CH de Givors, déjà conséquent en début de période sous revue, s'est sensiblement aggravé pendant la crise sanitaire et se maintient depuis à un haut niveau. La décrue entrevue en 2023 est à confirmer.

Le taux d'absentéisme se situe à un niveau plus élevé que celui des établissements de santé (hors CHU) qui était de 9,8 % en 2021.

Tableau n° 23 : Taux d'absentéisme du PNM

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PNM	11,2 %	10,6 %	14,1 %	14,2 %	15,7 %	13,3 %

Source : établissement.

⁷³ Le rapport sur les comptes financiers 2021 (page 17) relève que « une augmentation du recrutement contractuel particulièrement sur les aides-soignants, afin de revenir au niveau de 2019, après une importante baisse en 2020, et de compenser l'augmentation soutenue de l'absentéisme postérieure à la crise Covid ».

Un tableau détaillé de suivi de l'absentéisme est mis à jour mensuellement. Il détaille le taux d'absentéisme par secteurs, par corps de métier et par types d'absence. Les chiffres disponibles portent sur la période 2018-2023. Ce tableau est présenté devant les instances et suivi par une commission absentéisme de l'établissement, composée de la DRH, de la direction des soins, de représentants du personnel et du service de santé au travail. Cette commission a pour vocation de travailler à la réduction de l'absentéisme sur l'établissement et à la promotion de la qualité de vie au travail. Un conseiller en prévention des risques professionnels et en promotion de la qualité de vie au travail a par ailleurs été recruté (en 2023), poste financé dans le cadre de l'accord local Ségur, afin de travailler avec les acteurs sur ces sujets.

Le projet social 2023-2027 a fait de la lutte contre l'absentéisme, au travers de plusieurs axes de travail, un objectif central pour l'établissement. Compte tenu du fort taux d'absentéisme sur l'établissement, la question du maintien dans l'emploi a été priorisée par la DRH ces deux dernières années avec notamment :

- la nomination d'un référent handicap / maintien dans l'emploi au sein de la DRH, et sa formation sur certaines thématiques clés ;
- des réunions régulières de travail, a minima une fois par mois, entre le service de santé au travail, la DRH et la direction des soins ;
- une montée en compétence des agents de la DRH avec des actions de formation et l'appui de la référente régionale.

La lutte contre l'absentéisme constitue un réel levier d'action de l'établissement pour améliorer son fonctionnement et lui permettre de dégager des marges de manœuvre financières.

4.4 Le temps de travail du personnel non médical

L'établissement a signé un accord local du temps de travail le 24 janvier 2002 qui n'a pas été révisé pour prendre en compte la journée de solidarité (même si celle-ci est de fait prise en compte dans le calcul de l'obligation annuelle du temps de travail). Une renégociation de cet accord historique qui a été engagée en 2023, était toujours en cours à l'achèvement du contrôle de la chambre. Des tensions sociales se sont cristallisées lors du comité technique d'établissement (CTE) du 24 mars 2022 au cours duquel a été présenté un projet de guide du temps du temps de travail à la suite d'un audit externe présenté fin 2021.

L'audit présenté fin 2021 note en préambule que le dispositif de suivi qui était prévu dans l'accord local n'a jamais été activé.

Il relève que les jours conditionnels de congés sont systématiquement acquis au personnel⁷⁴, ce qui constitue une irrégularité. L'accord local devra être révisé sur ce point.

Il fait aussi le constat que l'organisation en cycle est laissée à l'initiative de chaque unité, « *exonérant la notion de contrôle* ». D'une manière générale, les procédures relatives à la gestion du temps de travail apparaissent peu formalisées.

⁷⁴ La durée des congés annuels est ainsi de 28 jours et non 25 jours. Selon l'accord, « *l'analyse des situations au cours des années précédentes montre en effet que la totalité des agents remplit les conditions de fractionnement et de périodicité (hors saison) pour entrer dans le cadre défini par la réglementation* ».

Les documents produits à la chambre (le guide et le guide simplifié pédagogique à l'adresse du personnel) ont été repris dans le logiciel de gestion du temps de travail (agilettime) aboutissant à une obligation annuelle du temps de travail inférieure à la durée légale.

Tableau n° 24 : Modalités de décompte du temps de travail (hors congés soumis à condition)

<i>En heures</i>	Agents à repos fixes	Agents à repos variables >10 dimanches JF par an	Agent repos variable >19 dimanches JF par an	Agents de nuits
<i>Règlementation</i>	1607 sauf pour certaines catégories de personnels	1582	1572	1476
<i>Fiche 1.2 OAT rédigée en 2022</i>	1589	1582	1568	1476
<i>Guide simplifié rédigé en 2023</i>	1582	1575	1561	1469,5

Source : établissement.

Par ailleurs, le temps de repas a été en pratique, au fil du temps, réintégré de manière systématique dans le temps de travail, alors que tel n'était pas le cas à l'origine consécutivement à l'accord historique⁷⁵. Ce point reste en débat entre l'établissement et les partenaires sociaux.

4.5 La permanence des soins : un dispositif qui reste surdimensionné

Dans son précédent rapport, la chambre avait relevé que, suite à un accident, l'astreinte de gynécologie avait été transformée en garde sur place en 2009 et que celle d'anesthésie l'avait été aussi en 2010, engendrant un surcoût, au-delà du non-respect des dispositions de l'article D. 6124-44 du code la santé publique⁷⁶. Une astreinte de chirurgie était par ailleurs exercée dans des conditions irrégulières.

⁷⁵ Selon l'accord local, le temps de repas, fixé à 20 minutes, est exclu du temps de travail effectif excepté lorsque l'agent doit demeurer à disposition du service.

⁷⁶ Aux termes de cet article : « Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ; - un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ;

- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité ».

Tableau n° 25 : Tableau de permanence des soins (mise à jour du 15 février 2022)

Services	Nombre de représentants	Modalités de la PDS
Gynécologie/obstétrique	1	Garde sur place
Pédiatrie	1	Astreinte
Anesthésie	1	Garde sur place
Imagerie	1	Télé-imagerie
Urgences	2	Garde sur place
Sage-femme	1	Garde sur place

Source : règlement intérieur

L'astreinte de chirurgie tenue par des médecins de Lyon pour les besoins de la maternité a finalement été supprimée en 2023 suites aux échanges intervenus en réunion de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), cette astreinte ayant été peu mobilisée et s'avérant en tout état de cause peu mobilisable.

L'établissement continue à déployer une garde en anesthésie et en gynécologie (alors qu'une astreinte est requise au regard de son activité). Selon l'établissement, les chefs de service concernés, qui auraient souhaité en sus la mise en place d'une garde IADE⁷⁷, entendent maintenir ce dispositif (délais de déplacement depuis les établissements voisins en cause).

Le SAU assurait la permanence des soins par le biais de deux gardes sur place malgré une faible activité nocturne puis une garde sur place après fermeture des urgences la nuit.

Dans ces conditions, le dispositif de permanence des soins demeure coûteux pour l'établissement⁷⁸. Il occasionnait ainsi en 2022 des dépenses deux fois supérieures aux recettes (dépenses de 517 746 € pour des recettes de 261 247 €).

L'établissement table notamment sur la mise à disposition des internes qui lui font défaut pour optimiser son dispositif de permanence des soins. L'évolution du dispositif constitue un objectif à part entière du projet médical en cours⁷⁹.

L'établissement a formalisé un contrat de COPS en 2017 et 2023. La COPS ne s'est pas réunie de manière régulière avant 2021 ; elle s'est tenue ensuite trois fois par an de 2021 à 2023.

La formalisation de contrats de temps de travail additionnel (TTA) pour les médecins concernés a été tardive. Selon l'établissement, peu de contrats TTA⁸⁰ étaient formalisés avant 2020. Le suivi du TTA n'a pas fait l'objet d'une présentation en COPS, hormis en novembre 2023, alors que le nombre de plages de TTA a nettement augmenté passant de 297 en 2017 à 420 en 2022.

⁷⁷ Infirmier ou infirmière anesthésiste diplômé(e) d'Etat.

⁷⁸ Dispositif financé par le CPOM. Une astreinte de maternité et une astreinte de gynécologie-obstétrique.

⁷⁹ Objectif n°2 du projet médical : Proposer une nouvelle répartition de la PDS au sein du CH pour que celle-ci ne repose pas uniquement sur le SAU afin de la renforcer.

⁸⁰ Une plage de TTA égale 10 heures, de jours ou de nuit.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'effectif du personnel médical et non médical est relativement stable, ce qui ne doit pas occulter une fragilisation de sa composition (moins de statutaires) et des difficultés de recrutement pour le personnel médical. L'établissement est très faiblement pourvu en internes.

Si des avancées peuvent être relevées (mise en place d'une équipe territoriale d'anesthésie), le recrutement du personnel médical n'a pas été véritablement sécurisé par du temps partagé avec d'autres établissements, que cela soit au titre de la convention cadre de 2007 avec les HCL ou dans le cadre du précédent GHT.

La masse salariale de l'établissement a surtout évolué de manière dynamique à partir de 2020 en raison des mesures de revalorisation nationale du Ségur de la santé. Cette évolution intervient alors que l'activité de l'établissement ne retrouve pas son niveau d'activité d'avant la crise sanitaire.

L'absentéisme du personnel non médical a significativement augmenté pendant la crise sanitaire, sans retour ensuite au niveau d'avant crise qui était déjà lui-même conséquent.

Le dispositif de permanence des soins reste surdimensionné et dépendant des urgences.

5 LA GESTION COMPTABLE

L'établissement n'a pas formalisé de procédures budgétaires et comptables internes, ce à quoi il convient de remédier dans un contexte de rotation du personnel.

La chambre recommande au CH de Givors de documenter ses procédures budgétaires et comptables internes.

Recommandation n° 4. Documenter les procédures internes budgétaires et comptables.

L'établissement n'est pas assujéti à la certification des comptes⁸¹.

5.1 Le suivi des immobilisations : l'absence d'inventaire récent

L'établissement a produit un état de rapprochement avec le comptable public de son inventaire au 31 décembre 2022.

⁸¹ Aux termes de l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique : « I. - Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs [...] ».

Il met en évidence que les deux inventaires étaient globalement concordants. L'état de rapprochement met toutefois en évidence un écart de 5,9 M€ avec le comptable public, dont 5,6 M€ sur le compte 2763 portant sur la créance prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2021⁸². Des écarts étaient par ailleurs constatés sur les amortissements à hauteur de près de 486 k€ entre l'inventaire de l'ordonnateur et celui du comptable. Ces écarts n'apparaissent pas véritablement significatifs hormis celui sur la créance précitée.

Le dernier inventaire physique général des immobilisations n'est pas récent. Il avait été confié en 2012 à une société spécialisée dans les inventaires et gestion des immobilisations.

5.2 Le respect du principe d'indépendance des exercices

5.2.1 Les reports de charges

Les reports de charges correspondent à des charges sur exercice antérieur qui n'ont pas pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice concerné, en dehors des cas d'omission (entraînant une correction d'erreur). Leur comptabilisation doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs⁸³ disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné.

Les charges sur exercices antérieurs ont été globalement contenues pendant la période sous revue.

L'établissement explique le niveau plus particulièrement important des reports de charges en 2022, par des factures non anticipées ou une insuffisance des charges rattachées concernant notamment des mises à disposition d'autres établissements (CH Saint-Jean-de-Dieu et CH Yves Touraine) ou des paiements de sage-femme libérale.

⁸² A la signature du contrat prévu à l'article 50 de la LFSS 2021, le compte 2763 est débité par le crédit du compte 1026 (opération d'ordre budgétaire), pour le montant de la dotation socle définie dans le contrat déduction faite des montants notifiés et versés à l'établissement avant la signature de celui-ci. Lors de la notification et du versement de la fraction annuelle de la dotation, le compte 2763 est crédité au moyen d'une opération budgétaire (émission d'un titre de recettes).

⁸³ Les crédits à caractère limitatif sont l'exception dans un EPRD ; les crédits afférents aux dépenses de personnel permanent du budget principal ont un caractère limitatif ; il s'agit des comptes 621, 6411, 6413, 6415, 6421, 6422, 6423 et 6425, cf. instruction M21 Tome II cadre budgétaire.

Tableau n° 26 : Charges sur exercices antérieurs – compte 672

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Charges sur exercices antérieurs nettes des rémissions</i>	23 590	17 737,76	47 082,89	50 780,91	30 448,06	107 515,39

Source : comptes financiers.

5.2.2 Les charges rattachées

Les montants rattachés à l'exercice sont erratiques d'un exercice sur l'autre. L'importance des restes à réaliser du compte 408 (« factures non parvenues ») résulte d'une utilisation inappropriée de ce compte dans le contexte d'importantes difficultés de trésorerie rencontrées par l'établissement jusqu'en 2019. Le service finances de l'établissement a indiqué qu'ont été fléchées sur le compte 408 des dépenses vis-à-vis des établissements partenaires dont il a souhaité différer le paiement en raison des difficultés de trésorerie. Le recours au compte 408 n'apparaît pas avoir été approprié dans ces conditions.

Le faible montant des dépenses sur le compte 408 en 2020 et 2021, une fois passée les difficultés de trésorerie, résulte de la mise en œuvre d'une journée complémentaire sur une période plus large (jusque fin avril, mai N+1) que ne le permettait la réglementation. Le changement de rattachement au poste comptable a permis sur l'exercice 2022 un retour à une journée complémentaire portant jusqu'au 31 janvier de l'exercice N+1.

Tableau n° 27 : Les rattachements de charges (en €)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
408 - factures non parvenues (crédit)	1 389 149	1 236 540	1 682 210	65 637	466	559 953
4281 - prime de service à payer	450 000	426 000	468 500	436 899	426 725	364 019
42868 autres charges à payer						867 114

Source : comptes financiers

Le précédent rapport de la chambre avait relevé que le CH de Givors n'avait pas procédé au rattachement de la prime de service et, lorsqu'il l'avait fait, il ne l'avait pas toujours effectué correctement (imputation au compte 408, factures non parvenues).

La prime de service du personnel non médical est versée sous forme d'un acompte en novembre de l'année « n » et le solde au mois de mars ou avril de l'année « n+1 ». Ce solde doit être rattaché à l'exercice « n » par le biais du compte 4281.

La prime de service apparaît avoir été correctement rattachée à l'exercice pendant la période sous revue.

5.2.3 Les recettes et dépenses à reclasser

(1) L'établissement présente des soldes de recettes à reclasser non négligeables.

Tableau n° 28 : Solde du compte 471 – recettes à reclasser

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Recettes à classer ou à régulariser (compte 471)</i>	902 159	29 702	2 767	211 136	864 268	328 318

Source : comptes financiers

Le solde de 902 159 € en 2017 s'explique principalement par l'encaissement de fractions de T2A⁸⁴ en fin d'année de respectivement 304 595 € et 548 991 €.

Le solde de 328 318 € trouve son origine dans l'imputation erronée d'un titre de recettes à l'encontre de la mutualité sociale agricole qui aurait dû être enregistré au compte 41121.

Le solde de 864 268 € en 2021 correspond notamment à des encaissements reçus fin 2021 de la mutualité sociale agricole.

L'établissement est invité, en liaison avec le comptable public, à veiller à l'apurement du compte 471 en fin d'exercice, la persistance de soldes significatifs étant de nature à biaiser l'analyse du besoin en fonds de roulement (BFR).

5.3 Les provisions

5.3.1 Une provision pour compte épargne-temps revalorisée

La provision pour compte épargne-temps (CET) a fortement augmenté en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire lié à la Covid 19. A la suite de l'avis du CNoCP n°2018-05 du 5 avril 2018 relatif à l'évaluation de la provision pour compte épargne-temps dans les comptes des établissements publics de santé (EPS), l'évaluation forfaitaire des provisions pour les jours inscrits sur le compte épargne-temps est abandonnée à compter de l'exercice 2019 au profit d'une évaluation selon le coût moyen journalier des agents ou praticiens concernés. L'établissement a donc mis à jour les modalités de traitement de la provision CET en 2019.

Tableau n° 29 : Provision pour CET – compte 153 (en €)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>dont PM</i>	125 550	146 100	186 013	354 814	384 193	352 806
<i>dont PNM</i>	126 650	160 852	286 522	447 789	511 145	601 069
Total	252 200	306 952	472 535	802 603	895 338	953 875

Source : comptes financiers.

⁸⁴ Tarification à l'activité.

5.3.2 Le provisionnement des heures supplémentaires et des congés payés

L'établissement provisionne sur le compte 158 des heures supplémentaires non payées et congés payés du personnel en CDD, CDI et une partie des personnels titulaires et stagiaires. Ces provisions sont à hauteur de 1,4 M€ en 2022. La dette sociale ainsi constituée, qui a fortement augmenté pendant la crise sanitaire, constitue un engagement financier significatif dans un contexte financier tendu. L'ancien ordonnateur concerné précise dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, sans qu'elle n'ait pu s'en assurer, que l'augmentation constatée pendant la crise sanitaire s'explique par une opération de reconstitution des stocks d'heures supplémentaires effectuée dans un souci de sincérité des comptes.

Tableau n° 30 : Autres provisions pour charges - compte 158 (en €)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 158 autres provisions pour charges	391 777	292 997	244 043	1 263 057	1 464 530	1 422 675

Source : comptes financiers.

5.3.3 Les dépréciations de créances : des imputations comptables à revoir

Le précédent rapport de la chambre avait soulevé que les pertes sur créances irrécouvrables n'étaient pas systématiquement couvertes par des provisions et que les provisions n'étaient pas toujours reprises à hauteur des pertes sur créances irrécouvrables. L'établissement avait par ailleurs fait appel à un compte inapproprié pour provisionner un risque de non recouvrement (compte 158).

Dans le cadre d'une démarche visant à fiabiliser les comptes, une provision a été réalisée pour la première fois en 2017 afin de faire face aux créances irrécouvrables (patients, mutuelles et CPAM⁸⁵...) cumulées depuis 2004, et ce dans la perspective d'une fiabilisation des comptes, comme le relève le rapport sur le compte financier de l'exercice 2017.

L'établissement provisionne le risque de non recouvrement de diverses créances CPAM, mutuelles et patients, sur le compte, inapproprié, 1518⁸⁶ « autres provisions pour risques », au lieu du compte 49 réservés aux dépréciations pour comptes de tiers. Au surplus, les reprises sur le compte 1518 auxquelles l'établissement procède, apparaissent insuffisantes par rapport aux pertes sur créances irrécouvrables qui ont été enregistrées. La chambre demande donc à l'établissement d'imputer les dépréciations de créances sur les comptes prévus à cet effet.

⁸⁵ Caisse primaire d'assurance maladie.

⁸⁶ Constituent entre autres, des provisions pour risques susceptibles d'être enregistrées au compte 1518 : les provisions pour indemnités de licenciement, les provisions pour indus d'assurance-maladie, les provisions pour amendes et pénalités, les provisions pour redressement fiscaux ou redressement de cotisation sociale.

Recommandation n° 5. Imputer les provisions pour dépréciation des créances uniquement sur les comptes prévus à cet effet.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le rattachement des charges à l'exercice s'est effectué dans le cadre d'une période complémentaire plus longue que ne l'autorise la réglementation en vigueur. Des comptes de tiers de rattachement de charges ont été utilisés de manière inappropriée dans le contexte de difficultés de trésorerie rencontrées par l'établissement.

L'établissement s'est engagé dans une démarche de provisionnement adapté de ses créances douteuses. Les comptes utilisés pour ce faire ne sont toutefois pas toujours ceux requis.

Le provisionnement des heures supplémentaires effectuées non payées est de bonne pratique. Il met en exergue un engagement financier significatif alors que la situation financière de l'établissement est tendue.

6 UNE SITUATION FINANCIÈRE PRÉOCCUPANTE

Le budget de l'établissement se décompose en un budget principal (lettre H) relatif à l'activité sanitaire de l'établissement et un budget annexe (lettre E) dédié à l'EHPAD.

Le budget H représentait, en 2022, 75,2 % du total des produits de gestion et fera plus particulièrement l'objet de l'analyse.

Tableau n° 31 : Exécution budgétaire sur le budget H

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>EPRD</i>	- 514 541,68	- 436 741,93	- 217 410,34	- 800 801,08	- 860 193,98	- 982 135,40
<i>Prévisions totales EPRD+DM</i>	- 877 541,68	- 1 024 380,88	- 817 619,04	- 182 928,90	- 714 578,98	- 1 315 952,52
<i>Résultat net réalisé</i>	- 698 860,47	- 908 461,69	- 1 112 777,91	1 247 764,46	1 237 200,46	- 728 728,76

Source : comptes financiers, rapport sur les comptes financiers.

L'analyse porte principalement sur la période 2017-2022 ; elle comporte des éléments d'actualisation au-delà de cette période.

Les EPRD du budget H des exercices 2018 et surtout 2019 s'avèrent avoir été optimistes par rapport au résultat net exécuté. L'exécution des budgets 2021 et 2022 est biaisée par les aides de la tutelle et les mécanismes de garantie de financement, dans le contexte de la crise sanitaire.

6.1 Des indicateurs dégradés

6.1.1 Un niveau insuffisant de marge brute

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

Tableau n° 32 : Evolution de la marge brute d'exploitation tous budgets confondus

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Produits de gestion	34 685 546	35 337 171	35 331 736	39 511 632	40 205 307	40 511 239
<i>dont budget H</i>	26 165 665	26 486 130	26 380 818	30 038 455	30 605 370	30 459 319
- Charges de gestion	32 860 769	33 755 383	33 663 945	34 828 783	36 381 929	39 018 274
<i>dont budget H</i>	25 547 284	26 100 272	26 244 387	26 720 297	28 313 669	30 275 380
= Marge brute d'exploitation	1 824 777	1 581 788	1 667 791	4 682 849	3 823 378	1 092 965
<i>dont marge brute du budget H</i>	618 381	385 857	136 431	3 318 158	2 291 701	183 939
Taux de marge brute en % des produits de gestion	5,3 %	4,5 %	4,7 %	11,9 %	9,5 %	3,7 %
<i>Taux de marge brute en % des produits de gestion H</i>	2,4 %	1,5 %	0,5 %	11,0 %	7,5 %	0,6 %
Marge brute d'exploitation hors aides exceptionnelles	1 824 777	1 581 788	1 667 791	2 682 849	2 823 378	1 092 465
<i>dont budget H</i>	618 381	385 857	136 431	1 318 158	1 291 701	-216 061
Taux de marge brute en % des produits de gestion	5,3 %	4,5 %	4,7 %	6,8 %	9,5 %	2,7 %
<i>dont budget H</i>	2 %	1 %	1 %	4 %	4 %	- 1 %

Source : Comptes financiers, retraitement CRC.

En dehors des exercices 2020 et 2021 qui sont atypiques (recettes garanties, aides de la tutelle), le taux de marge brute de l'établissement, hors aides exceptionnelles, est de l'ordre de 4 à 5 %. Celui du budget H est à peine positif et devient même négatif en 2022.

Ces taux de marges sont très éloignés du seuil indicatif des 8 %, hors aides, qu'il conviendrait d'atteindre pour permettre des investissements suffisants⁸⁷ selon la circulaire du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

⁸⁷ Le critère de 8 % est issu d'une estimation statistique nationale faite en 2013 par l'IGAS et l'IGF pour estimer la marge nécessaire pour financer un niveau de 4 % de service de la dette et de 4 % d'investissements courants sans emprunter. Ce seuil est repris dans la circulaire du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

6.1.2 Un autofinancement qui ne couvre pas le remboursement de la dette financière

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

Tableau n° 33 : Passage à la CAF brute tous budgets confondus

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Marge brute d'exploitation – tous budgets confondus	1 824 777	1 581 788	1 667 791	4 682 849	3 823 378	1 492 965
<i>dont budget H</i>	<i>618 381</i>	<i>385 857</i>	<i>136 431</i>	<i>3 318 158</i>	<i>2 291 701</i>	<i>183 939</i>
(+/-) Résultat financier	- 862 969	- 818 028	- 783 584	- 732 300	- 694 881	- 709 305
<i>dont budget H</i>	<i>- 379 436</i>	<i>- 357 055</i>	<i>- 349 336</i>	<i>- 329 715</i>	<i>-313 764</i>	<i>- 337 969</i>
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors Lambda)	279 101	278 236	217 249	682 504	227 295	379 134
<i>dont budget H</i>	<i>126 312</i>	<i>221 098</i>	<i>213 123</i>	<i>354 056</i>	<i>141 447</i>	<i>218 933</i>
- Charges exceptionnelles réelles	280 907	326 283	795 805	461 529	383 268	423 065
<i>dont budget H</i>	<i>166 836</i>	<i>266 621</i>	<i>390 618</i>	<i>177 256</i>	<i>302 821</i>	<i>258 847</i>
= Capacité d'autofinancement (CAF) brute consolidée	960 002	715 713	305 651	4 171 523	2 972 525	739 729
<i>dont budget H</i>	<i>198 421</i>	<i>-16 721</i>	<i>-390 401</i>	<i>3 165 244</i>	<i>1 816 562</i>	<i>-193 945</i>
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	2,8 %	2,0 %	0,9 %	10,6 %	7,4 %	1,8 %
<i>dont budget H</i>	<i>0,8 %</i>	<i>- 0,1 %</i>	<i>- 1,5 %</i>	<i>10,5 %</i>	<i>5,9 %</i>	<i>- 0,6 %</i>

Source : comptes financiers, retraitement CRC

La CAF brute consolidée a été limitée, hormis sur les exercices 2020 et 2021 qui présentent un caractère atypique. Elle est même négative sur l'exercice 2022.

Après remboursement de l'annuité en capital de la dette, la CAF nette consolidée a été négative sur toute la période (sauf sur les exercices atypiques 2020 et 2021). L'établissement n'est donc pas en mesure d'autofinancer ses investissements.

Tableau n° 34 : Évolution de la CAF nette

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
CAF brute	960 002	715 713	305 651	4 171 523	2 972 525	739 779	9 865 193
Annuité en capital de la dette	1 806 759	1 518 859	1 261 870	1 198 612	1 254 652	1 269 714	8 310 466
CAF nette	- 846 757	- 803 146	- 956 219	2 972 911	1 717 873	- 529 935	1 554 727

Source : CRC, à partir des comptes financiers et rapports sur les comptes financiers

6.1.3 Des déficits importants

Le résultat comptable correspond à la différence entre l'intégralité des produits et des charges se rapportant à l'exercice (contrairement à la CAF brute il intègre les produits et charges calculés comme par exemple l'amortissement).

L'établissement n'a pas été en mesure de dégager un résultat net positif en dehors des exercices 2020 et 2021.

Tableau n° 35 : Le passage de la CAF brute au résultat net

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat net consolidé	- 215 850	- 893 025	- 1 244 165	1 251 467	1 517 872	- 239 700
dont budget H	- 698 860	- 908 462	- 1 112 778	1 247 764	1 237 200	- 728 729
dont budget E	483 010	15 437	-131 387	3 702	280 672	489 028
Résultat net consolidé hors aides exceptionnelles	- 215 850	- 893 025	- 1 244 165	- 748 533	517 872	- 639 700

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes financiers

6.2 Des produits de l'activité hospitalière qui progressent surtout du fait des aides

Les produits liés à l'activité hospitalière, incluant les produits financés directement à l'activité et les produits forfaitaires représentaient, en 2022, 84 % du total des produits de l'établissement.

Les produits issus directement de l'activité progressent faiblement de 0,9 % par an (soit 4,5 % sur la période), dont 1,2 % (6 % sur la période) pour ceux liés aux séjours, le produit des actes et consultations diminuant même (de 0,6 % par an, soit 2,8 % sur la période). Alors que son activité est orientée globalement à la baisse, l'établissement a bénéficié des mécanismes de garantie de l'activité qui se sont appliqués de 2020 à 2022.

Les produits forfaitaires ont progressé de près de 50 % sur la période, sous l'effet notamment des aides exceptionnelles de la tutelle.

Tableau n° 36 : Évolution des produits de l'activité hospitalière

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Produits financés directement à l'activité (a)	17 538 503	17 912 434	17 490 125	17 462 612	18 437 080	18 322 900
<i>dont séjours</i>	<i>13 716 366</i>	<i>13 887 219</i>	<i>13 492 843</i>	<i>13 517 116</i>	<i>14 711 569</i>	<i>14 551 680</i>
<i>dont actes et consultations</i>	<i>3 766 377</i>	<i>3 938 144</i>	<i>3 849 295</i>	<i>3 817 627</i>	<i>3 613 113</i>	<i>3 661 275</i>
Produits forfaitaires (b)	6 193 709	6 252 390	6 262 204	9 916 896	9 658 500	9 277 929
<i>dont forfaits MCO et SSR</i>	<i>1 579 675</i>	<i>1 612 085</i>	<i>1 590 728</i>	<i>1 679 292</i>	<i>1 912 270</i>	<i>2 280 597</i>
<i>dont DAF</i>	<i>3 397 210</i>	<i>3 376 619</i>	<i>3 370 890</i>	<i>3 408 276</i>	<i>3 837 340</i>	<i>4 011 728</i>
<i>dont MIG</i>	<i>285 868</i>	<i>273 807</i>	<i>256 818</i>	<i>245 333</i>	<i>277 146</i>	<i>29 034</i>
<i>dont AC</i>	<i>65 000</i>	<i>126 613</i>	<i>147 300</i>	<i>1 533 247</i>	<i>2 592 757</i>	<i>1 659 403</i>
<i>dont FIR</i>	<i>865 956</i>	<i>857 514</i>	<i>855 290</i>	<i>2 944 581</i>	<i>849 352</i>	<i>1 181 732</i>
Produits de l'activité hospitalière (a + b)	23 732 212	24 164 824	23 752 329	27 379 508	28 095 580	27 600 829

Comptes financiers, retraitement CRC.

L'établissement a bénéficié en 2020 d'une aide en trésorerie de 2 M€ versée par l'ARS dans le cadre de ses fonds d'intervention régionaux (FIR). La tutelle lui a en outre attribué en 2021 sous la forme d'une aide à la contractualisation (AC) 1 M€ pour régler ses dettes auprès du CH de Vienne, ainsi qu'une aide en trésorerie de 400 k€ en 2022 destinée à réduire son déficit budgétaire. Les aides exceptionnelles sans contrepartie s'élèvent ainsi sur la période à 3,4 M€.

Tableau n° 37 : Récapitulatif des aides exceptionnelles

En €	2020	2021	2022
<i>FIR - aide en trésorerie</i>	2 000 000		
<i>AC - aide en trésorerie</i>		1 000 000	
<i>AC (réduction déficit budgétaire)</i>			400 000
<i>Total</i>	2 000 000	1 000 000	400 000

Source : établissement, rapports sur les comptes financiers.

L'établissement a bénéficié, sous forme de MIGAC, d'aides de la tutelle pour compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire de 1 M€ en 2021 et 1,2 M€ en 2022.

S'y ajoutent diverses aides, parmi lesquelles les soutiens relatifs au Ségur de la santé (340 k€ en 2020, 230 k€ en 2021).

6.3 Des charges de personnels du budget H en sensible progression

Le poids des charges de personnel nettes représentait 73 % du total des charges en 2022. Il s'est accru de manière sensible puisqu'il représentait 70 % du total des charges en 2017.

Tableau n° 38 : Evolution des charges de personnels du budget H (charges sociales comprises)

<i>En €</i>	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Charges de personnel non médical interne</i>	15 022 931	15 180 762	14 962 270	15 329 705	16 425 333	18 005 253
<i>Charges de personnel médical interne</i>	5 136 884	4 933 992	5 401 680	5 476 344	5 503 752	5 399 727
<i>Autres charges de personnel interne</i>	47 459	77 288	52 205	121 608	30 292	54 640
<i>Charges de personnel externe</i>	744 120	1 081 781	952 371	737 664	1 087 044	1 074 637
<i>Total des charges de personnels (a)</i>	20 951 394	21 273 823	21 368 526	21 665 320	23 046 421	24 534 257
<i>Total atténuation charges personnel (b)</i>	17 081	63 349	41 112	70 218	81 201	70 560
<i>Total des charges de personnels nets (a-b)</i>	20 934 313	21 210 474	21 327 414	21 595 103	22 965 220	24 463 697

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Au cours de la période 2017-2022, les charges de personnels augmentent de 3,2 % par an, soit 16,9 % sur la période.

Cette hausse recouvre une hausse des charges du personnel non médical de 3,7 % par an qui porte principalement sur la période 2020-2022. L'évolution des charges du personnel résulte d'un effet prix puisque l'effectif est globalement stable.

Les charges du personnel médical ont été plus stables.

6.4 Les investissements et leur financement

6.4.1 Des investissements très mesurés

L'établissement dispose d'une commission d'investissement depuis 2019 composés de professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs.

Cette commission a disposé en pratique d'une marge de manœuvre réduite, la politique d'investissement de l'établissement ayant été volontairement réduite compte tenu de son impossibilité de dégager de l'autofinancement.

Tableau n° 39 : L'évolution des dépenses d'équipement réelles

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Cumul
Dépenses d'équipement réelles	625 976	410 376	485 848	544 171	357 866	416 962	2 841 199
<i>Dont immobilisations incorporelles</i>	38 176	53 493	59 396	75 917	16 502	4 253	247 738
<i>Dont terrains, constructions et agencements</i>	5 834	28 935	13 261	134 575	5 604	19 084	207 294
<i>Dont autres immobilisations corporelles</i>	467 429	327 948	413 191	333 679	335 759	393 625	2 271 631
<i>Dont immobilisations en cours</i>	114 537	0	0	0	0	0	114 537

Source : comptes financiers, retraitement CRC.

Compte tenu de la faiblesse de l'investissement, le taux de renouvellement des immobilisations est compris entre 0,4 et 0,7 % contre 2,4 % pour les établissements similaires. Le taux de vétusté des équipements est de 89,6 % en 2022, contre 86,3 % pour les établissements similaires, alors que l'établissement a été récemment rénové (ouverture du nouveau bâtiment sanitaire en 2013, ouverture du nouvel EHPAD en 2016).

6.4.2 Le financement : l'apport du contrat de soutien à l'investissement

L'établissement a dégagé sur la période une CAF nette cumulée de 1,6 M€, portée par les aides exceptionnelles.

Il a bénéficié par ailleurs de 2,4 M€ sur l'exercice 2022 dans le cadre d'un contrat de restauration financière.

Dans le cadre de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le CH de Givors a signé le 9 décembre 2021 avec la tutelle, un contrat de soutien à l'investissement d'une durée de 10 ans portant sur la période 2021-2029 qui lui assure le versement progressif d'une dotation de 8 M€⁸⁸ sur cette période.

L'établissement a encaissé sur l'exercice 2022 un montant de 2,4 M€ correspondant au premier versement (qui n'avait pu être effectué lors du premier exercice), ainsi qu'au deuxième.

⁸⁸ Aux termes du contrat, 2/10^{ème} du montant est versé au titre de l'exercice 2021 (1,6 M€), 1/10^{ème} au titre des exercices 2022 à 2029 (0,8 M€ par an). La première année, la dotation est encaissée sur le compte 2763 pour sa totalité en contrepartie du compte 1026).

La signature de l'avenant qui devait fixer les cibles relatives aux indicateurs de gestion conditionnant le versement de cette dotation a été repoussée par un premier avenant en date du 21 octobre 2022. L'avenant finalement signé le 26 juin 2023 par la directrice de l'établissement et l'ARS portent sur deux cibles à atteindre en termes d'endettement à l'horizon 2029, soit un ratio d'indépendance financière (encours de la dette/capitaux permanents) de 29 % et à un ratio d'encours/produits de 32 %. Il s'agit notamment pour l'établissement de sortir des ratios d'alerte qui le concernent et d'emprunter à nouveau sans autorisation préalable de la tutelle (§ 6.5.2, infra).

6.5 La situation bilancielle

6.5.1 Une trésorerie renflouée par les aides financières

Le fonds de roulement correspond à l'excédent de ressources stables sur les emplois de même nature. Il s'inscrit en nette hausse depuis 2020, passant de 3,9 M€ en 2017 à 8,3 M€ en 2022 du fait du soutien financier de l'Etat (garantie de financement, aides de la tutelle, mise en place du contrat de restauration financière dont le premier versement est intervenu en 2022).

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond au besoin de financement de l'exploitation courante. Le BFR de l'établissement se situe en 2022 au-dessus de celui des établissements équivalents, soit 76,2 jours contre 35,1 jours. Sa situation de trésorerie l'a incité à différer, notamment en 2019, le paiement de certaines dettes⁸⁹. Celles-ci ont pu ensuite être réglées grâce aux aides de la tutelle.

La trésorerie correspond à la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. L'établissement est placé sous le contrôle du comité régional de trésorerie⁹⁰ depuis mai 2015 avec un suivi mensuel réalisé par la tutelle. Il n'a toutefois pas eu besoin de recourir à des instruments de trésorerie pendant la période sous revue. Le niveau de trésorerie en 2022 est conséquent : il est équivalent à 54,1 jours de charges courantes, soit un niveau supérieur à la médiane des établissements équivalents (17,5 jours). Cependant, sans le versement d'aides cumulées de 5,8 M€ correspondant aux aides exceptionnelles (3,4 M€) et aux versements imputables au contrat de restauration financière (2,4 M€), la trésorerie de l'établissement serait quasi nulle fin 2022.

⁸⁹ Aucune facture 2019 n'a été payée en ce qui concerne la biologie, la blanchisserie et les mises à dispositions.

⁹⁰ En application de la circulation interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/ 350 du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé.

Tableau n° 40 : Évolution du fonds, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie.

En k€	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fonds de roulement net global (FRNG)	3 911	3 438	2 307	5 035	6 593	8 255
Besoin en fonds de roulement (BFR)	2 669	1 959	528	816	3 426	2 398
Trésorerie	1 242	1 479	1 779	4 219	3 167	5 857

Source : rapports sur les comptes financiers

6.5.2 Une dette qui relève des ratios d'alerte

La dette financière s'est résorbée de 6 M€ pour atteindre 20,2 M€ fin 2022, l'établissement n'ayant souscrit aucun emprunt pendant la période sous revue.

Tableau n° 41 : Évolution de l'endettement (compte 1641)

En €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 1641	26 280 604	24 818 641	23 634 563	22 518 618	21 386 679	20 238 073

Source : comptes financiers

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique prévoit, pour les établissements de santé, un régime d'autorisation préalable par l'ARS pour recourir à l'emprunt lorsque la situation financière se caractérise par au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- le ratio d'indépendance financière, qui mesure le niveau de dépendance financière de l'établissement vis- vis de ses prêteurs (encours de la dette/capitaux permanents), excède 50 % ;
- le ratio de durée apparente de la dette, qui permet d'apprécier la capacité d'un établissement à rembourser sa dette (encours de la dette/capacité d'autofinancement), excède 10 ans ;
- le ratio de l'encours de la dette rapporté au total des produits (encours de la dette/produits d'activité) excède 30 %.

Au cas d'espèce, l'établissement est resté, hors exercices atypiques en 2020 et 2021, soumis à autorisation de la tutelle.

Tableau n° 42 : Ratios d'alerte relatifs à l'endettement

en €	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ratio d'indépendance financière (en %)	43,8 %	43,6 %	44,4 %	44,4 %	37,3 %	36,0 %
Capacité de désendettement (en années)	27,5	34,9	78,1	5,5	7,3	27,8
Encours de dette/produits	72,9 %	68,6 %	65,6 %	55,7 %	52,5 %	49,2 %

Source : rapport sur les comptes financiers, analyse rétrospective octopus du comptable public

L'information financière sur le profil de remboursement de la dette n'est pas renseignée dans les comptes financiers alors que cette information apparaît indispensable dans le contexte financier dégradé de l'établissement.

6.5.3 Le refus par la tutelle de valider le plan global de financement pluriannuel 2024

La situation de l'établissement s'est encore dégradée sensiblement au cours de l'exercice 2023. La marge brute tous budgets confondus est négative. En application de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, l'ARS a refusé de valider le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2024 qui lui a été présenté dans sa première version par l'établissement en raison de sa « *trajectoire très dégradée* » incluant notamment une insuffisance d'autofinancement prévisionnel (hors aides exceptionnelles de la tutelle) qui s'établirait à près de 2,2 M€ en 2028.

Tableau n° 43 : Évolution de la marge brute et de la CAF brute – réalisé 2023 et PGFP V1 2024-2028

En €	réalisé 2023	prévision PGFP V1 2024	prévision PGFP V1 2025	prévision PGFP V1 2026	prévision PGFP V1 2027	prévision PGFP V1 2028
Marge brute	- 355 098	- 2 007 327	- 1 514 648	- 1 317 335	- 1 411 992	- 1 508 419
CAF brute	- 1 102 559	- 2 642 720	- 2 270 740	- 2 030 065	- 2 097 617	- 2 166 853

Source : comptes financiers retraitement CRC et V1 du PGFP

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière de l'établissement est préoccupante.

Les indicateurs de gestion sont dégradés, ce qui a été en partie masqué par les dispositifs d'aides dont a notamment bénéficié l'établissement lors des exercices 2020 et 2021 avec la crise sanitaire, les excédents de l'EHPAD permettant au surplus, d'atténuer la situation d'ensemble. La marge brute d'exploitation s'avère ainsi très nettement insuffisante et l'autofinancement du CH de Givors ne lui permet pas de rembourser une dette conséquente. L'endettement relève des ratios d'alerte.

A tout le moins, les aides exceptionnelles de l'ARS conjuguées à l'apport financier du contrat de restauration financière, lui ont permis de régler ses arriérés de paiements, notamment vis-à-vis d'autres établissements de santé et d'éviter d'avoir à gérer une grave crise de trésorerie. Le niveau d'endettement a pu diminuer compte tenu du faible niveau d'investissement réalisé.

ANNEXES

Annexe n° 1. La permanence des soins ambulatoires	71
Annexe n° 2. Glossaire.....	72

Annexe n° 1. La permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoire

La permanence des soins ambulatoire, appelée également PDSA désigne la prise en charge des demandes de soins non programmés par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés).

L'article R 6315-1 du code de la santé publique précise que « *la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins [...] ».*

La permanence des soins est organisée par les agences régionales de santé avec l'aide des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et de transports sanitaires (CODAMUPS-TS). Un cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional.

Un tableau nominatif de garde médicale est élaboré pour chaque secteur de la permanence des soins. La régulation libérale est le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du SAMU-centre 15 mais un numéro spécifique pour joindre la PDSA, restant toutefois interconnecté avec le centre 15, peut parfois être mis en place.

La PDSA est assurée par les médecins libéraux ou salariés exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé et centres de santé.

Si l'article R 4127-77 du CSP précise qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent, ce devoir ne l'engage pas juridiquement, l'article R 6315-4 du CSP précisant dans le même temps que les médecins libéraux participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

Annexe n° 2. Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
AS	Auxiliaire de soins
ASD	Aide-soignant(e) diplômé
ASHQ	Agent de service hospitalier qualifié
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CHG	Centre hospitalier de Givors
CHLS	Centre hospitalier Lyon Sud
CSG	Court séjour gériatrique
CME	Commission médicale d'établissement
COPS	Commission de l'organisation de la permanence des soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Comité professionnelle territoriale de santé
CREA	Compte de résultat analytique
CREX	Comité de retour d'expérience
CSE	Comité social d'établissement
CTE	Comité technique d'établissement
DAF	Dotation annuelle de financement
DIM	Département de l'information médicale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DM	Décision modificative
DMS	Durée moyenne de séjour
DPI	Dossier patient informatisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Evènement indésirable
EIAS	Evènement indésirable associé aux soins
EIGS	Evènement indésirable grave associé aux soins
ELSA	Equipe de liaison en addictologie
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EVC	Etat végétatif chronique

FFI	Faisant fonction d'interne
FIR	Fonds d'intervention régional
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe homogène de tarif
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices civils de Lyon
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de blocs opératoires diplômé d'Etat
ICR	Indice de coût relatif
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEC	Infirmière de coordination
IAO	Infirmier d'accueil et d'orientation
IPA	Infirmier en pratique avancée
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
MPR	Médecine physique de rééducation
ORU	Observatoire régional des urgences
PADUE	Praticiens à diplôme hors Union Européenne
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
PMP	Projet médical partagé
RPU	Résumés de passage aux urgences
RSA	Résumé de sortie anonymisé
SAU	Service d'accueil des urgences
SDMIS	Service départemental métropolitain d'incendie et de secours
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation
SMR	Soins médicaux et de réadaptation (nouvelle appellation du SSR)

SMR-P	Soins médicaux et de réadaptation polyvalente
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
T2A	Tarification à l'activité
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UPL	Unité psychiatrique de liaison
USLD	Unité de soins de longue durée



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>