



Mission de diagnostic et de propositions relative au groupement hospitalier de territoire de Saône-et-Loire Bresse Morvan

Rapport

Azadeh AKRAMI-CASTANON

Christine GARDEL

Philippe SUDREAU

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-111R
Juin 2022

SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission du 25 novembre 2021, le ministre des solidarités et de la santé a confié à l'IGAS une mission T0 de diagnostic et de propositions relative au groupement hospitalier de territoire (GHT) de Saône-et-Loire Bresse Morvan « et plus particulièrement sur les hôpitaux en direction commune de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun. ». Outre la réalisation d'un état des lieux de l'offre de soins, de la gouvernance et de la situation financière, il est demandé à l'IGAS de faire un diagnostic du fonctionnement des principales filières, à savoir « les urgences, la gynécologie-obstétrique-pédiatrie, la chirurgie-anesthésie et la gériatrie ». Cette mission a été souhaitée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la Région Bourgogne-Franche-Comté (BFC).

[2] Le changement de direction générale au niveau de la direction commune est intervenu pendant la mission. Les travaux de celle-ci ont débuté mi-janvier 2022 et le nouveau directeur a pris son poste le 1^{er} mars 2022. Celui-ci a engagé rapidement un changement d'orientation notamment en matière de gouvernance et de pilotage des ressources humaines, mesurable par plusieurs marqueurs que le rapport évoque. Le diagnostic de la mission porte ainsi principalement sur l'état des lieux antérieur mais également sur les actions envisagées par la nouvelle direction, sur lesquelles le rapport se positionne. Plusieurs points d'étapes ont dans ce cadre été réalisés avec le nouveau directeur afin d'évaluer la cohérence entre ses premières actions et la feuille de route proposée par la mission, au fur et à mesure de son élaboration. La nouvelle direction a par ailleurs décalé le calendrier de révision du projet médico-soignant partagé de territoire (PMSPT) à septembre 2022, dans l'attente du rapport de l'IGAS.

[3] **Cette mission T0 se distingue des autres missions T0 réalisées jusqu'alors par l'IGAS dans la mesure où elle porte sur un groupement hospitalier regroupant plusieurs établissements** (huit dont six en direction commune) alors que les missions T0 concernent habituellement un établissement unique qui est un CHU.

[4] Afin d'analyser les dynamiques à l'œuvre dans ce GHT, la mission s'est ainsi efforcée d'étudier l'offre de soins à l'échelle de l'ensemble du territoire en incluant tous les offreurs de soins et a cherché prioritairement à dégager les lignes de force communes aux trois établissements cités dans la lettre, notamment en matière de filières médicales, de gouvernance, de ressources humaines et de finances. Dans le même temps, la mission a réalisé un travail de production et d'analyse de données pour chacun des trois sites et approfondi les enjeux spécifiques à chacun.

[5] A l'issue de ces travaux, la mission retient les constats et propositions suivants.

La mise en place du GHT n'a pas permis de résoudre les difficultés anciennes rencontrées par chacun des trois principaux établissements, faute d'une vision médicale claire et partagée à l'échelle du territoire :

[6] Les trois établissements principaux, qui représentent 73 % des recettes du GHT et 91 % de celles de la direction commune, font face à des difficultés multiples et récurrentes de gouvernance, de fonctionnement interne, de réalisation de leur stratégie médicale et de maîtrise de leurs équilibres financiers. Leurs difficultés financières remontent à près de vingt ans et sont donc bien antérieures à la création du GHT. Ils étaient suivis depuis 2015 en COPERMO performance. Les difficultés extérieures que rencontrent ces établissements (telles que le vieillissement démographique, le manque de places en EHPAD, la démographie médicale etc.) évoquées par les acteurs, ne sont pourtant pas spécifiques à ce département.

[7] Le territoire, hétérogène sur le plan géographique, est marqué par un clivage est-ouest sur le plan socio-économique et démographique, mais également sur le plan de l'accessibilité et de la densité médicale, avec une partie ouest plus en difficulté que l'est. Il comporte un bassin de population autour de Chalon-sur-Saône, un bassin industriel et minier en déclin démographique autour de Montceau-les-Mines et du Creusot et un secteur plus difficile d'accès autour d'Autun (Morvan nivernais). Par ailleurs, des rivalités anciennes entre les communes ont constitué dans le passé des obstacles aux tentatives de réorganisation de l'offre hospitalière. Le contexte politique et social local reste complexe aujourd'hui encore, et les sujets hospitaliers sont suivis avec beaucoup d'attention et d'implication par les élus.

[8] Pour la mission, l'absence de vision médicale claire à l'échelle du territoire explique en grande partie ces difficultés, que la mise en place du GHT en 2016 n'a pas permis de surmonter. Un projet médico-soignant partagé (PMSP) a été formalisé en 2017, dans la continuité du projet médical de la communauté hospitalière de territoire de 2015, mais n'a jamais été décliné en projets d'établissements ; il n'a en conséquence été que partiellement mis en œuvre.

La mission estime qu'il existe aujourd'hui de fortes opportunités à agir pour construire une stratégie de territoire, qui doit prendre en compte l'ensemble de l'offre de soins, publique et privée :

[9] L'absence de vision territoriale claire et partagée par les différents acteurs a progressivement engendré une lassitude des communautés médicales et soignantes. Les élus nourrissent aussi une attente forte de percevoir une stratégie globale, équilibrée et pérenne, dans laquelle chaque site aurait un rôle identifié. Il convient désormais, d'aller au-delà des évolutions d'activités médicales au coup par coup, sans horizon clair, qui donnent aux différents établissements le sentiment d'être « perdants », sans bénéfice pour la population de leur bassin, ni pour celle du territoire.

[10] La révision du PSMP, programmée pour septembre 2022, est l'occasion de construire un projet global à l'échelle du territoire, dans lequel chacun des acteurs trouve sa place pour répondre au besoin de santé de la population et pour organiser une gradation du parcours de soins. L'arrivée d'une nouvelle direction générale et les crédits Ségur qui pourront accompagner les évolutions constituent également des opportunités à agir. Enfin, la gravité de la situation financière exposée par le rapport ne permet pas d'attendre plus longtemps avant d'engager un nouveau tournant.

[11] Pour élaborer ce PMSP révisé, il est indispensable de raisonner en prenant en compte l'offre de soins globale, incluant les secteurs hospitaliers publics et privés, la médecine de ville et tous les dispositifs de coordination qui existent. Au-delà du territoire, il est nécessaire de resserrer les liens avec le CHU de Dijon, dans le cadre d'un partenariat durable et équilibré et de dépasser les sollicitations vis-à-vis du CHU au coup par coup lorsqu'une tension urgente se fait sentir sur des effectifs médicaux.

Le rapport propose une nouvelle feuille de route des activités médicales, construite autour de cinq axes qui définissent un horizon stable et lisible tout en assurant une efficacité médico-économique. L'évolution de la gouvernance et un renforcement du pilotage des ressources humaines sont indispensables à la réalisation de ces priorités.

- **Labelliser le CH de Montceau-les-Mines en qualité d'hôpital de proximité afin de répondre aux besoins de santé de la population de son bassin, ce qui implique de développer certaines activités et d'en supprimer d'autres.**

[12] Le centre hospitalier (CH) de Montceau-les-Mines a connu des restructurations d'activités successives (regroupement avec le centre médico chirurgical Saint-Exupéry en 2000, fermeture de la maternité en 2009 et de la chirurgie en 2018), sans que celles-ci s'inscrivent dans un projet global ni poursuivent une vision médicale claire.

[13] La mission considère que ce CH a un rôle essentiel à jouer afin de répondre aux besoins de santé en proximité de la population de son bassin, notamment des personnes âgées comme exprimé par les représentants des usagers. Il peut et doit porter une dynamique territoriale décloisonnée entre les secteurs et les acteurs au bénéfice de sa population, en constituant le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, à l'interface avec la ville. Dans ce cadre, il serait impliqué au sein des filières hospitalières de son GHT, dans le cadre de FMIH (Fédération Médicale Inter Hospitalière), comme c'est le cas aujourd'hui pour la cardiologie, et s'inscrirait dans un projet collectif de territoire en lien avec la CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) « Centre-Saône et Loire » qui regroupe les acteurs libéraux.

[14] Dans cette perspective, la mission propose d'aller au bout de la restructuration des activités en labellisant Montceau-les-Mines en hôpital de proximité. Cela implique de développer certaines activités et d'en supprimer d'autres. La mission propose ainsi dans le cadre de ce repositionnement de :

- Réduire le nombre de services : passer de cinq services de médecine de spécialités à quatre services de médecine polyvalente, afin de mieux assurer la continuité des soins, en particulier pour les patients poly pathologiques, et de donner plus de souplesse dans l'organisation des maquettes organisationnelles ;
 - Accélérer le développement des consultations avancées en médecine et en chirurgie, avec des postes de médecins partagés avec le CH de Chalon-sur-Saône, afin de renforcer le maillage territorial et la lisibilité de l'offre ;
 - Poursuivre la dynamique positive engagée en addictologie en créant un pôle territorial d'addictologie ;
 - D'y implanter l'unité de soins palliatifs du GHT pour laquelle une autorisation d'ouverture au CH de Chalon-sur-Saône avait été validée en septembre 2012 mais qui n'a toujours pas été mise en place ;
 - Créer une unité de soins de longue durée (USLD) dans le cadre de la structuration de la filière gériatrique ;
 - Tirer les conséquences de la fermeture de la chirurgie, en supprimant les activités encore réalisées sous analgésie dans l'ancien bloc opératoire (peu nombreuses, avec des recettes faibles au regard de charges en personnel importantes) et en fermant l'unité de soins continus (USC) isolée, non adossée à la chirurgie et qui, de ce fait, ne répond plus au nouveau cadre réglementaire.
- **Organiser une mutualisation des urgences en nuit profonde et bâtir une filière régionale des soins critiques :**

[15] Le pôle territorial des urgences n'a pas permis de mettre en place une équipe territoriale des urgences ; le niveau d'activité est faible en nuit profonde, ce qui justifie des regroupements, comme envisagé dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS). La mission propose une organisation mutualisée en nuit profonde de la couverture médicale des services d'urgence et SMUR du CH d'Autun, du CH de Montceau-les-Mines et de l'Hôtel-Dieu du Creusot. À Autun, la mission propose de mutualiser en nuit profonde la ligne de garde d'urgentiste entre le SU et le SMUR, avec couverture par l'astreinte des anesthésistes de la clinique du Parc. Pour le CH de Montceau-les-Mines et l'Hôtel-

Dieu du Creusot, deux scénarios sont possibles: soit mutualiser sur chacun des deux sites, en nuit profonde, la ligne de garde d'urgentiste entre le service d'urgence et le SMUR en organisant une astreinte médicale mobilisée en cas de sortie SMUR, soit, si le cadre réglementaire en cours de modification évolue en ce sens¹, aller plus loin en créant une antenne de médecine d'urgence, fermée en nuit profonde, sur l'un des deux sites avec maintien du SMUR.

[16] Pour les soins critiques, la mission propose que la filière territoriale du département de la Saône-et-Loire soit pilotée par le CHU de Dijon, sous l'égide de l'ARS, en intégrant les services de réanimation des CH de Chalon-sur-Saône, de Macon et les établissements qui obtiendront une autorisation d'unité de soins intensifs polyvalents dérogatoire.

- **Opérer des choix forts concernant les maternités de niveau 1 du territoire et la pédiatrie au CH d'Autun:**

[17] Le PRS prévoit le maintien de « 2 à 3 » autorisations de gynécologie-obstétrique sur le territoire.

[18] Compte tenu de la tension sur les effectifs médicaux, la mission considère que le maintien des deux maternités de niveau 1 en proximité ayant chacune une faible activité ne permet pas d'organiser une couverture médicale stable et coordonnée et, en conséquence, de garantir la qualité des prises en charge.

[19] Or si la maternité du Creusot réalise un nombre d'accouchements plus importants (500 par an), la maternité d'Autun, qui couvre une partie du Morvan, joue un rôle crucial en terme de couverture géographique. Cela conduit la mission à proposer **un scénario préférentiel** consistant à conforter la maternité du CH d'Autun et envisager dans un second temps la fermeture de la maternité du Creusot avec création d'un CPP (Centre Périnatal de Proximité); ce scénario ne peut s'envisager qu'à la condition expresse de garantir au préalable et de manière pérenne la qualité des pratiques et une stabilité des personnels médicaux sur le site d'Autun.

[20] Dans ce souci de garantir la qualité et la sécurité des soins à la maternité d'Autun où le nombre d'accouchements est inférieur à 300 par an depuis plusieurs années, l'ARS avait demandé à la direction commune de créer un pôle territorial mère-enfants, intervenu en 2019. Or les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens du CH d'Autun n'ont, pour la plupart d'entre eux, pas participé aux échanges de pratiques dans la durée, dans un contexte où le chef de pôle ne dispose pas aujourd'hui des leviers managériaux nécessaires

[21] Au cas où la condition expresse exigée ne serait pas assurée, la mission propose **un scénario de repli** consistant à fermer la maternité d'Autun et à maintenir la maternité du Creusot.

[22] **Le rapport formule pour chacun des deux scénarios des conditions indispensables et cumulatives.** Le délai pour décider entre les deux scénarios doit être défini par l'ARS et connu des acteurs locaux.

[23] **La mission propose, quel que soit le scénario retenu, de supprimer l'hospitalisation complète de pédiatrie** qui ne compte que cinq lits, qui a une activité très faible et des conditions de fonctionnement très perturbées. Dans l'hypothèse de la mise en œuvre du scénario préférentiel relatif à la maternité, il conviendra, de maintenir un suivi pédiatrique conforme aux conditions de fonctionnement d'une maternité niveau 1.

¹ Projet de décret relatif aux conditions d'implantation des services de médecine d'urgence

- **Développer la chirurgie ambulatoire et rechercher des coopérations territoriales.** Il existe un seul pôle de chirurgie publique sur le territoire, de création récente (janvier 2022), dans un contexte où la concurrence avec le secteur privé est forte. Ce constat invite à développer des coopérations notamment pour mutualiser les investissements lourds sur les équipements medicotechniques et à trouver des complémentarités d'activités, en fonction de l'analyse des parts de marché et de la productivité de chaque établissement sur les différentes spécialités chirurgicales. Le taux de chirurgie ambulatoire du CH de Chalon-sur-Saône est inférieur de plus de 10 points aux taux régional et national : il existe donc de fortes marges de progrès sur certaines spécialités identifiées par le rapport.
- **Formaliser dans un temps court la filière gériatrique dans le cadre d'un management de projet à l'échelle du GHT, afin de redistribuer le capacitaire au sein du territoire et d'organiser une prise en charge graduée par bassin de vie.**

[24] La filière gériatrique n'est toujours pas finalisée par le GHT, ce qui a conduit, au cours de l'année 2021, l'ARS et la direction commune à missionner un consultant qui a proposé à l'issue de ses travaux des évolutions capacitaires. Faute d'une concertation suffisante, ces propositions n'ont pas été validées par les communautés médicales et le Comité Territorial des Elus Locaux (CTEL). La mission estime qu'il est nécessaire que soit formalisée d'ici l'automne 2022 la filière gériatrique avec un pilotage de projet à l'échelle du GHT, sur la base du cahier des charges de l'ARS, et justifiant les évolutions capacitaires des unités sanitaires et des EHPAD du GHT. Le projet global pourra ensuite, dans un second temps, être décliné sur chacun des bassins de population. Dans le cadre de la filière, les acteurs de santé devront soutenir les autres acteurs du territoire intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées.

Des évolutions en matière de gouvernance et de pilotage des ressources humaines sont également indispensables :

[25] En matière de gouvernance, les fonctions support sont aujourd'hui opérationnelles à l'échelle de la direction commune ; les fonctions ressources humaines et finances ne le sont pas encore. Au niveau des sites, la répartition des compétences entre ceux-ci et le site pivot n'est pas claire. Enfin, sur le plan médical, comme expliqué précédemment, la gradation des parcours n'est pas organisée dans le cadre d'un projet territorial décliné sur chacun des établissements. Dans ce contexte, chacun des acteurs s'interroge sur son positionnement.

[26] La mission estime qu'il est nécessaire de mettre en place des processus RH et finances unifiés, avec une gestion de projet claire, intégrée, à mettre en place au niveau de la direction commune avec des chefs de projets dédiés. Pour clarifier les compétences entre la direction du site pivot et les directions déléguées, ainsi que les missions respectives des pôles et des services, la mission recommande la rédaction d'une charte de management. Concernant le site de Chalon-sur-Saône, il convient de poursuivre la contractualisation avec les pôles qui vient juste d'être engagée et de structurer un dialogue de gestion rythmé tout au long de l'année, avec un renforcement des liens entre le contrôle de gestion et le DIM (Département d'Information Médicale).

[27] En matière de ressources humaines, il est urgent de mettre en place un véritable pilotage des ressources humaines dans l'ensemble des établissements de la direction commune, s'appuyant sur des indicateurs d'effectifs, de masse salariale et de santé au travail, suivis régulièrement. Ce travail doit être mené à une maille suffisamment fine (service) et avec un suivi des écarts aux objectifs, conformément au plan d'action présenté par la nouvelle direction à la mission. Entre 2016 et 2019, une distorsion récurrente est observée entre l'augmentation de la masse salariale au CH de Chalon-sur-Saône (+9 %) et celle des recettes de titre 1 (+4 %). Or, les méthodes de travail actuelles ne permettent pas de comprendre en temps réel l'origine des difficultés et des écarts, ni de prendre à

temps les décisions utiles. La mission estime qu'un portage fort par les directeurs de site (présidence des réunions de suivi et d'arbitrage mensuelles) sera nécessaire pour y parvenir.

[28] Un appui de la direction commune devra être apporté à tous les sites pour structurer les méthodes de travail et harmoniser les outils informatiques adaptés pour la gestion des temps de travail et des rémunérations dans la perspective d'aller à terme vers une consolidation budgétaire et une intégration avancée des fonctions ressources humaines et finances.

[29] Enfin, le dialogue social est aujourd'hui très tendu, en particulier dans l'établissement support, avec des interruptions régulières, au sein du conseil de surveillance, des organisations syndicales, voire dans le passé des séquestrations des représentants de l'Etat. Restaurer la confiance dans le cadre du dialogue social, communiquer sur les nouvelles orientations sur la base d'un diagnostic partagé de la situation de l'établissement seront des enjeux clés afin d'enclencher les changements nécessaires.

La mise en œuvre de la feuille de route médicale contribuera au redressement financier des établissements mais elle devra s'accompagner d'autres mesures :

[30] La situation financière est historiquement très dégradée et s'aggrave pour chacun des trois établissements, malgré les aides importantes octroyées. A titre d'exemple, le déficit du budget H du CH de Chalon-sur-Saône est de 2,3 millions d'euros en 2021. Son niveau élevé est en partie masqué par des aides importantes. Ainsi sans l'aide structurelle liée au nouvel hôpital construit en 2010, les aides en trésorerie et l'aide au titre du volet 1 du Ségur, le déficit se serait élevé à 28,5 millions d'euros sur cet exercice, soit 13 % des produits. Au total, la dette cumulée (bancaire, sociale et fiscale) des trois hôpitaux s'élève à 73,2 millions d'euros à la fin de l'exercice 2021. Les trois établissements sont pris dans un cercle vicieux en matière d'endettement, de trésorerie et de capacité d'investissement, alors même que les taux de vétusté des équipements et des bâtiments se dégradent régulièrement et que les besoins d'investissements sont importants.

[31] Les plans d'actions successifs proposés dans le cadre des dossiers COPERMO 2019 et 2020 ont été mis en œuvre de façon partielle, ce qui n'a pas permis d'inverser la tendance. Les projections à horizon 2024 sont à la fois peu réalistes (annonces de réductions de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) ambitieuses à Chalon-sur-Saône) et insuffisantes pour redresser les trajectoires financières. Cette incapacité à redresser la situation financière s'explique en premier lieu par l'absence d'un projet médical clair, appuyé par des études médico-économiques solides.

[32] La feuille de route médicale proposée par la mission constitue le cœur d'un plan d'action global constitué de 22 recommandations cohérentes et priorisées, à engager dès l'été 2022. Elle trace un cap clair et pérenne pour chacun des trois sites principaux ainsi que pour les filières de soins prioritaires, et contribue au redressement de leurs situations financières grâce à des mesures importantes de restructurations d'activités, porteuses d'efficience médico-économique.

[33] La mission tient à souligner que la mise en œuvre de ce plan d'action global nécessitera une plus grande rigueur dans les méthodes de travail et une structuration en gestion de projets associant tous les acteurs du GHT.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Feuille de route médicale				
3	Engager le processus de labellisation hôpital de proximité du Centre hospitalier de Montceau-les-Mines et dans ce cadre : - transformer les cinq services de médecine spécialisées en quatre services de médecine polyvalente et développer les consultations avancées de spécialités, - implanter l'unité de soins palliatifs du GHT et créer un pôle territorial d'addictologie, - ouvrir le plateau technique sur le territoire, - créer une USLD dans le cadre de la filière territoriale gériatrique, - supprimer les actes techniques nécessitant un environnement opératoire, en tirant les conséquences de la suppression de l'autorisation de chirurgie, - fermer l'unité de surveillance continue en anticipant les évolutions des textes réglementant les soins critiques	1	Direction commune et ARS	Sept. 2022
4	Mutualiser le fonctionnement des urgences en nuit profonde entre le service d'urgence et le SMUR sur chacun des trois sites (CH d'Autun, de Montceau-les-Mines et l'Hôtel-Dieu du Creusot). En fonction de l'évolution du cadre réglementaire des autorisations en médecine d'urgence, évaluer l'opportunité et la faisabilité de la création d'une antenne de médecine d'urgence sur l'un des deux sites de Montceau-les-Mines ou du Creusot.	1	GHT et ARS	2022
6	Concernant les maternités des niveau 1 du territoire, mettre en œuvre un scénario préférentiel, et à défaut, un scénario de repli : <u>Le scénario préférentiel</u> consiste à conforter la maternité du CH d'Autun et fermer dans un second temps la maternité du Creusot, avec création d'un CPP. Pour pouvoir mettre le mettre en œuvre: il convient de créer une FMIH pilotée par l'établissement support et associant les trois maternités du territoire, mettre en place des équipes médicales de territoire, garantir une couverture médicale stable et coordonnée, maintenir la couverture chirurgicale par la clinique du parc avec des astreintes d'anesthésie et de chirurgie viscérale. <u>Le scénario de repli</u> , à mettre en œuvre dans le cas où ne seraient pas garanties de manière pérenne la qualité des pratiques et une stabilité des personnels médicaux sur le site d'Autun, consiste à fermer la maternité d'Autun, avec maintien de celle du Creusot. Dans cette hypothèse, il conviendrait de créer un CPP pour le suivi pré et post natal, ouvrir un hébergement temporaire à proximité des maternités du territoire, organiser la prise en charge du risque d'accouchement inopiné avec une astreinte sage- femme pour sécuriser les transports urgents entre le bassin d'Autun et les maternités de Chalon-sur-Saône et du Creusot	1	GHT et ARS	2022-2024
7	Fermer le service d'hospitalisation complète de pédiatrie d'Autun et confier au pôle territorial mère-enfant l'élaboration d'un dispositif permettant l'accès à des soins programmés de proximité. Dans l'hypothèse d'une mise en œuvre du scénario préférentiel, assurer une couverture pédiatrique du secteur de naissance.	1	Direction commune	2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
5	Bâtir, sous l'égide de l'ARS, une filière territoriale de soins critiques qui associe le CHU de Dijon, le CH de Chalon, le CH de Macon et les établissements qui obtiendront une autorisation d'unité de soins intensifs polyvalents dérogatoire.	1	ARS CHU GHT	2023
8	Conforter l'activité chirurgicale du CH de Chalon-sur-Saône dans un contexte très concurrentiel. Développer la chirurgie ambulatoire, formaliser les filières de recours au sein du territoire et avec le CHU. Envisager des mutualisations des équipements de pointe.	1	GHT	2022
9	Formaliser la filière gériatrique avec un management territorial à l'échelle du GHT. Accompagner sa déclinaison en proximité sur chacun des bassins de population et assurer un appui du secteur sanitaire aux autres acteurs du territoire intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées.	1	GHT	Sept. 2022
10	Renforcer les partenariats territoriaux et régionaux, en intégrant un volet coopération à chaque projet formalisé et en conventionnant avec le CHU sur le volet recherche.	2	GHT	2022
2	Développer le volet clinique du SI afin de faciliter les liens avec la ville, en coordination avec le GRADeS	1	GHT	2022-23
1	Conventionner avec les organisations coordonnées de soins de ville, centres de santé, MSP et CPTS afin de dynamiser le lien ville-hôpital.	2	GHT	2022
Gouvernance				
11	Faire une présentation transparente sur l'état de la situation financière aux instances de chacun des établissements de la direction commune.	1	Direction commune	S2 2022
13	Accompagner la mise en œuvre sur le CH de Chalon de la contractualisation avec les pôles d'un plan pluriannuel de formation des binômes chefs de pôles-cadres de pôles, en lien avec le CHU de Dijon. Veiller à la solidité de la comptabilité analytique, permettant fiabilité et régularité dans la production de tableaux de bords de suivi de l'activité, des recettes et des dépenses.	1	Direction commune CHU de Dijon	2022- 2023
14	Structurer le dialogue de gestion avec les pôles autour de huit conférences de pôles annuelles, co-présidées par le directeur général et le PCME, associant les binômes de pôles, les chefs de service et les cadres paramédicaux. Mettre en place des revues de pôles trimestrielles avec les binômes de pôle, animées par le pôle performance territoriale en lien étroit avec le DIM.	1	Direction commune	A préparer en 2022 pour mise en œuvre au S1 2023
15	Sur la base de la feuille de route des activités médicales proposées par la mission, dresser pour début 2023 une cartographie des activités de biologie de proximité devant être maintenues sur Montceau-les-Mines et les actes biologiques pouvant en toute sécurité être transférés à Chalon-sur-Saône. Assurer le déploiement complet du PACS d'imagerie commun. Engager dès 2022 une réflexion sur la mutualisation des activités des PUI de la direction commune.	2	GHT	Début 2023
12	Elaborer une charte du management précisant la répartition des périmètres de compétences entre le CH de Chalon et les autres établissements de la direction commune, ainsi que les missions attribuées aux pôles et aux services.	2	Direction commune	A finaliser pour fin 2022
16	Associer les établissements privés, ESPIC et la médecine de ville à la révision du PMSP.	1	GHT	Sept. 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
17	Conclure avec le CHU de Dijon un accord cadre de partenariat et préparer avec cet établissement les successions de chefferies de services sur les trois ans à venir.	2	GHT, CHU de Dijon et ARS	A finaliser pour S1 2023
Ressources humaines				
18	Mettre en place sur les trois centres hospitaliers : - un même tableau de suivi des emplois, PNM et PM (avec effectifs titulaires/non titulaires, masse salariale, remplacements) comportant les informations à l'échelle des services, tenu à jour mensuellement, avec saisonnalisation dans l'EPRD, suivi des écarts entre le prévisionnel et le réalisé ainsi qu'une prospective sur la fin d'année. - des outils de suivi des temps de travail, des effectifs et de contrôle de gestion sur les trois sites MCO, (CHRONOS, ADELYS, décisionnel CPAGE), avec un appui de la direction commune pour leur mise en place afin de pouvoir produire facilement et en temps réel les indicateurs nécessaires au pilotage et au contrôle de gestion.	1	Direction commune et directions déléguées	S2 2022
19	Mettre en place une réunion mensuelle afin d'examiner l'évolution des dépenses de titre 1 et du tableau des emplois, présidée par le directeur de l'établissement concerné (directeur général à Chalon-sur-Saône et directeurs délégués sur les autres sites).	1	Directions déléguées des trois CH	S2 2022
20	Dans le cadre de la feuille de route sur les activités médicales proposées par la mission, stabiliser les organisations et communiquer sur le positionnement territorial pérenne du CH de Montceau-les-Mines. Accompagner le changement par la formation à destination de l'encadrement médico soignant et administratif.	1	Direction déléguée du CH de Montceau-les-Mines	2023
Finances				
22	Mettre en œuvre un plan de redressement de la situation financière portant sur les cinq axes suivants : - Tirer les conséquences de la feuille de route des activités médicales proposée par la mission sur le capacitaire, l'organisation des activités médicales sur les différents sites et les ressources qui y sont affectées - Mettre en place des actions de contrôle de gestion sur l'ensemble des postes de dépenses des titres 1, 2 (pertinence des prescriptions médicamenteuses de biologie et d'imagerie) et 3 (poursuivre le travail de rationalisation des achats engagés, restauration, nettoyage, pilotage des stocks) - Accélérer les études en cours sur les sujets biologie, imagerie, pharmacie dans une logique de mutualisation inter-sites - Systématiser une procédure d'instruction médico-économique approfondie des projets de développement d'activités nouvelles, permettant de chiffrer avec rigueur l'ensemble des recettes et des dépenses afférentes et de sécuriser ainsi la marge réelle dégagée. - Sécuriser en termes de ROI les investissements retenus à ce stade dans le cadre du Ségur de la santé et réinterroger leur priorisation au regard de la feuille de route médicale proposée par la mission.	1	Direction commune	2022-2023
21	Réaliser des études techniques de renégociation de la charge de la dette et de sa structure, avec au moins deux cabinets spécialisés, sur les trois sites.	1	Direction commune et ARS	Deuxième semestre 2022

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	17
1 UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE A L'ACTIVITE PEU DYNAMIQUE, FORTEMENT CONCURRENCE PAR LE PRIVE ET INSUFFISAMMENT CONNECTE AUX NOMBREUX DISPOSITIFS DE COORDINATION QUI EXISTENT	20
1.1 UN GROUPEMENT HOSPITALIER COMPOSE DE NOMBREUX ETABLISSEMENTS DONT TROIS SITES PRINCIPAUX SUR CHACUN DES BASSINS DE POPULATION DU TERRITOIRE	20
1.2 UN TERRITOIRE HETEROGENE EN MATIERE D'ACCESSIBILITE ET DE DYNAMIQUE SOCIO-ECONOMIQUE, VIEILLISSANT, AVEC UNE FAIBLE DENSITE MEDICALE.....	21
1.2.1 <i>Trois secteurs géographiques distincts.....</i>	22
1.2.2 <i>Un déclin démographique, un vieillissement de la population et une pauvreté plus marqués à l'ouest qu'à l'est du département.....</i>	23
1.2.3 <i>Des indicateurs de santé satisfaisants au regard des caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population.....</i>	25
1.2.4 <i>Une densité médicale faible, en particulier à l'ouest du département et dans la Nièvre voisine mais une dynamique engagée de structuration coordonnée de l'offre de proximité</i>	27
1.3 DES FUITES EXTRATERRITORIALES CONSEQUENTES ET UNE CONCURRENCE FORTE DU SECTEUR PRIVE	28
1.3.1 <i>Des taux de fuites extraterritoriales conséquents</i>	28
1.3.2 <i>Une forte concurrence du privé à but lucratif et à but non lucratif en lien avec l'histoire minière du territoire</i>	30
1.4 UNE PERFORMANCE DES ACTIVITES ET DES ORGANISATIONS A AMELIORER	32
1.4.1 <i>Des évolutions d'activité contrastées selon les sites et les spécialités.....</i>	32
1.4.2 <i>Des taux d'occupation corrects mais des IPDMS perfectibles.....</i>	34
1.4.3 <i>Valorisation des activités.....</i>	35
1.5 UNE OUVERTURE VERS LA MEDECINE DE VILLE A DEVELOPPER, UNE COORDINATION EN INTRA HOSPITALIER ET AVEC L'AVAIL A RENFORCER AFIN DE FLUIDIFIER LE PARCOURS DE SOINS.....	36
1.5.1 <i>Décloisonner le parcours patient entre la ville et l'hôpital, en s'appuyant sur des avis médicaux partagés en amont et un volet clinique du SI renforcé</i>	36
1.5.2 <i>Anticiper les étapes du parcours hospitalier pour en réduire la durée</i>	39
1.5.3 <i>Mieux anticiper la sortie du patient en mobilisant les ressources HAD, aval SSR et DAC.....</i>	40
2 UNE NOUVELLE FEUILLE DE ROUTE MEDICALE PROPOSEE PAR LA MISSION QUI RECENTRE LE CH DE MONTCEAU-LES-MINES SUR DES ACTIVITES EN PROXIMITE, STRUCTURE LES FILIERES DE SOINS A L'ECHELLE DU TERRITOIRE ET RENFORCE LES SYNERGIES AVEC LE CHU DE DIJON	43
2.1 REORIENTER LES ACTIVITES MEDICALES DU CH DE MONTCEAU-LES-MINES DANS LE CADRE D'UNE LABELLISATION D'HOPITAL DE PROXIMITE QUI SECURISE SON AVENIR	44
2.1.1 <i>Un centre hospitalier en perte de repères sur les trente dernières années.....</i>	44
2.1.2 <i>La labellisation en hôpital de proximité : une opportunité à saisir</i>	45
2.1.3 <i>Des exemples de reconversions réussies d'activités qui montrent la capacité des équipes du CH de Montceau-Les-Mines à s'adapter : la création du centre périnatal de proximité, la mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière (FMIH) en cardiologie</i>	46
2.1.4 <i>Des activités à consolider, d'autres à supprimer dans le cadre de cette labellisation d'hôpital de proximité .</i>	48
2.2 FILIERE URGENCES ET SOINS CRITIQUES : UN PROJET DE POLE TERRITORIAL DES URGENCES A REVISITER, UNE STRUCTURATION DES SOINS CRITIQUES A ORGANISER A L'ECHELLE REGIONALE	52
2.2.1 <i>Un projet actuel de pôle territorial des urgences ne portant pas d'équipe médicale de territoire et n'organisant pas de partage des pratiques</i>	52
2.2.2 <i>Des activités très faibles en nuit profonde qui justifient des regroupements dans le cadre d'une couverture territoriale d'accès maintenue.....</i>	53
2.2.3 <i>Bâtir une filière régionale de soins critiques.....</i>	55
2.2.4 <i>Fermer les unités de soins continus des CH de Montceau-les-Mines et d'Autun, en anticipant l'évolution réglementaire des conditions d'implantation pour les activités de soins critiques.....</i>	56

2.3	UN POLE TERRITORIAL FEMME-MERE-ENFANT A METTRE EN ŒUVRE DANS LES FAITS, AVEC DES CHOIX A OPERER SUR LES SUJETS MATERNITE NIVEAU 1 ET PEDIATRIE	57
2.3.1	<i>Une maternité au CH d'Autun située sur un territoire isolé aux confins de trois départements, dont l'existence répond à des enjeux de santé publique</i>	57
2.3.2	<i>Un pôle territorial FME créé en 2019 qui a conforté le rôle de l'établissement support sans sécuriser le fonctionnement de la maternité d'Autun</i>	58
2.3.3	<i>Un déficit médical qui a un impact sur la qualité des prises en charge au sein de chacune des deux maternités de niveau 1 du territoire</i>	59
2.3.4	<i>Maintenir une seule maternité de niveau 1 sur ce territoire afin de répondre aux enjeux de santé publique et de garantir la qualité des pratiques en rationalisant les ressources médicales.....</i>	60
2.3.5	<i>Fermer l'hospitalisation complète du service de pédiatrie du CH d'Autun et maintenir un suivi pédiatrique conforme aux conditions de fonctionnement d'une maternité niveau 1</i>	62
2.4	UN POLE CHIRURGIE DE CREATION RECENTE, QUI DOIT S'ENGAGER POUR DEVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE, RECHERCHER DES COOPERATIONS TERRITORIALES ET FORMALISER DES FILIERES DE RECOURS	64
2.4.1	<i>Un seul pôle de chirurgie publique sur le territoire, un secteur très concurrentiel avec le privé qui incite à développer des coopérations.....</i>	64
2.4.2	<i>Des tensions sur les effectifs médicaux au bloc opératoire impactant fortement son activité.....</i>	65
2.4.3	<i>Un développement de la chirurgie ambulatoire à prioriser.....</i>	65
2.5	UNE FILIERE GERIATRIQUE QUI RESTE A FORMALISER ET METTRE EN ŒUVRE, DANS UNE LOGIQUE DE PRISES EN CHARGE GRADUEES PAR BASSIN DE VIE ET AVEC UN CAPACITAIRE REDISTRIBUE AU SEIN DU TERRITOIRE.....	67
2.5.1	<i>Une consommation de médecine gériatrique se faisant au plus proche du territoire de vie des personnes de 75 ans et plus</i>	67
2.5.2	<i>Une filière gériatrique n'ayant toujours pas été définie par le GHT, avec pour conséquence des évolutions capacitaires non validées par les communautés médicales et le comité territorial des élus locaux (CTEL).....</i>	68
2.5.3	<i>Cinq axes prioritaires à définir pour ancrer la filière gériatrique sur son territoire</i>	70
2.6	RENFORCER LES SYNERGIES AVEC LE CHU DE DIJON ET INTENSIFIER LES COOPERATIONS TERRITORIALES.....	70
2.6.1	<i>Une coopération avec le CHU de Dijon ne pouvant se limiter à la seule gestion en urgence de la démographie médicale.....</i>	70
2.6.2	<i>La coopération pour la recherche et l'enseignement, une opportunité pour le GHT.....</i>	71
3	UNE GOUVERNANCE MEDICO-ADMINISTRATIVE A CONSOLIDER, UN DIALOGUE DE GESTION AVEC LES POLES ET SERVICES A STRUCTURER, UN PILOTAGE STRATEGIQUE QUI DOIT ETRE DEPLOYE A L'ECHELLE DU TERRITOIRE.	71
3.1	UNE EQUIPE DE DIRECTION RESTANT ENCORE A RENFORCER SUR LE PERIMETRE DE LA DIRECTION COMMUNE, AVEC UNE NOUVELLE DYNAMIQUE RECEMMENT ENCLENCHEE	71
3.1.1	<i>Un historique complexe sur un périmètre large</i>	71
3.1.2	<i>Une nouvelle dynamique engagée à l'occasion de la prise de fonctions récente du Directeur général.....</i>	72
3.1.3	<i>Des process RH et Finances à organiser sur le périmètre de la direction commune, en ciblant dans un premier temps les trois sites de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun</i>	74
3.1.4	<i>Un objectif managérial à poursuivre en 2022 : éclaircir les missions et la place de chaque acteur dans les processus de décision au sein de la direction commune, dans le cadre d'une charte du management</i>	75
3.2	METTRE EN ŒUVRE UNE CONTRACTUALISATION AVEC LES POLES SUR LE CH DE CHALON-SUR-SAONE ET STRUCTURER UN DIALOGUE DE GESTION EFFICACE	75
3.2.1	<i>Une absence de contractualisation durant plusieurs années</i>	75
3.2.2	<i>Une démarche engagée en mars 2022</i>	75
3.2.3	<i>Une contractualisation avec les pôles qui doit s'inscrire dans le cadre d'un dialogue de gestion renforcé et structuré.....</i>	77
3.2.4	<i>Un dispositif rénové qui doit laisser toute leur place aux services de soins</i>	78
3.3	POURSUIVRE LES EFFORTS ENTREPRIS SUR LES FONCTIONS SUPPORTS ET ALLER PLUS LOIN SUR LES SUJETS BIOLOGIE-IMAGERIE-PHARMACIE	79
3.3.1	<i>Une dynamique positive sur les fonctions supports à maintenir</i>	79
3.3.2	<i>Des actions à amplifier sur les sujets biologie, imagerie et pharmacie.</i>	80
3.4	CONSTRUIRE ET FAIRE VIVRE UNE VRAIE STRATEGIE DE TERRITOIRE	81
3.4.1	<i>Au sein de la direction commune, mettre en œuvre une stratégie globale fondée sur un projet médico-soignant revisité.....</i>	81
3.4.2	<i>Evoluer vers une vraie stratégie de territoire, au-delà de la seule direction commune et du GHT.....</i>	82

4	UNE DYNAMIQUE D'EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DE LA MASSE SALARIALE NON CORRELEE A CELLE DE L'ACTIVITE, UNE POLITIQUE DE PREVENTION DE LA SANTE AU TRAVAIL PERFECTIBLE ET UN DIALOGUE SOCIAL TENDU.....	84
4.1	UNE URGENCE A METTRE EN PLACE UN PILOTAGE RIGOREUX DES EFFECTIFS ET DE LA MASSE SALARIALE.....	84
4.1.1	<i>Une évolution des effectifs non corrélée à celle de l'activité</i>	<i>84</i>
4.1.2	<i>Assurer, dans les trois CH ayant des activités de court séjour, le suivi des emplois à une maille fine et en temps réel, avec un portage fort par la direction générale.....</i>	<i>94</i>
4.2	DES MARGES DE PROGRES EXISTANTES MAIS VARIABLES SELON LES TROIS SITES EN MATIERE DE PREVENTION DE LA SANTE AU TRAVAIL	97
4.2.1	<i>A Chalon-sur-Saône, des moyens consacrés à la prévention, insuffisants malgré des indicateurs dégradés dans certains services</i>	<i>97</i>
4.2.2	<i>A Montceau-les-Mines, des efforts de prévention engagés notamment en matière de risques psychosociaux, qu'il convient de poursuivre.....</i>	<i>100</i>
4.2.3	<i>A Autun, une nécessaire consolidation des bases de la gestion RH avant de pouvoir analyser l'état de santé au travail</i>	<i>101</i>
4.2.4	<i>Sur les trois CH principaux de la direction commune, impliquer davantage l'encadrement soignant et développer un management plus participatif par les cadres.....</i>	<i>102</i>
4.3	UNE RESTAURATION NECESSAIRE DE LA CONFIANCE AU SEIN DU DIALOGUE SOCIAL DE CHACUN DES ETABLISSEMENTS ET A L'ECHELLE DU GHT AFIN DE POUVOIR ENCLANCHER LES CHANGEMENTS NECESSAIRES.....	102
4.3.1	<i>Un dialogue social tendu en particulier dans l'établissement support, qui pourrait faire obstacle à la mise en œuvre des changements nécessaires en matière de feuille de route médicale et de redressement financier.....</i>	<i>102</i>
4.3.2	<i>Une articulation des compétences à améliorer entre la conférence territoriale de dialogue social et les instances des établissements</i>	<i>104</i>
5	UNE SITUATION FINANCIERE TRES PREOCCUPANTE, EN PARTIE MASQUEE PAR DES AIDES MASSIVES, QUI NECESSITE UN PLAN D'ACTION A COURT TERME AFIN D'ENRAYER LA SPIRALE NEGATIVE CONSTATEE SUR L'ENDETTEMENT, LA CAPACITE D'INVESTISSEMENT ET LA TRESORERIE.....	104
5.1	DES RESULTATS COMPTABLES FORTEMENT DEGRADES, MALGRE DES AIDES TRES IMPORTANTES QUI MASQUENT EN PARTIE LA REALITE DE LA SITUATION BUDGETAIRE	106
5.1.1	<i>Une évolution des charges non corrélée à celle observée pour les produits et l'activité MCO</i>	<i>106</i>
5.1.2	<i>Une hausse régulière des charges</i>	<i>107</i>
5.1.3	<i>Une évolution des produits insuffisante pour couvrir les charges</i>	<i>108</i>
5.1.4	<i>Un compte de résultat fortement déficitaire si on neutralise les aides qui sont d'un niveau très important</i>	<i>109</i>
5.2	UNE SITUATION FINANCIERE TRES DIFFICILE QUI PROVOQUE UN CERCLE VICIEUX SUR L'ENDETTEMENT, LA TRESORERIE ET LA CAPACITE D'INVESTISSEMENT.....	110
5.2.1	<i>Les trois établissements de court séjour de la direction commune sont confrontés à une forte problématique d'endettement, de nature différente et à des niveaux variés.....</i>	<i>110</i>
5.2.2	<i>Compte tenu de leur situation financière dégradée, les hôpitaux financent le poids de la dette par des prélèvements sur le fonds de roulement avec en conséquence une trésorerie en situation difficile</i>	<i>113</i>
5.2.3	<i>La capacité d'investissement est en dégradation et est insuffisante au regard des besoins.....</i>	<i>114</i>
5.3	AU REGARD DE CETTE SITUATION DIFFICILE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES, DES PLANS D'ACTION COPERMO DEFINIS MAIS QUI, MIS EN ŒUVRE DE MANIERE PARTIELLE, N'ONT PAS PERMIS D'AMELIORER LA TRAJECTOIRE FINANCIERE	116
5.3.1	<i>Des établissements inscrits en COPERMO performance depuis 2015.....</i>	<i>116</i>
5.3.2	<i>Une dernière procédure d'instruction COPERMO en 2020 dressant un constat sévère et définissant une feuille de route précise</i>	<i>117</i>
5.4	DES PROJECTIONS A HORIZON 2024 PEU REALISTES ET INSUFFISANTES POUR INVERSER LA TENDANCE SUR L'ENDETTEMENT ET LA TRESORERIE.....	118
5.4.1	<i>Chalon-sur-Saône : une trajectoire 2022-2024 peu crédible et ne résolvant pas le sujet de la trésorerie</i>	<i>118</i>
5.4.2	<i>Montceau-les-Mines : une situation financière qui reste très difficile dans le cadre de la trajectoire 2022-2024</i>	<i>120</i>
5.4.3	<i>Autun : une trajectoire financière 2022-2024 encore plus dégradée que par le passé.....</i>	<i>121</i>
5.5	EN CONSEQUENCE, UN PLAN DE REDRESSEMENT INDISPENSABLE A COURT TERME, AVEC UN CONTROLE DE GESTION A RENFORCER SUR L'ENSEMBLE DES DEPENSES, UN PILOTAGE RESSERRE DES ACTIVITES MEDICALES ET DES INVESTISSEMENTS QUI DOIVENT DEGAGER UN ROI SECURISE.....	122
5.5.1	<i>Des actions fortes à poursuivre sur le schéma capacitaire et les IPDMS, dans le cadre de la feuille de route sur les activités médicales proposée par la mission</i>	<i>122</i>

RAPPORT IGAS N°2021-111R

5.5.2	<i>Une maîtrise des dépenses à accentuer sur tous les titres</i>	122
5.5.3	<i>Une conduite de projets à renforcer sur les fonctions médicotéchniques.....</i>	122
5.5.4	<i>Une instruction des projets de développements d'activités à mieux structurer</i>	123
5.5.5	<i>Des opérations d'investissements à sécuriser.....</i>	123
5.5.6	<i>Une action rapide à engager sur l'EHPAD de Chalon.....</i>	124
LETTRE DE MISSION		127
ANNEXES		129
ANNEXE 1 :	CHOIX DE L'ECHANTILLON DE COMPARAISON	131
ANNEXE 2 :	PARTS DE MARCHES PAR DOMAINE D'ACTIVITE ET PAR GROUPEMENT DE RACINES GHM.....	135
ANNEXE 3 :	EVOLUTION DES CHARGES, DES PRODUITS ET DE L'ACTIVITE DES CH DE MONTCEAU-LES-MINES ET D'AUTUN	141
ANNEXE 4 :	AIDES FINANCIERES EXCEPTIONNELLES VERSEES PAR L'ARS	147
ANNEXE 5 :	EXTRAIT DU RAPPORT DE PRESENTATION DU DOSSIER COPERMO DU 24 MARS 2020.....	149
PIECES JOINTES.....		153
PIECE JOINTE 1 : ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION COMMUNE AU 9 MARS 2022		155
PIECE JOINTE 2 : ORGANISATION DES POLES D'ACTIVITES MEDICALES AU CH DE CHALON-SUR-SAONE		157
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES		159
SIGLES UTILISES		165

RAPPORT

Introduction

[34] Par lettre de mission du 25 novembre 2021, le ministre des solidarités et de la santé a confié à l'IGAS une mission T0 de diagnostic et de propositions relative au groupement hospitalier de territoire (GHT) de Saône-et-Loire Bresse Morvan.

[35] Le GHT a été créé en septembre 2016 et couvre une population d'environ 360 000 habitants. Il regroupe trois centres hospitaliers (CH) principaux de court séjour: le CH de Chalon-sur-Saône, établissement support du GHT avec une activité MCO, le CH de Montceau-les-Mines avec une activité de médecine et le CH d'Autun avec une activité de médecine et d'obstétrique. Ces trois établissements sont en direction commune. Il comprend également quatre établissements hospitaliers ayant une activité de médecine de proximité avec parfois également une activité de soins de suite et de réadaptation, un CH spécialisé en psychiatrie et plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

[36] Les trois établissements de court séjour font face à des difficultés multiples et récurrentes de gouvernance, de fonctionnement interne, de réalisation de leurs projets médicaux et de maîtrise de leur équilibre financier, soulignées dans la lettre de mission. Leurs difficultés financières remontent à plusieurs dizaines d'années et sont donc bien antérieures à la création du GHT. Ils étaient suivis depuis 2015 en COPERMO performance.

[37] Le territoire hétérogène sur le plan géographique et les rivalités historiques entre les communes ont constitué dans le passé des obstacles aux tentatives de réorganisations de l'offre hospitalière. La première pierre d'un hôpital communautaire qui devait réunir le CH de Montceau-les-Mines et l'Hôtel-Dieu du Creusot (ESPIC) et qui devait être situé entre ces deux communes² a été posée en 2009 mais le projet a finalement été abandonné par la suite. En parallèle, un hôpital neuf était inauguré à Chalon-sur-Saône deux ans plus tard. Le contexte politique et social local reste complexe aujourd'hui encore. Le dialogue social est également tendu, avec des invasions régulières du conseil de surveillance du CH de Chalon-sur-Saône par les organisations syndicales et des séquestrations des représentants de l'Etat.

[38] L'ancienne directrice de l'établissement support, et de la direction commune, en poste pendant quatre ans, est partie à la retraite le 1^{er} mars 2022. Le nouveau directeur a pris ses fonctions début mars 2022. Il était auparavant directeur du CHS du département, intégré au GHT. Sa nomination par le Centre national de gestion a confirmé le choix du directeur général de l'ARS en accord avec les élus présidents des conseils de surveillance et les présidents des commissions médicales d'établissement des établissements parties à la direction commune.

[39] La lettre de mission demande à l'IGAS de réaliser « une mission de type T0 portant sur ce groupement et plus particulièrement sur les hôpitaux en direction commune de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun ».

[40] Il s'agit d'une mission T0 originale pour l'IGAS puisqu'elle concerne non pas un CHU comme il est d'usage mais un GHT avec une direction commune qui comporte six établissements.

² « La première pierre a deux ans », le journal de Saône et Loire, 5 novembre 2012

[41] Les objectifs assignés à la mission sont les suivants :

- Dresser un état des lieux de l'offre de soin, de la situation financière, de la soutenabilité des investissements, en intégrant les financements Ségur ;
- Analyser les forces et faiblesses de la gouvernance (direction commune, gouvernance médicale, instances associant les élus locaux, articulation avec la gouvernance du GHT) ;
- Etablir un diagnostic du fonctionnement de certaines filières de soins à l'échelle du GHT (urgences, gynécologie-obstétrique-pédiatrie, anesthésie-chirurgie, gériatrie) ;
- Identifier les axes de coopération à créer ou à renforcer avec les autres établissements (SSR, médicosocial, privés et HAD), du Nord-Saône-et-Loire (autres établissements du GHT, établissements privés, HAD), le GHT de Bourgogne méridionale et le CHU de Dijon.

[42] En ce qui concerne l'analyse de l'activité, de la situation financière, de la gouvernance et des ressources humaines, la mission s'est concentrée sur les trois établissements principaux car ce sont ceux qui concentrent les masses financières les plus importantes et qui portent les enjeux les plus sensibles. Concernant Chalon-sur-Saône, la mission a fait une analyse comparative sur la base d'un échantillon de CH comparables en terme de recettes globales, situés dans des départements ayant des dynamiques démographiques similaires (cf. présentation de l'échantillon en annexe). Elle s'est également appuyée sur des comparaisons avec les établissements de la même catégorie.

[43] Concernant les parcours patients, la mission a étudié les quatre filières indiquées dans la lettre de mission (mentionnées ci-dessus). Elle a aussi analysé le positionnement spécifique du CH de Montceau-les-Mines car il lui est apparu que les restructurations successives des activités du CH n'avaient pas encore permis d'atteindre le point d'équilibre lui permettant de proposer une offre de soins lisible et stabilisée, répondant au besoin de santé de la population de son bassin, ce qui est également une condition de son redressement financier.

[44] L'ensemble de ces analyses sur la structuration de l'offre de soins ont été conduites en prenant en compte l'offre de soins globale, intégrant l'ensemble des acteurs, publics et privés du territoire et non sur le seul périmètre du GHT. Cette feuille de route médicale proposée par la mission pourra servir d'appui à la révision du projet médico-soignant partagé (PMSP) dont le démarrage des travaux est prévu en septembre 2022.

[45] Dans le cadre de ses travaux, la mission a suivi la méthodologie développée par l'IGAS pour la réalisation d'évaluations « T0 », tout en s'adaptant aux spécificités du contexte et de la commande. Dans la mesure où il s'agissait d'évaluer un groupement hospitalier de territoire (et non un CHU), elle s'est efforcée d'approfondir le sujet des coopérations territoriales et de la gradation du parcours de soins à l'échelle du territoire. Elle s'est également efforcée de proposer sur l'ensemble des sujets traités une feuille de route opérationnelle, avec des propositions parfois très précises et qui prennent en compte les freins et les leviers existants.

[46] Pour conduire ses investigations, la mission a effectué deux déplacements d'une semaine chacun. Lors du premier, elle s'est déplacée sur les trois CH principaux et y a rencontré les différentes catégories d'acteurs de chacun des sites, à savoir l'équipe de direction, les présidents et vice-présidents de la communauté médicale d'établissement (PCME), le département d'information médicale (DIM), les binômes de pôles (Chalon-sur-Saône) et chefs de service (Montceau-les-Mines) et médecins (Autun), les cadres de proximité et les organisations syndicales. Elle a également échangé avec les directeurs délégués des autres CH de la direction commune ainsi que la directrice du CH de Louhans (établissement qui ne fait pas partie de la direction commune). Enfin, une séquence d'échanges approfondis avec l'ensemble des élus du territoire a également eu lieu, dans le format du Comité territorial des élus locaux (CTEL).

[47] Lors du second déplacement, la mission a souhaité rencontrer les acteurs des trois CH, cette fois-ci de manière conjointe, afin de pouvoir analyser les dynamiques territoriales existantes ou à développer. Des entretiens thématiques transversaux aux trois CH ont ainsi été préparés puis conduits sur quatre thèmes principaux : les quatre filières de soins, la performance médico-économique, la gouvernance médico-administrative et les ressources humaines.

[48] La mission a également échangé, par visioconférences avec l'ARS, la DGOS, le Conseil départemental, les élus ainsi qu'avec les autres acteurs de santé du territoire (le CHU de Dijon, l'Hôtel-Dieu du Creusot, la clinique du parc d'Autun, les représentants de la médecine de ville, le dispositif d'appui à la coordination territoriale (DAC) et le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé).

[49] Le rapport analyse dans un premier temps (partie 1) le positionnement territorial du GHT, en prenant en compte les caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques du territoire, l'état de santé de la population, l'offre de soins globale, l'activité des trois CH, ainsi les coopérations existantes ou à mettre en œuvre.

[50] Il propose ensuite (partie 2) une feuille de route médicale pour repositionner le CH de Montceau-les-Mines dans une offre de proximité claire et pour structurer à l'échelle du territoire les filières urgences-soins critiques, pôle mère-enfant, chirurgie et gériatrie.

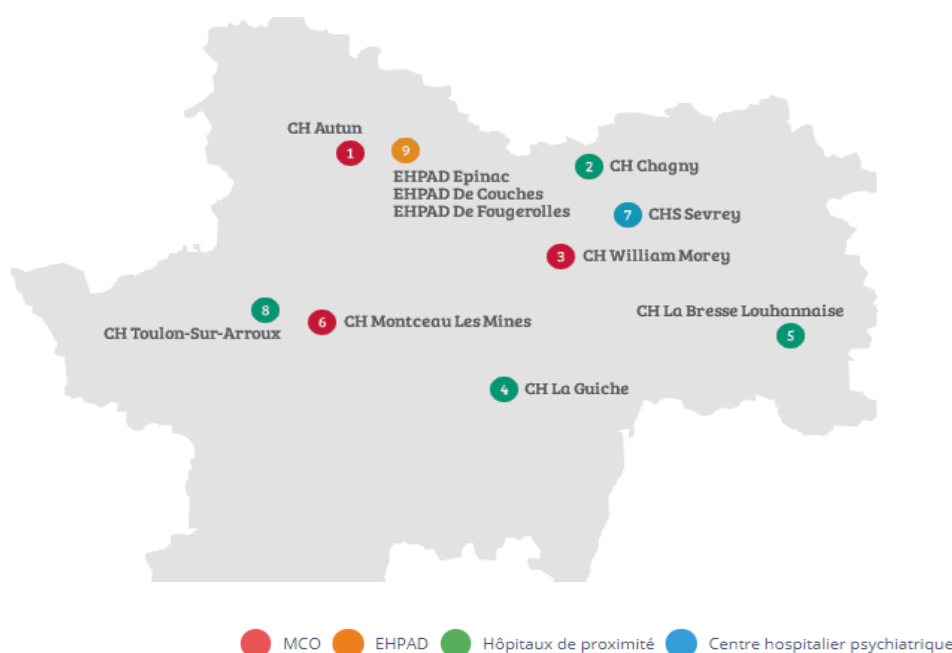
[51] Puis, le rapport évalue (partie 3) la gouvernance médico-administrative, la structuration de la direction commune, le dialogue de gestion au niveau des pôles et services de chacun des CH et le pilotage stratégique à l'échelle du territoire, avant d'analyser la situation des ressources humaines et leur pilotage (partie 4). Enfin, il développe une analyse dynamique de la situation financière en tenant compte des aides très importantes reçues par les trois CH et propose un plan d'action pour engager un indispensable redressement financier (partie 5).

1 Un groupement hospitalier de territoire à l'activité peu dynamique, fortement concurrencé par le privé et insuffisamment connecté aux nombreux dispositifs de coordination qui existent

1.1 Un groupement hospitalier composé de nombreux établissements dont trois sites principaux sur chacun des bassins de population du territoire

[52] Le groupement hospitalier Saône-et-Loire Bresse Morvan, mis en place en septembre 2016, comporte huit centres hospitaliers et plusieurs EHPAD. Tous sont en direction commune à l'exception des centres hospitaliers de Sevrey et de la Bresse Louhannaise.

Carte 1 : Carte du groupement hospitalier de territoire Saône-et-Loire Bresse Morvan



Source : GHT. (Note sur la légende : l'appellation « hôpital de proximité » ne correspond pas au label réglementaire actuel. Seul, le CH de la Bresse Louhannaise est ainsi labellisé et le CH de Chagny est en cours de labellisation.)

[53] Parmi les huit centres hospitaliers, les trois principaux sont :

- Le centre hospitalier William Morey situé à Chalon-sur-Saône, qui a à la fois des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Il est tourné vers une médecine de spécialités. Il a été certifié niveau B (octobre 2019) avec recommandations d'amélioration (gestion du risque infectieux, dossier patient, management de la prise en charge médicamenteuse du patient, management de la prise en charge du patient au bloc opératoire)³. Le site de l'hôpital a été inauguré en 2011.

³ Décision N°2019.0568/CCES/SCES-32631 du 22/10/2019 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CH WILLIAM MOREY CHALONSUR-SAONE CH SPECIALISE DE SEVREY CH CHAGNY

- Le centre hospitalier Jean Bouveri, situé à Montceau-les-Mines qui a comporté dans le passé les trois activités MCO. L'activité d'obstétrique a fermé en 2009⁴ et l'activité de chirurgie complète et de chirurgie ambulatoire en juillet 2018. Il dispose aujourd'hui d'une activité de médecine (polyvalente et plusieurs services de spécialité). Il a été certifié niveau B (novembre 2018) avec des recommandations d'amélioration portant sur les droits des patients, le parcours du patient, le dossier patient, le management de la prise en charge du patient en endoscopie⁵.
- Le centre hospitalier d'Autun, qui dispose d'une activité de médecine et d'obstétrique. Il a été certifié niveau A⁶ (novembre 2018).

[54] Quatre autres établissements sont des hôpitaux avec activités de proximité en médecine et/ou soins de suite et de réadaptation (SSR). Ils sont situés à La Guiche, Toulon-sur-Arroux, Chagny, Louhans. Le centre hospitalier de Louhans est labellisé comme hôpital de proximité, celui de Chagny est en cours de labellisation. Le centre hospitalier spécialisé de Sevrey membre du GHT est le seul établissement psychiatrique du département.

[55] Les capacités d'hospitalisation sont réparties de la manière suivante sur les différents sites :

Tableau 1 : Répartition des lits et places MCO, SSR et USDL sur les sites du GHT Nord Saône et Loire

	Nombre de lits et places MCO	Nombre de lits et places SSR	Nombre de lits et places USLD
Chalon-sur-Saône	424	42	0
Montceau-les Mines	127	60	0
Autun	75	23	54
La Guiche	0	60	0
Toulon-sur-Arroux	0	35	0
Chagny	20	0	0
Louhans	20	30	0
Total	666	250	54

Source : SAE, 2019

[56] Le projet médico-soignant partagé à l'échelle du GHT a été validé en décembre 2017 ; il identifie trente plans d'action par spécialité déclinés dans six filières prioritaires. Ce PMSP n'a pas été décliné en projet d'établissement par les trois établissements principaux.

1.2 Un territoire hétérogène en matière d'accessibilité et de dynamique socio-économique, vieillissant, avec une faible densité médicale

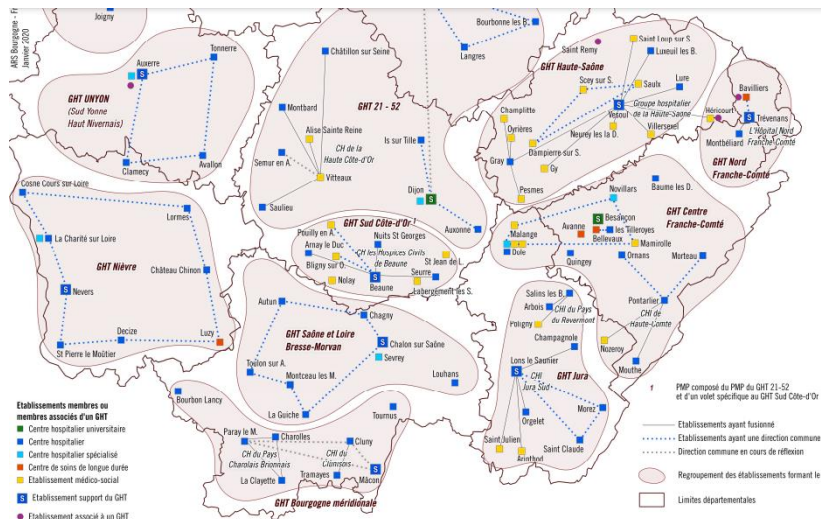
[57] Le GHT est l'un des onze GHT de Bourgogne-Franche-Comté (et le dernier à avoir été créé). Il est l'un des deux GHT du département de Saône-et-Loire.

⁴ Transférée dans un autre établissement (sous statut d'ESPIC) situé au Creusot

⁵ Décision N°2018.0880/CCES/SCES-32529 du 27/11/2018 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CENTRE HOSPITALIER BOUVERI DE MONTCEAU LES MINES (Visite initiale V2014)

⁶ 27/11/2018 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CENTRE HOSPITALIER D'AUTUN

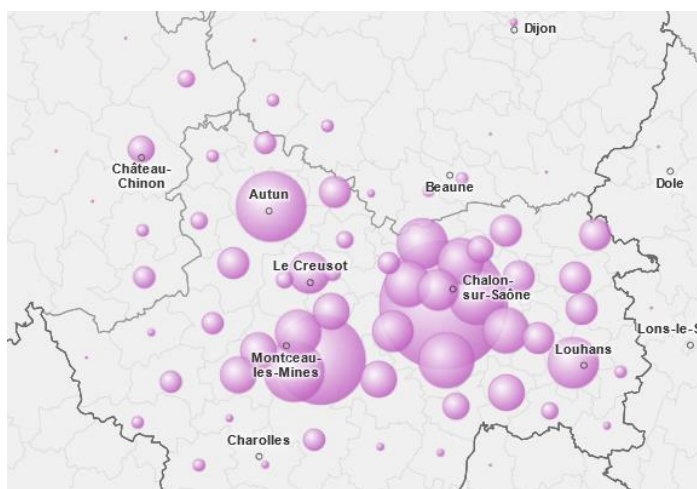
Carte 2 : GHT de la région Bourgogne-Franche Comté



Source : ARS de Bourgogne Franche Comté, janvier 2020

[58] Sa zone de recrutement dépasse les limites du département et s’étend jusqu’au sud de la Côte-d’Or et jusqu’à l’est de la Nièvre (en raison de la situation géographique du CH d’Autun, situé aux portes du Morvan).

Carte 3 : Lieu de résidence des patients pour les séjours PMSI MCO dans les CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun, total activité 2018



Source : ATIH hospidiag

1.2.1 Trois secteurs géographiques distincts

[59] La zone de recrutement du GHT se compose de plusieurs secteurs géographiques hétérogènes en matière de paysages naturels, d’accessibilité et de densité de population : à l’est, la plaine de la Saône et de la Bresse Louhannaise, dont la principale aire urbaine est Chalon-sur-Saône ; au sud-ouest, le bassin industriel du Creusot et minier de Montceau-les-Mines, au nord-ouest de petites montagnes autour d’Autun et une partie du Morvan nivernais, secteur difficile d’accès et peu peuplé.

[60] S’agissant des temps de trajets en voiture, Montceau-les-Mines est situé à 40 minutes de Chalon-sur-Saône (et à 47 minutes d’Autun). Autun est situé (par climat normal) à 1 heure de Chalon-sur-Saône et à 37 minutes du Creusot. Chalon-sur-Saône est situé à 50 minutes de Dijon. Par ailleurs

l'Hôtel-Dieu du Creusot (cf 1.3) est situé à 24 minutes de Montceau-les-Mines et à 35 minutes de Chalon-sur-Saône.

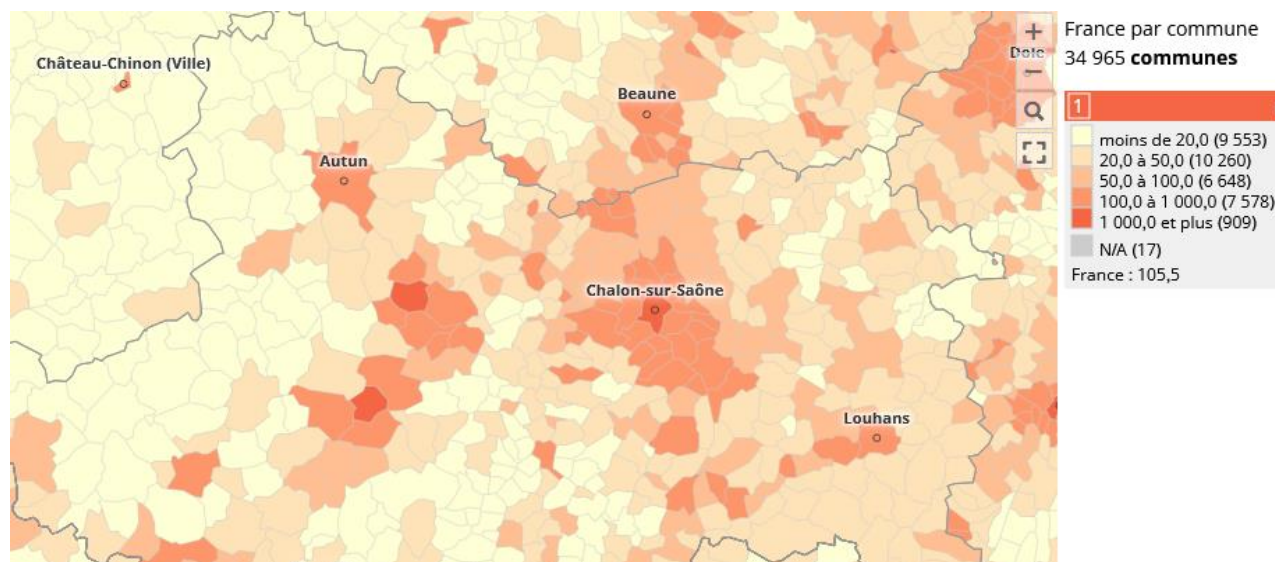
Carte 4 : Carte IGN



Source : IGN, Géoportail

[61] La densité de peuplement en Saône-et-Loire (64,4 habitants/km²) est inférieure à la moyenne nationale (105,5 habitants/km²). La population se répartit sur les aires urbaines de Chalon, de Monceau et du Creusot. A l'ouest d'Autun, la densité est inférieure à 20 habitants par km².

Carte 5 : Densité de population en 2018



Source : Insee statistiques locales 2018

1.2.2 Un déclin démographique, un vieillissement de la population et une pauvreté plus marqués à l'ouest qu'à l'est du département

[62] En terme de dynamique démographique, le département connaît un déclin comparable à celui de la région, bien plus marqué toutefois à l'ouest où se situent les CH de Monceau et d'Autun qu'à

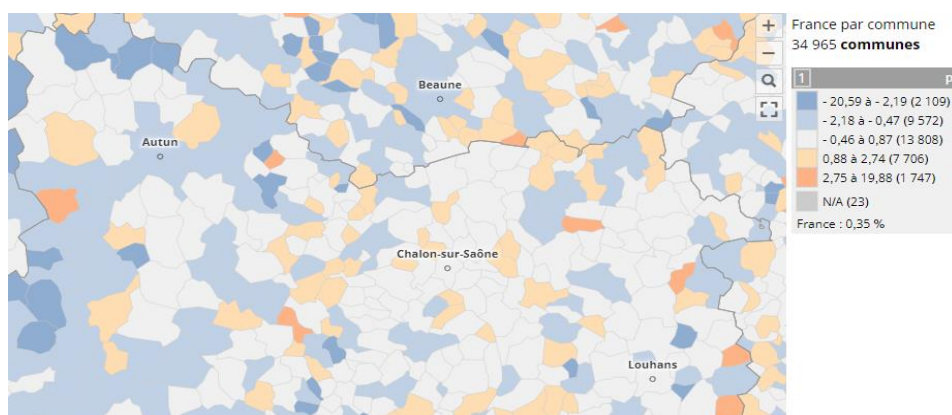
l'est. Il connaît également un vieillissement démographique, plus élevé que la moyenne nationale (+30 %), mais aussi plus élevé que la moyenne régionale (+15 %). Dans l'aire d'attraction d'Autun, le vieillissement démographique est de 50 % plus élevé que la moyenne nationale. Le taux de natalité dans le département est moindre d'environ 20 % à celui de la France.

Tableau 2 : Densité, évolution, vieillissement et taux de natalité de la population dans les aires d'attraction des villes, le département, la région et la France

	Densité de population 2018	Évolution annuelle de 2013-2019	Indice vieilliss. 2018	Estimation 60 ans ou plus 2021	75 ans ou + 2018	taux de natalité
Chalon-sur-Saône	117,6	0,1 %	94,9	NC	10,5 %	NC
Montceau-les-Mines	80,4	-0,8 %	132,8	NC	13,5 %	NC
Autun	29,7	-0,8 %	146,8	NC	14,5 %	NC
Saône-et-Loire	64,4	-0,1 %	117,2	34 %	12,5 %	8,5 %
Bourgogne Franche-Comté	58,8	-0,09 %	99,5	30,8 %	11,1 %	9,2 %
France	105,5	0,35 %	81,9	26,8 %	9,5 %	10,9 %

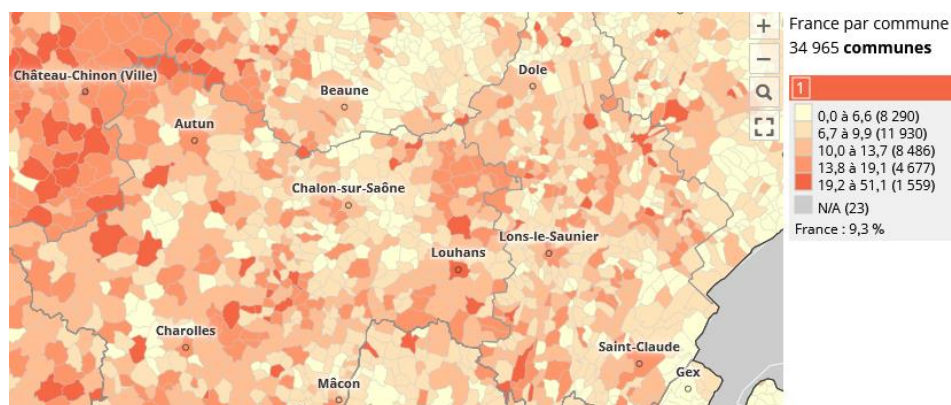
Source : Insee statistiques locales, traitement mission

Carte 6 : Evolution annuelle moyenne de la population entre 2013 et 2019 en %



Source : Insee statistiques locales

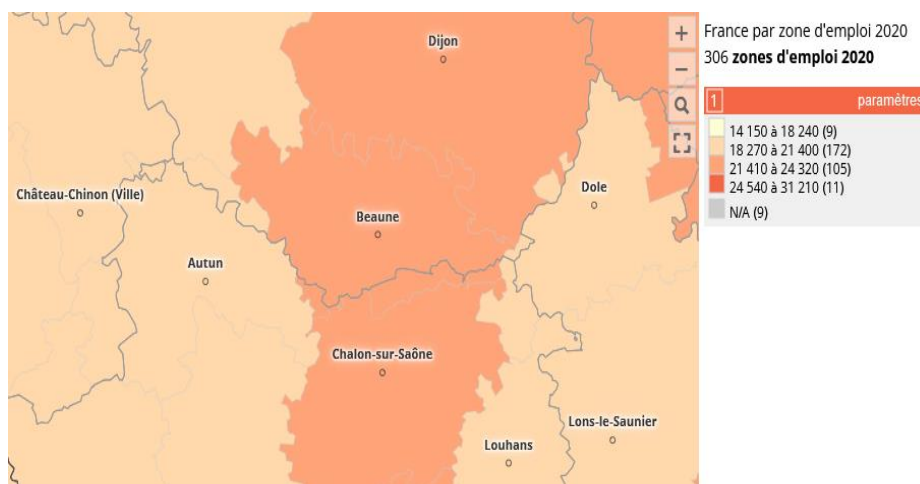
Carte 7 : Part des personnes âgées de 75 ans et plus (en %) en 2018



Source : Insee statistiques locales

[63] S'agissant des caractéristiques socioéconomiques, le taux de pauvreté (12,9 %)⁷ et la part de chômeurs (12 %)⁸ dans la population du département sont inférieurs à la moyenne nationale (respectivement 14,8 % et 13,4 %⁹), avec toutefois, là encore, un clivage entre l'est et l'ouest. Le taux de pauvreté¹⁰ est de 11,8 % à Chalon, de 13,6 % à Montceau, de 15,3 % à Autun et de 15,6 % dans le cœur du Morvan. Le revenu médian¹¹ est de 21 550 € à Chalon-sur-Saône et de 20 490 € à Montceau-les-Mines.

Carte 8 : Médiane du niveau de vie en € en 2019



Source : Insee statistiques locales

[64] La partie ouest du territoire a connu au 19^{ème} siècle une industrialisation importante liée aux activités minières (Montceau-les-Mines), à la sidérurgie, la métallurgie et l'usinage (le Creusot). La part d'ouvriers est encore relativement importante dans le département (28,2 % dans le département, contre 21,2 % en France).

1.2.3 Des indicateurs de santé satisfaisants au regard des caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population

[65] Le taux de personnes en Saône-et-Loire admises en affections de longue durée est plus faible qu'aux niveaux national et régional. Il existe toutefois des écarts importants entre les différents territoires du département. Il est plus élevé dans le sud du département.

⁷ Insee 2019, statistiques locales

⁸ Insee 2018, scansanté indicateurs PMSI

⁹ Insee 2018, scansanté indicateurs PMSI

¹⁰ Insee 2019, statistiques locales

¹¹ Insee 2019, statistiques locales

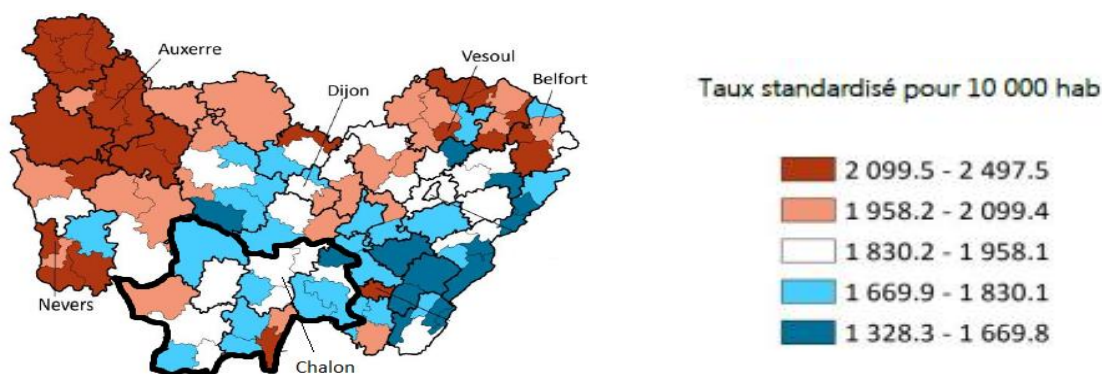
Tableau 3 : Nombre total de personnes en affections de longue durée

	Effectif	Taux
Côte-d'Or	109 560	1 892,4*
Nièvre	61 528	2 067,9*
Saône-et-Loire	134 156	1 909,0*
Yonne	92 762	2 253,6*
BOURGOGNE	398 006	1 996,2*
FRANCHE-COMTE	251 171	1 949,9*
BFC	649 177	1 975,9*
France métropolitaine	13 739 286	2 011,3

Taux standardisés pour 10 000 hab. (pop. réf. : France RP 2006)

Source : Projet régional de santé; données CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (RP) – données 2014, 2012-2014 ; exploitation ORS

Carte 9 : Taux de bénéficiaires des ALD toutes causes par EPCI dans la Saône et Loire (moyenne annuelle 2012-2014, ensemble des cas)



Source : Projet régional de santé

[66] La mortalité prématurée évitable en Saône-et-Loire par l'amélioration de la prise en charge est comparable à la moyenne nationale et inférieure à la moyenne régionale :

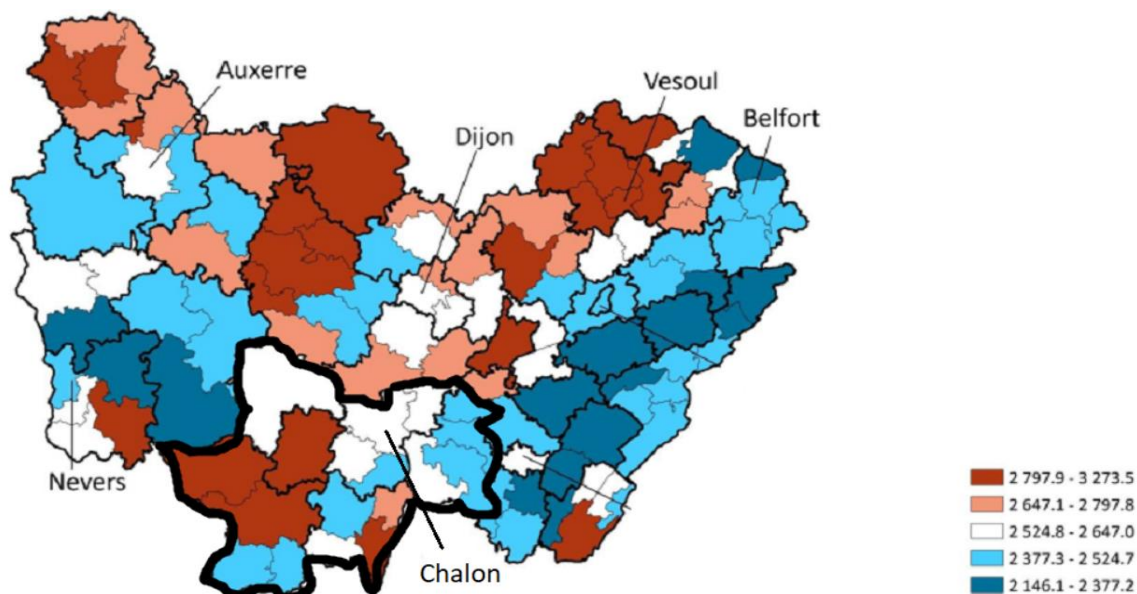
Tableau 4 : Mortalité prématurée évitable selon les modalités d'action dans les départements de Bourgogne

Amélioration de la prise en charge			Modification des comportements individuels	
Effectif		Taux	Effectif	Taux
Côte-d'Or	123	2,6	238	5,0*
Nièvre	76	3,4*	170	8,2*
Saône-et-Loire	133	2,6	314	6,2*
Yonne	112	3,5*	223	7,1*
BOURGOGNE	443	2,9*	945	6,3*
BFC	732	2,8	1 548	6,1*
France métropolitaine	15 362	2,7	31 426	5,7

Source : ARS projet régional de santé ; données Inserm CépiDC (2009-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS ; Lecture du tableau : en Saône-et-Loire, il y a 2,6 décès pour 10 000 habitants de moins de 65 ans évitables par amélioration de la prise en charge et 6,2 décès pour 10 000 habitants évitable par amélioration des comportements individuels.

[67] Le taux d'hospitalisation est moyen sur le territoire, à l'exception de l'ouest où il est plus élevé.

Carte 10 : Taux d'hospitalisation toutes causes confondues par EPCI en Bourgogne Franche Comté (moyenne annuelle 2013-2015)



Source : *Projet régional de santé, données Atih PMSI (2013-2015), Insee (RP) ; exploitation ORS.*

1.2.4 Une densité médicale faible, en particulier à l'ouest du département et dans la Nièvre voisine mais une dynamique engagée de structuration coordonnée de l'offre de proximité

[68] En matière d'offre de soins, le département se caractérise par une densité médicale inférieure aux moyennes nationale et régionale. Il compte 268 médecins pour 100 000 habitants (toutes spécialités et tous modes d'exercices confondus) contre 339 en France et 302 dans la région. Parmi eux, 104 médecins libéraux pour 100 000 habitants contre 149 en France et 123 dans la région¹². Si on ne regarde que les généralistes,

[69] Le département de la Nièvre, dont le sud-est fait partie de la zone de recrutement du GHT de Nord-Saône-et-Loire, a une densité médicale encore plus faible. Il compte 228 médecins dont 105 libéraux pour 100 000 habitants¹³. On y trouve 21 établissements de santé dont 1 maternité et 1 centre périnatal proximité et 671 lits de médecine, chirurgie et obstétrique (513 lits M, 117 C et 41 O)¹⁴.

Tableau 5 : Effectifs et densités (pour 10 000 habitants) des professionnels de santé libéraux ou mixte (remplaçants inclus)

	Médecins généralistes		Infirmiers	
	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité
Côte-d'Or	585	11,0	774	14,6
Nièvre	175	8,1	273	12,7
Saône-et-Loire	465	8,4	998	17,9
Yonne	265	7,8	465	13,6

¹² Drees dataviz, données au 1^{er} janvier 2021

¹³ Drees dataviz, données au 1^{er} janvier 2021

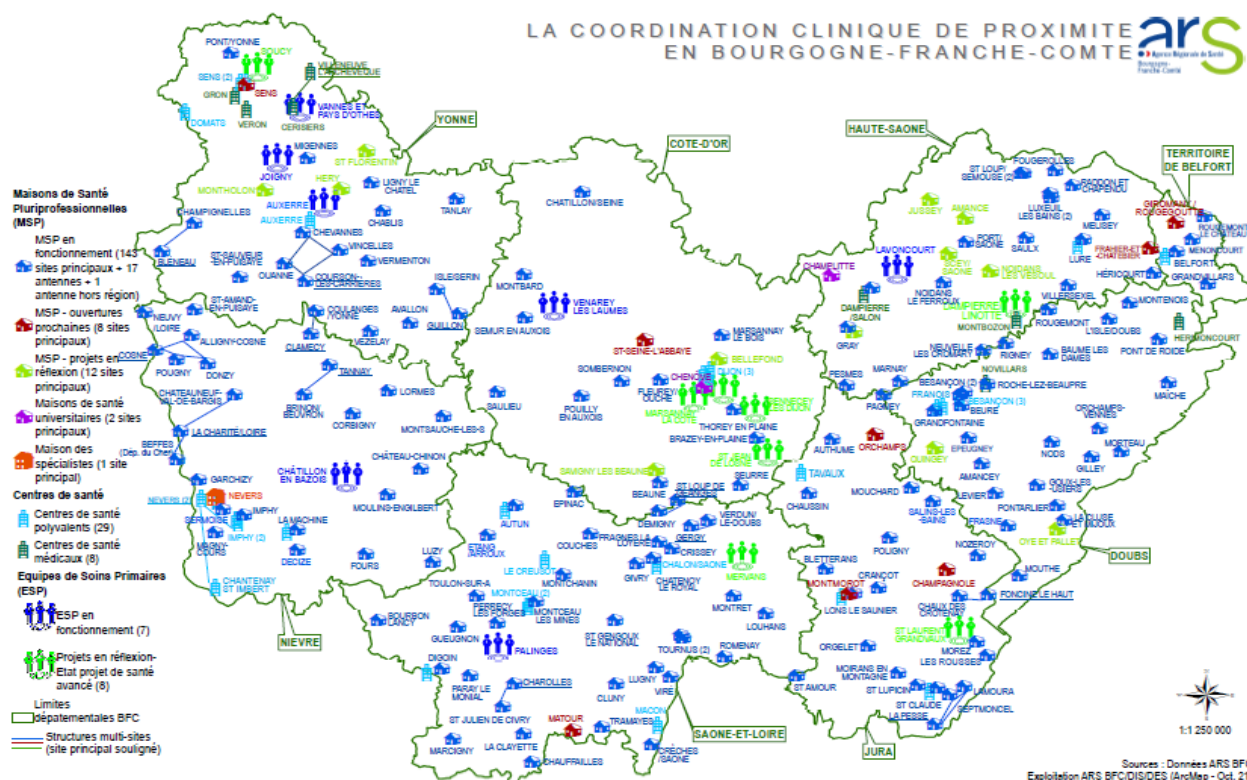
¹⁴ Score santé 2013

BOURGOGNE	1 490	9,1	2 510	15,3
Doubs	618	11,6	676	12,7
Jura	245	9,4	308	11,8
Haute-Saône	233	9,8	336	14,1
Territoire de Belfort	126	8,7	186	12,9
FRANCHE-COMTÉ	1 222	10,4	1 506	12,8
BFC	2 712	9,6	4 016	14,2
France métropolitaine	66663	10,5	111031	17,4

Source : *Projet régional de santé ; Drees / ASIP Santé, Adeli 2016, RPPS 2016 ; Insee (RP 2013) - exploitation ORS*

[70] L'évolution vers une organisation coordonnée des soins de ville est sensible sur ce territoire qui compte aujourd'hui une quinzaine de maisons de santé pluri professionnelles (MSP), quatre centres de santé territoriaux gérés par le Conseil départemental et un dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour accompagner les parcours complexes sur le département (cf. 1.5).

Graphique 1 : Coordination clinique de proximité en Bourgogne-Franche-Comté



Source : *ARS Bourgogne Franche-Comté*

1.3 Des fuites extraterritoriales conséquentes et une concurrence forte du secteur privé

1.3.1 Des taux de fuites extraterritoriales conséquents

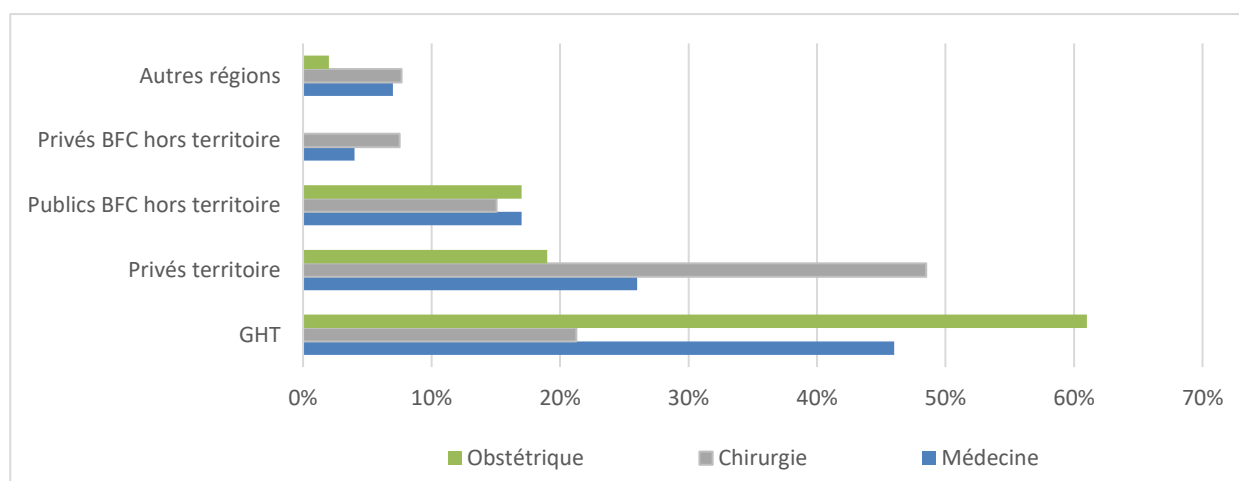
[71] Les taux de fuite hors du territoire sont élevés tant pour la médecine que pour la chirurgie.

Tableau 6 : Taux de fuite vers l'extérieur du territoire et vers les autres régions, en M, C et O

		GHT	Privés territoire	total territoire	Publics BFC hors territoire	Privés BFC hors territoire	total BFC hors territoire	Autres régions	total fuites hors du territoire
Médecine	séjours	30 160	16 658	46 818	10 751	2 668	13 419	4 881	18 300
	parts	46 %	26 %	72 %	17 %	4 %	21 %	7 %	28 %
Chirurgie	séjours	8 466	19 293	27 759	5 992	2 991	8 983	3 047	12 030
	parts	21 %	48 %	70 %	15 %	8 %	23 %	8 %	30 %
Obstétrique	séjours	3 086	961	4 047	858	16	874	103	977
	parts	61 %	19 %	81 %	17 %	0 %	17 %	2 %	19 %

Source : Département des informations médicales - GHT

Graphique 2 : Fuites en dehors du territoire en médecine, chirurgie et obstétrique



Source : Département des informations médicales - GHT

[72] Le taux de fuite vers l'extérieur du territoire du GHT est en moyenne de 33 % dans les départements de la Région, si l'on exclut les départements où les taux de fuite sont faibles en raison de la présence de CHU et les deux départements où l'on peut s'attendre à des taux de élevés, en raison de leur géographie montagneuse (Jura) ou de la grande proximité avec un CHU (Haute-Saône située en limite du CHU de Besançon dans le département voisin). Le taux de fuite global en dehors du territoire du GHT Saône-et-Loire Bresse-Morvan semble ainsi comparable à celui des autres GHT de la région, hors CHU. Néanmoins, plusieurs d'entre eux connaissent aussi des difficultés hospitalières importantes, selon l'ARS (notamment ceux de la Nièvre et l'Yonne).

Tableau 7 : Séjours et taux de fuite depuis les différents GHT de la Région (MCO)

	CHU	consommation intra GHT		consommation hors GHT	
		séjours	parts	séjours	parts
BFC-01 - Saône-et-Loire-Bresse Morvan	non	386 707	71 %	156 878	29 %
BFC-02 - Bourgogne méridionale	non	228 472	60 %	152 991	40 %
BFC-03 - 21-52 Côte d'Or-Haute-Marne	oui	831 675	93 %	64 390	7 %
BFC-04 - Sud Yonne-Haut-Nivernais	non	184 653	65 %	98 919	35 %
BFC-05 - Nord Yonne	non	162 142	59 %	113 856	41 %
BFC-06 - Nièvre	non	246 556	66 %	129 308	34 %
BFC-07 - Centre Franche-Comté	oui	742 038	88 %	104 999	12 %
BFC-08 - Jura	non	107 572	42 %	146 765	58 %
BFC-09 - Nord Franche-Comté	non	371 197	79 %	97 271	21 %
BFC-11 - Haute-Saône	non	187 302	51 %	181 729	49 %
		3 448 314		1 247 106	

Source : Données séjours ARS, tableau IGAS

1.3.2 Une forte concurrence du privé à but lucratif et à but non lucratif en lien avec l'histoire minière du territoire

[73] Pour les habitants domiciliés sur le territoire (« zone ARS¹⁵ Saône et Loire Bresse Morvan »), le secteur public hospitalier occupe une part de marché similaire en MCO (séjours hors séances) à celle qu'il occupe au plan national.

[74] Au sein du secteur privé, la part du privé non lucratif y est supérieure à celle qu'il représente au niveau national. Cette place relativement importante est liée à l'activité de l'Hôtel-Dieu du Creusot, héritage du passé sidérurgique et de l'histoire sociale du territoire. Cet établissement, sous statut ESPIC, est le troisième offreur de soins du territoire (14 % de parts de marché en 2009), nettement devant le CH de Montceau-les-Mines (6 % de parts de marché). L'histoire et l'évolution de ces deux établissements, situés à moins de 25 minutes l'un de l'autre, dans deux communes historiquement rivales sont étroitement liées. Un GCS commun rassemblant les deux structures avait ainsi été créé en 2009 et il avait un temps été envisagé de créer un hôpital communautaire les réunissant (cf. chapitre 2.1). L'Hôtel-Dieu du Creusot a été racheté en décembre 2015 par le groupe SOS.

Tableau 8 : Parts du secteur public et privé pour les séjours MCO hors séances dans la zone ARS Saône-et-Loire-Bresse-Morvan

Statut juridique	Séjours des habitants de la zone		Parts de marché	
	2018	2019	2018	2019
Public	63 077	63 482	57 %	57 %
Privé non lucratif	17 253	17 477	16 %	16 %
Privé lucratif	29 525	29 644	27 %	27 %
	109 855	110 603	100 %	100 %

Source : ScanSanté

¹⁵ Terminologie utilisée dans ScanSanté

	Parts de marché France
Statut juridique	2019
Public	57 %
Privé non lucratif	9 %
Privé lucratif	34 %
	100 %

Source : ScanSanté

Tableau 9 : Parts de marché des secteurs public et privé en chirurgie, médecine et obstétrique sur le territoire du GHT

Statut juridique	Parts de marché M		Parts de marché C		Parts de marché O	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Public	57,40 %	57,40 %	39,40 %	38,20 %	80,00 %	80,50 %
CH	47,40 %	47,30 %	30,60 %	29,20 %	76,10 %	76,20 %
CHR	9,90 %	10,10 %	8,70 %	9,00 %	4,00 %	4,40 %
Privé non lucratif	15,70 %	15,80 %	11,40 %	11,60 %	19,60 %	19,10 %
CLCC	1,40 %	1,50 %	0,90 %	1,00 %		
EBNL	13,90 %	13,90 %	9,90 %	10,00 %	19,60 %	19,10 %
Privé lucratif	26,90 %	26,80 %	49,10 %	50,20 %	0,30 %	0,40 %
Privé non lucratif	0,40 %	0,40 %	0,60 %	0,60 %	0,00 %	NA
	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : ScanSanté

[75] Cinq acteurs représentent 70 % des parts de marché en MCO. Le CH de Chalon-sur-Saône est le premier offreur de soins en MCO (avec 28 % des parts de marché), suivi de la clinique privée Sainte Marie située à Chalon-sur-Saône (15 %), l'Hôtel-Dieu du Creusot (14 %), du CHU de Dijon (7 %) et du CH de Montceau-les-Mines (6 %).

[76] Les établissements du GHT représentent seulement 37 % des parts de marché des séjours MCO hors séance des patients domiciliés dans la zone ARS Saône et Loire-Bresse-Morvan. Les établissements situés dans cette zone tous statuts confondus réalisent environ 70 % de l'activité MCO.

Tableau 10 : Parts de marché des établissements pour les séjours MCO hors séances dans la zone ARS Saône-et-Loire-Bresse-Morvan

Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Parts de marché	
	2018	2019	2018	2019
CH WILLIAM MOREY	29 803	30 556	27 %	28 %
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE MARIE	15 948	16 542	15 %	15 %
HOTEL-DIEU DU CREUSOT	15 002	15 045	14 %	14 %
CHU DE DIJON	7 312	7 440	7 %	7 %
CH JEAN BOUVERI Montceau-les-Mines	8 092	6 993	7 %	6 %
CH AUTUN	3 709	3 739	3 %	3 %
CLINIQUE DU PARC	2 952	2 818	3 %	3 %
CENTRE ORTHOPEDIQUE MEDICO-CHIR	3 135	2 661	3 %	2 %
HOSPICES CIVILS DE LYON	2 561	2 615	2 %	2 %
CH JURA SUD	2 547	2 569	2 %	2 %
HÔPITAL PRIVÉ DIJON BOURGOGNE	2 447	2 503	2 %	2 %

CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	1 847	2 291	2 %	2 %
CH LES CHANAUX MACON	1 913	1 979	2 %	2 %
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	1 542	1 564	1 %	1 %
CENTRE GEORGES-FRANCOIS LECLERC	1 130	1 217	1 %	1 %

Source : ScanSanté. Séjours supérieurs à 1000 en 2019.

[77] Le CH de Chalon-sur-Saône est fortement concurrencé par le privé. Dans les domaines digestif et urologie-néphrologie notamment, ses parts (comprises entre 22 et 26 %) de marché sont proches de celle de la clinique Sainte-Marie (comprises entre 23 et 26 %) et alors que l'Hôtel-Dieu du Creusot occupe également des parts de marchés significatives (supérieures à 16 %) (cf. tableau annexe 2).

[78] En chirurgie, la clinique Sainte-Marie est l'offreur de soins majoritaire sur le territoire du GHT (tableau ci-dessous). Concernant les activités chirurgicales d'ORL, de stomatologie, de la thyroïde et du sein, les parts de marchés du CH de Chalon-sur-Saône sont inférieure à 20 % (cf. tableau en annexe 2). En ophtalmologie, elles sont résiduelles et en forte diminution (8 % en 2018 et 3 % en 2019).

[79] En médecine, le CH de Chalon-sur-Saône réalise 30 % des parts de marché. La principale concurrence vient de l'Hôtel-Dieu du Creusot (15 %), dont l'activité de médecine dépasse celle du CH de Montceau-les-Mines (10 %).

Tableau 11 : Parts de marchés en M, en C et en O sur le territoire du GHT

Raison sociale	MCO		M		C		O	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
CH W. MOREY CHALON-SUR-	27,10	27,60	29,80	30,80	19,5	19,0	54,0	54,6
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE	14,50	15,00	9,20 %	9,00 %	24,8	26,6	SO	SO
HOTEL-DIEU DU CREUSOT	13,70	13,60	15,70	15,60	9,6 %	9,7 %	19,6	19,0
HÔPITAL LE BOCAGE CHRU	6,60 %	6,70 %	7,40 %	7,30 %	5,9 %	6,0 %	3,4 %	3,7 %
CH JEAN BOUVERI MONTCEAU	7,40 %	6,30 %	10,50	9,70 %	3,3 %	1,5 %	0,9 %	1,2 %
CH AUTUN SITE PARPAS	3,40 %	3,40 %	4,90 %	4,80 %	0,7 %	0,8 %	5,9 %	5,6 %
CLINIQUE DU PARC	2,70 %	2,50 %	0,90 %	0,80 %	5,9 %	5,8 %	SO	SO
CENTRE ORTHOPEDIQUE	2,90 %	2,40 %	SO	SO	7,5 %	6,4 %	SO	SO
CH LONS	2,30 %	2,30 %	2,70 %	2,60 %	1,5 %	1,6 %	3,9 %	4,1 %
HÔPITAL PRIVÉ DIJON	2,20 %	2,30 %	1,80 %	1,80 %	3,2 %	3,2 %	NA	
CH DU PAYS CHAROLAIS	1,70 %	2,10 %	1,40 %	1,50 %	1,9 %	2,8 %	3,7 %	3,7 %
CH LES CHANAUX MACON	1,70 %	1,80 %	2,20 %	2,30 %	1,1 %	1,0 %	1,8 %	1,6 %
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	1,40 %	1,40 %	1,30 %	1,30 %	1,3 %	1,2 %	3,7 %	3,4 %
CENTRE GEORGES-FRANCOIS	1,00 %	1,10 %	1,30 %	1,40 %	0,7 %	0,8 %	SO	SO
CLINIQUE CONVERT BOURG-	0,80 %	0,80 %	0,70 %	0,70 %	0,9 %	1,0 %	SO	SO
POLYCLINIQUE DU VAL DE	0,80 %	0,70 %			1,7 %	1,5 %		

Source : ScanSanté. NB : n'apparaissent que les établissements représentant au moins 1 % des parts de marché en M, en C ou en O

1.4 Une performance des activités et des organisations à améliorer

1.4.1 Des évolutions d'activité contrastées selon les sites et les spécialités

[80] Au CH de Chalon-sur-Saône, entre 2016 et 2019, l'activité de médecine augmente régulièrement (+10 %), plus rapidement qu'au niveau national (+6 % sur la même période), alors

qu'elle décline sur l'ensemble du GHT (-7 % sur l'ensemble des huit établissements)¹⁶. Cette augmentation peut être corrélée à la baisse parallèle de l'activité de médecine au CH de Montceau-les-Mines. Les activités de chirurgie et d'obstétrique sont stables. En 2020, l'activité enregistre un ralentissement notable, en lien avec la crise sanitaire.

Tableau 12 : Activité CH de Chalon-sur-Saône entre 2016 et 2020 (nombre de séjours)

ASO	2016	2017	2018	2019	2020	2019 répartition	Evolution 2016/2019
M – Médecine	28 656	28 997	29 181	31 556	29 855	73,8 %	10,1 %
C – Chirurgie	8 020	79 59	85 11	8 305	6 553	19,4 %	3,6 %
O – Obstétrique	2 817	2 789	29 18	2 904	2 769	6,8 %	3,1 %
Total général	39 493	39 745	40 610	42 765	39 177	100,0 %	8,3 %

Source : *Diamant, 2021*

[81] Au CH de Montceau-les-Mines, les évolutions constatées en chirurgie sont cohérentes avec la fermeture du service de chirurgie en 2018. Malgré cette fermeture, il demeure un plateau technique pour la réalisation d'actes techniques le plus souvent sous anesthésie avec fibroscopies, pose de pace maker et de chambres implantables. A contrario, la baisse de l'activité régulière concernant la médecine entre 2016 et 2019 est très préoccupante (-23 %).

Tableau 13 : Activité CH de Montceau-les-Mines entre 2016 et 2020 (nombre de séjours)

ASO	2016	2017	2018	2019	2020	Part de l'activité en 2019	Evolution 2016/2019
M – Médecine	14 007	12 558	11 651	10 835	9 985	93,7 %	-23 %
C – Chirurgie	3 030	3 154	1 564	668	609	5,7 %	-78 %
O – Obstétrique	89	81	48	63	59	0,6 %	-29 %
Total général	17 126	15 793	13 263	11 566	10 653	100,0 %	-32 %

Source : *Diamant, 2021*

[82] Au CH d'Autun, les activités de médecine restent globalement stables sur la période. L'activité d'obstétrique décline. L'activité chirurgicale est résiduelle (liée à la maternité).

Tableau 14 : Activité CH d'Autun entre 2016 et 2020 (nombre de séjours)

ASO	2016	2017	2018	2019	2020	Part de l'activité en 2019	Evolution 2016/2019
M – Médecine	4 335	4 552	4 539	4 662	4 141	84,2 %	8 %
C – Chirurgie	278	396	440	482	384	8,7 %	73 %
O – Obstétrique	504	443	401	394	411	7,1 %	-22 %
Total général	5 117	5 391	5 380	5 538	4 936	100,0 %	8 %

Source : *Diamant, 2021*

[83] Le nombre d'accouchements reste durablement inférieur au seuil des 300 accouchements.

¹⁶ Source activité médecine en France et dans le GHT : diamant 2021

Tableau 15 : Nombre d'accouchements à la maternité d'Autun entre 2014 et 2021

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
accouchements total	317	294	285	276	242	237	259	266

Source : Note ARS de janvier 2019 relative à la maternité d'Autun pour 2014-2017 et DIM d'Autun pour 2018-2021

[84] En médecine, les trois établissements présentent un IPDMS supérieur à 1. Les IPDMS d'obstétrique sont corrects. L'IPDMS de la chirurgie du CH de Chalon-sur-Saône reste élevé.

1.4.2 Des taux d'occupation corrects mais des IPDMS perfectibles

[85] Les taux d'occupation sont comparables à ceux de l'échantillon et dans la moyenne des établissements de même catégorie (intermédiaire entre le 2^{ème} et le 8^{ème} décile). Néanmoins l'analyse comparative des IPDMS montre qu'il y a des marges de progression importantes.

[86] La mission a constitué un échantillon composé de cinq centres hospitaliers ayant des recettes totales proches (+ ou - 15 %) et situés dans des départements de démographie comparable en termes de d'évolution de la population et de vieillissement démographique (cf. présentation de la méthodologie de constitution de l'échantillon à l'annexe 1).

Tableau 16 : Taux d'occupation des lits comparés

	Chalon	Chalon	Chalon	Chalon	Chalon	Angoulême	Auxerre	Blois	Brive	Mont-de-Marsan	2ème décile Cat.	8ème décile Cat.
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019
A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)	78.9	91.5	90.9	81.8	79.0	75.3	77.1	81.8	79.7	80.6	70.6	88.5
A14 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	128.5	126.5	135.0	130.3	102.4	94.6	95.0	90	118.8	105.6	76.5	107.5
A15 : Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	54.2	50.9	52.6	51.0	49.	75.2	58.2	84.2	55.1	80.8	44.2	75.2

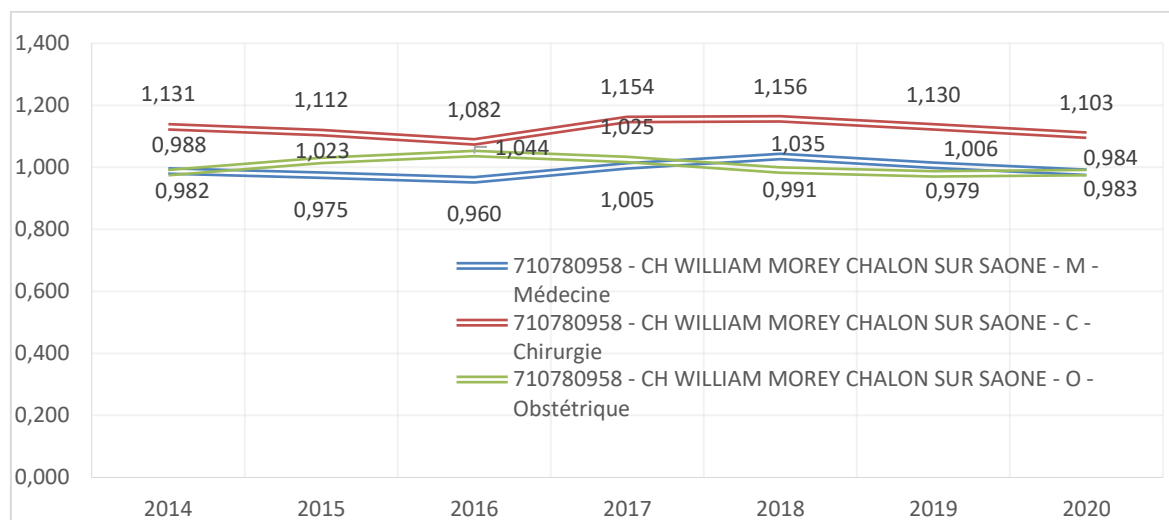
Tableau 17 : Indice de performance de la durée moyenne de séjour dans les trois CH en 2019

	Chalon-sur-Saône	Montceau-les-Mines	Autun
	1,036	1,160	1,040
Médecine	1,006	1,159	1,046
Chirurgie	1,130	SO	SO
Obstétrique	0,979	NC	0,976

Source : Diamant, 2021. « NC » signifie « non connu ». « SO » signifie « sans objet »

[87] Au CH de Chalon-sur-Saône, l'amélioration de l'IPDMS ces dernières années n'est pas à la hauteur des engagements pris en COPERMO (cf partie 5). Il est légèrement mieux maîtrisé en obstétrique ces dernières années et en médecine. L'IPDMS reste supérieur à 1,1 en chirurgie sur presque toute la période des sept dernières années.

Graphique 3 : Evolution des indices de performance des durées moyennes de séjour MCO du CH de Chalon-sur-Saône



Source : Diamant, 2021

Tableau 18 : Evolution des IPDMS de médecine aux CH de Montceau-les-Mines et d'Autun

	Etablissement						Catégorie 2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2ème décile	8ème décile
IPDMS M Montceau	1.118	1.053	1.086	1.120	1.160	1.113	0.949	1.286
IPDMS M Autun	1.023	1.114	1.065	1.045	1.047	1.085	0.949	1.286

Source : Hospidiag

1.4.3 Valorisation des activités

[88] Le poids moyen du cas traité et le nombre de séjours à sévérité 3 et 4, plus élevés que 1 et 2, sont corrects au regard de l'échantillon. Selon le DIM du CH de Chalon-sur-Saône, la société extérieure prestataire de recodage PMSI a conclu que le codage PMSI était satisfaisant au regard des informations présentes dans les dossiers médicaux, puisque seulement 130 000 euros de valorisation financière supplémentaire ont été apportés sur 70 millions d'euros de recettes en 2020.

Tableau 19 : Nombre de séjours et PMCT comparés au CH de Chalon en € en 2019

sévérité	Chalon		Angoulême		Auxerre		Blois		Brive		Mont-de-Marsan	
	Séjours	PMCT	Séjours	PMCT	Séjours	PMCT	Séjours	PMCT	Séjours	PMCT	Séjours	PMCT
1	7 655	2 165	7 198	2 283	8 044	2 145	5 202	2 030	6 123	2 014	5 828	2 002
2	3 880	4 015	3 404	4 112	3 606	3 836	3 723	3 838	4 080	3 822	3 011	4 105
3	3 433	5 973	3 003	5 575	3 098	5 393	2 623	5 501	3 344	5 326	2 973	5 810
4	1 074	11 510	1 114	9 331	930	10 311	1 143	9 913	1 182	10 009	1 021	10 575
A	3 154	1 853	2 471	1 778	3 332	1 687	2 319	1 682	2 348	1 727	1 923	1 788
B	593	3 279	456	2 874	358	3 439	513	3 186	430	2 500	420	3 166
C	87	5 782	96	4 660	60	4 321	96	4 161	49	5 130	102	5 347
D	14	7 910	21	6 303	14	5 750	16	8 369	5	5 524	9	5 380
E	127	1 141	201	1 172	122	1 268	120	1 010	123	1 435	97	1 023

J	3 532	1 146	3 830	1 193	3 145	1 008	3 567	1 108	2 658	1 138	3 962	1 080
T	6 417	646	6 949	718	3 176	716	2 370	678	5 921	628	4 717	645
Z	12 799	1 382	34 032	600	18 048	861	9 586	1 193	44 093	551	19 202	900
Total Moy.	42 765	2 325	62 775	1 498	43 933	1 951	31 278	2 359	70 356	1 339	43 265	1 899

Source : *Diamant, traitement mission IGAS*

1.5 Une ouverture vers la médecine de ville à développer, une coordination en intra hospitalier et avec l'aval à renforcer afin de fluidifier le parcours de soins.

1.5.1 Décloisonner le parcours patient entre la ville et l'hôpital, en s'appuyant sur des avis médicaux partagés en amont et un volet clinique du SI renforcé

1.5.1.1 Des liens ville-hôpital à renforcer

- **L'exercice coordonné des soins de ville sur les trois bassins de population : une dynamique récemment enclenchée**

[89] Sur chacun de ces bassins, l'organisation des soins de ville a évolué ces dernières années. Le territoire compte une quinzaine de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) assurant un maillage équilibré et quatre centres de santé territorial (Autun, Le Creusot, Montceau-les-Mines et Chalon) gérés par le Conseil Départemental (CD), qui déploient également plusieurs antennes en proximité. Ces centres de santé qui salarient des médecins généralistes ont assuré près de 69 000 consultations en 2021 dont 14 % pour des soins non programmés. De nouvelles spécialités viennent récemment de compléter cette offre en ville avec un pédiatre à Autun et un gynécologue à Chalon-sur-Saône.

[90] Les secteurs de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ont été arrêtés par l'ARS en juillet 2019 ; ils couvrent tous les territoires, avec une effecton en première partie de nuit, les samedis, dimanches et jours fériés jusqu'à 20h. Sur le secteur de Louhans, la permanence n'est assurée que les samedis après-midi et dimanches en journée au sein de la maison médicale de garde située dans l'enceinte de l'hôpital.

[91] Enfin, le projet médical de la première communauté hospitalière territoriale de santé (CPTS) du centre Saône et Loire vient d'être validé par l'ARS et la CPAM ; elle couvre le territoire de Montceau-les-Mines et du Creusot. Une des actions prioritaires du projet de santé de la CPTS est d'améliorer le parcours patient au travers d'un lien ville-hôpital dynamique.

- **En dépit de cette récente structuration de l'offre de ville, un cloisonnement persistant entre la ville et l'hôpital**

[92] Chacun des trois centres hospitaliers couvre un bassin de population bien identifié, relevant des CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun. Malgré cela, l'offre de soins que ces trois établissements proposent s'inscrit peu en relais des prises en charge réalisées en ville. L'hôpital considère qu'il pallie le défaut de réponse de la ville (manque de médecins ou absence de réponse à la demande de soins non programmés). Les médecins de ville rappellent de leur côté que l'absence de partenariat direct avec leurs confrères hospitaliers pour décider d'une admission ou pour assurer un suivi post hospitalier nuit au parcours de soins de leur patient. Le président de l'URPS médecins a ainsi insisté sur l'isolement ressenti par les médecins de ville vis-à-vis de leurs confrères hospitaliers, rappelant par exemple que les contacts se faisaient le plus souvent par fax. Les

représentants des usagers que la mission a rencontrés ont également confirmé les difficultés pour le patient de se repérer au sein d'une offre hospitalière peu lisible, avec des changements répétés d'activités médicales.

[93] Chacune de ces communautés gagnerait à mieux se connaître, pas seulement à travers un annuaire intégré au livret d'accueil de l'hôpital, ou des réunions type EPU mais aussi en utilisant des liens directs d'échanges sur le patient par messagerie sécurisée.

- **La nécessité d'engager un partenariat actif et volontaire afin de rendre le lien ville-hôpital plus dynamique**

[94] Le CH de Montceau-les-Mines et l'Hôtel-Dieu du Creusot devront conventionner avec la CPTS pour développer ce partenariat. Le Conseil Départemental propose une convention cadre de partenariat avec chacun des deux GHT 71. Cette convention est nécessaire pour définir les axes de partenariats possibles, pour des recrutements mixtes, des consultations avancées, des avis spécialisés en télé expertises ou des actions de prévention. Aujourd'hui les établissements du GHT considèrent les centres de santé comme des concurrents sur des recrutements de médecins ou de soignants.

Recommandation n°1 Conventionner avec les organisations coordonnées de soins de ville, centres de santé, MSP et CPTS afin de dynamiser le lien ville-hôpital.

1.5.1.2 Renforcer les avis médicaux partagés pour mieux préparer l'entrée à l'hôpital

[95] Faute d'avis médicaux partagés pour préparer l'admission directe du patient en service d'hospitalisation, le passage par les urgences est la solution préférentiellement retenue par les médecins de ville, avec comme conséquence un risque de parcours mal orienté parce que non programmé en amont :

Tableau 20 : Admissions dans les services à partir des urgences (année 2019)

Admissions par les urgences	Etablissement En %	Région 2 ^{ième} décile En %	Région 8 ^{ième} décile En %	Typologie 2 ^{ième} décile En %	Typologie 8 ^{ième} décile En %
Chalon	47,9	41,2	73,7	23,1	58,9
Montceau-les-Mines	73			40	74,5
Autun	68,3			40	74,5

Source : Hospidiag

[96] L'adressage aux services de spécialité doit s'appuyer sur des avis médicaux partagés en amont, soit à partir de consultations avancées de spécialistes, comme c'est le cas pour les chirurgiens qui consultent aux CH de Montceau-les-Mines ou Autun, soit par télé consultation comme c'est le cas pour la dermatologie ou les maladies infectieuses pour des malades hospitalisés. Ces modes d'adressage doivent se diversifier, sans forcément multiplier les déplacements des médecins depuis Chalon-sur-Saône mais en proposant des plages de téléconsultations organisées au bénéfice des MSP, des EHPAD ou des centres de santé.

[97] Par ailleurs, la coopération avec les autres établissements du territoire pour organiser les activités de recours est nécessaire. Ainsi, le directeur du groupe SOS santé, qui dirige l'Hôtel-Dieu du Creusot et qui a été rencontré par la mission, s'est dit favorable à une réflexion concertée avec le CH de Chalon-sur-Saône afin de définir une filière d'adressage de recours en chirurgie.

1.5.1.3 Utiliser le numérique pour ouvrir les CH de Chalon, Montceau-les-Mines et Autun vers la ville

- **Des circuits d'adressage informels et variables**

[98] Les circuits d'adressage entre la ville et les établissements sont dépendants des relations interpersonnelles entre les médecins, de leurs habitudes et donc de la qualité de coopération et des facilités d'échanges. La répartition des parts de marché analysée au point 1.3 s'explique en partie par ces modalités de coopération entre médecins.

[99] A ce jour, chacun des trois sites est perçu par les soignants de ville comme une « citadelle » difficilement accessible par téléphone. En 2019, un tiers des appels entrants vers les services cliniques du CH de Chalon-sur-Saône ne sont pas traités et ce taux est de 50 % pour les appels entrants vers le service d'imagerie. Il serait souhaitable de mettre en place un suivi régulier du taux d'appels perdus pour chacun des CH. Par ailleurs, le CH tarde à transmettre les comptes rendus d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie¹⁷ et qui n'organise pas la sortie du patient en lien avec son médecin traitant. L'URPS signale ainsi de fréquentes sorties non anticipées le vendredi après-midi alors qu'il est nécessaire d'organiser des soins infirmiers à domicile.

- **Le développement d'un volet clinique du système d'information pour renforcer le lien ville-hôpital**

[100] Le renforcement du lien ville-hôpital nécessite une connexion rapide, efficace et sécurisée à partir de modules cliniques du SI développé par le GHT. La DSI du GHT s'est concentrée sur le socle technique (et la cyber sécurité) avec une diffusion du dossier clinique informatisé (Easily) qui ne sera terminée qu'en fin d'année 2022, un module Easily pour les seuls EHPAD de Chalon-sur-Saône et Montceau-les-Mines pour juin 2022 et un projet Easily prescriptions prévu pour fin 2023.

[101] Si le socle technique paraît solide, la poursuite du développement d'un module clinique du SI doit être désormais une priorité du GHT. En impliquant les communautés médicale et soignante, il doit permettre prioritairement :

- D'avoir accès à la transmission d'images numérisées (PACS) pour les consultations avancées de chirurgie sur Autun en associant les radiologues privés du GIE,
- De transmettre au médecin traitant la lettre de liaison, le compte rendu d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie par messagerie sécurisée,
- D'ouvrir un accès au DPI pour un partage avec le médecin traitant (module « My hope » au sein d'Easily),
- De permettre la prise de RDV en ligne et donc de réserver des plages de consultations médicales à cet effet,

¹⁷ Evaluation du dossier patient indicateur IPAQSS 2019 du CH Montceau-les-Mines : 59 % pour la lettre de liaison à la sortie et 51 % pour la qualité de l'ordonnance de sortie

- D'implémenter la plateforme régionale de coordination eTICSS (e-Territoire Innovant Coordonné Santé Social) pour partager les informations nécessaires à la coordination des soignants autour du patient complexe. A la date de mars 2022, sur les 8390 dossiers patients inclus dans eTICSS, le CH de Chalon-sur-Saône en a ouvert seulement 424, le CH de Montceau-les-Mines 78 et le CH d'Autun 58. Cette plateforme de coordination des soignants autour du patient complexe permet également de partager des messages entre professionnels grâce au module « globule ».

[102] Ces évolutions permettraient de réunir les professionnels de santé en un même cercle de soins autour du patient.

- **Inscrire les évolutions du SI dans le cadre d'une réflexion conjointe avec le Groupement Régional d'Appui au Développement de la eSanté**

[103] Les améliorations attendues doivent être discutées entre les acteurs du soin pour analyser leur faisabilité en lien avec le Groupement Régional d'Appui au Développement de la eSanté (GRADEs), qui regroupe les libéraux, les structures publiques, privées et ESPIC du sanitaire et du médico-social. Le directeur du GRADES BFC a indiqué à la mission que le GHT était à ce stade peu demandeur d'un appui de sa structure, qui pourrait pourtant permettre, à titre d'exemples, d'aider à la connexion au réseau d'imagerie médicale régional afin de favoriser la circulation des images (PACS), faire tester l'outil développé pour la prise de RDV en ligne, développer des connexions Télémédecine ou les Télé consultations web pour le suivi des maladies chroniques.

[104] Alors que le GHT a soumis au financement de l'ARS un projet de « soignant augmenté » dans le but d'améliorer le suivi du patient durant son hospitalisation, il serait utile, dans une logique de parcours, que le GHT s'implique également dans les projets numériques de collaboration autour du patient porté par le GRADES.

Recommandation n°2 Développer le volet clinique du SI afin de faciliter les liens avec la ville, en coordination avec le GRADES

1.5.2 Anticiper les étapes du parcours hospitalier pour en réduire la durée

[105] Quel que soit le mode d'entrée, la programmation des étapes du parcours intra hospitalier est un élément déterminant pour la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient.

[106] Quand le patient arrivé par les urgences justifie une hospitalisation, son parcours doit être organisé sans délai avec l'aide de la cellule des « gestionnaires de lits ». Pour une intervention efficace de celle-ci, il faut connaître en temps réel les lits disponibles, anticiper les sorties prévues, les entrées programmées sans réduire le capacitaire disponible par réservation de lits. Les bed managers rencontrés par la mission ont fait part de difficultés pour faire valider une entrée faute d'une autorité médicale capable d'imposer une décision, difficultés encore majorées quand il s'agit d'organiser un transfert entre deux établissements de santé. L'intégration d'un médecin au sein de ces cellules est une demande également soutenue par les médecins urgentistes. Cette proposition doit faire l'objet d'un échange en CME.

[107] Une fois le patient admis en service d'hospitalisation, une anticipation la plus rapide possible de sa sortie est souhaitable. Sur ce point, deux expérimentations ont été mises en œuvre avec succès au CH de Chalon-sur-Saône en 2021 :

- Le projet Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) orthopédique : dans ce cadre, les chirurgiens ont standardisé le chemin clinique pour les principales interventions orthopédiques (PTH et PTG) et ont défini les protocoles avant, pendant et en post opératoire. Le chemin clinique permet d'anticiper la date de sortie et le besoin éventuel d'une structure SSR d'aval. Il permet de mobiliser dès l'entrée l'équipe pluri professionnelle qui devra intervenir au cours du parcours notamment l'assistante sociale, l'infirmier coordonnateur de la HAD ou du Dispositif d'appui à la coordination (DAC) en cas de parcours complexes anticipés.
- L'anticipation de la date et du mode de sortie dans le service de rhumatologie expérimenté depuis juin 2021 : ces actions ont eu un impact rapide sur l'IPDMS de ce service de 8 lits (IPDMS inférieur à 1 dès juillet 2021 (=0,973) contre un IPDMS =1,29 en 2020) et sur le nombre de séjours, avec une augmentation du nombre de séjours en 2021 (+ 32 sur le mois de juin et +50 sur le mois de novembre 2021 ; nombre annuel de séjours passant de 367 en 2019 à 447 en 2021).

[108] Ces expériences réussies doivent être partagées avec les autres services du CH de Chalon ainsi que les CH d'Autun et de Montceau-les-Mines.

[109] Des séjours peuvent également se prolonger dans l'attente de consultations spécialisées ou d'examens complémentaires. Des délais importants ont été à ce titre signalés à la mission, notamment au CH d'Autun. Le suivi spécialisé par télé expertise peut améliorer les étapes du parcours hospitalier à condition que les outils soient en place, opérationnels et avec une organisation médicale à distance adaptée.

[110] En anticipant les étapes du parcours de soins intra hospitalier, le médecin peut s'engager sur une date de sortie prévisionnelle mais il doit également prévoir le mode de sortie si un retour au domicile n'est pas possible.

1.5.3 Mieux anticiper la sortie du patient en mobilisant les ressources HAD, aval SSR et DAC

1.5.3.1 Préparer l'admission dans le service HAD 71 pour faciliter un retour à domicile

[111] L'HAD qui couvre le territoire Nord Saône et Loire a été présentée à la mission par plusieurs acteurs comme étant un service efficace, adapté aux besoins de la population et bien intégré. Les trois HAD qui préexistaient relevaient d'autorisations données à la clinique St Marie, à l'Hôtel-Dieu du Creusot et au CH de Chalon-sur-Saône. Ces trois services se sont regroupés au sein d'un GCS de moyens en 2017, avec une administration partagée entre les trois secteurs. Le service HAD actuel témoigne ainsi d'une coopération réussie entre le public et le privé.

[112] Avec plus de 39 000 journées réalisées et un ratio de 30 à 35 patients / jour pour 100 000 habitants (conforme à la cible ANAP), ce service intervient également en EHPAD et réalise l'activité la plus importante de la région BFC. Il a su diversifier ses modes de prise en charge principaux (MPP) dont les quatre principaux sont les soins palliatifs, les pansements complexes, la surveillance post chimiothérapie anticancéreuses et la réalisation de perfusion.

[113] L'indice de performance du transfert MCO (IP transfert¹⁸), montre un potentiel de développement pour les établissements publics du territoire. L'IP transfert est inférieur à 1 pour les 3 CH du GHT en 2019 et 2020. En 2020, l'IP transfert est à 0,54 pour CH Autun, 0,7 pour CH Montceau-

¹⁸ L'indice de performance du transfert MCO-HAD (IP transfert) est le ratio entre le nombre de séjours MCO transférés en HAD et le nombre de transferts attendus pour l'établissement MCO considéré. Ainsi un IP transfert = 0,85 signifie que l'établissement transfère 15 % de moins que la moyenne des établissements MCO.

les-Mines et 0,8 pour CH Chalon-sur-Saône, alors que cet indicateur est supérieur à 1 pour ces deux années à l'Hôtel-Dieu du Creusot. Cette solution d'aval à l'interface entre la ville et l'hôpital, fortement mobilisée pendant la crise COVID, a su s'adapter en proposant une fiche d'admission rapide et un circuit court. Ce mode de circuit court adapté, pourrait permettre d'initier un séjour HAD à partir des urgences. Cette évolution est soutenue par l'ARS qui finance un poste d'infirmier HAD aux urgences. Pour cette prise en charge HAD qui permettrait de désengorger les urgences, le délai d'effectivité de la prise en charge doit se compter en heures et pas en jours (aujourd'hui 2 jours en moyenne). Depuis 2018 et en proportions assez stables, 60 % des admissions HAD se font par transferts hospitaliers et 40 % viennent du domicile (au sens large, EHPAD compris).

[114] Un échange sur l'activité HAD au sein de chacune des CME serait utile pour comprendre les habitudes de coopération, objectiver les différences de pratiques entre les services et les faire évoluer.

[115] Par ailleurs, plusieurs médecins rencontrés ont attiré l'attention de la mission sur les délais qui s'allongent pour une prise en charge par les SSIAD (service de soins infirmiers à domicile). Il existe sur le département 1230 places personnes âgées (PA) et 47 places personnes handicapées (PH) réparties entre 23 gestionnaires de SSIAD. Selon une enquête activité 2016 réalisée par l'ARS, près de la moitié des SSIAD et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) ont un délai d'inclusion supérieur à 45 jours. Le Conseil Départemental a confirmé ces difficultés d'accès. Un travail commun avec l'ARS est mené pour partager les critères de priorisation des prises en charges par ces services afin d'harmoniser leurs pratiques.

1.5.3.2 Améliorer le maillage territorial en proximité de l'offre de SSR.

[116] Les lits de SSR sont suffisants en nombre mais mal répartis, avec une forte concurrence du secteur privé. Tous les établissements du GHT, sauf le CH de Chagny, avec une autorisation de médecine, ont également une autorisation de SSR « polyvalent » et / ou « personnes âgées ». Le capacitaire du SSR de Montceau-les-Mines a été porté à 60 lits en 2019. L'impact de cette évolution sur les activités SSR de La Guiche et Toulon sur Arroux, qui sont dans l'aire d'attractivité de Montceau, doit être évalué.

[117] Les données 2019 montrent un capacitaire autorisé surdimensionné par rapport à l'activité :

Tableau 21 : Répartition et activité des lits de SSR (année 2019)

	Louhans	La Guiche	Toulon	Montceau	Chalon	Autun	Total lits	Total journées réalisées
Lits autorisés	35	60	35	60	42	23	255	
Lits occupés en moyenne sur l'année	25	53	33	55	43	24	233	72 086

Source : ARS et analyse DIM territoire activité 2019

[118] L'analyse de l'activité des SSR du GHT montre un pic de fréquentation à partir de 75 ans avec un score moyen de dépendance¹⁹ de classe 3 (sur 4) à 10,41. Ces établissements prennent en charge majoritairement les affections ostéo articulaires en post chirurgie de fractures ou de prothèses programmées mais aussi pour des ostéopathies dégénératives non chirurgicales.

[119] La répartition des parts de marché est au bénéfice des SSR privés (420 lits) qui sont plus nombreux, plus spécialisés et prennent en charge des patients moins dépendants. Six structures SSR privées maillent le territoire, avec des autorisations d'activités spécialisées (appareil locomoteur, système digestif et métabolique). Ces structures ont réalisé 112 561 journées soit 56 % de plus que les SSR publics. Les patients pris en charge ont un score de dépendance physique à 7, de classe 2. La clinique du parc (Autun) a pour objectif de créer un service de SSR de 23 lits, dont 15 lits qui ouvriraient dès juin 2022.

[120] L'offre en nombre de lits pour ce territoire est suffisante ; mais, afin d'améliorer la réponse aux besoins, l'ARS a souhaité que le GHT engage un travail avec deux objectifs prioritaires : revoir la répartition de l'offre pour un meilleur maillage en proximité afin de ne pas éloigner de leur territoire de vie les personnes âgées qui relèvent d'une réadaptation et distinguer l'offre en tenant compte des plateaux techniques et de l'encadrement soignant disponibles. La formalisation d'une filière gériatrique à l'échelle du territoire (cf. point 2.5) doit répondre à ces objectifs.

1.5.3.3 Mobiliser le dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour coordonner les parcours complexes

[121] Le DAC vient en appui à l'organisation des parcours complexes et facilite la coordination des acteurs du soin, du social et du secteur associatif autour du patient ; ce dispositif vise à proposer des plans personnalisés de coordinations des soins (PPCS).

[122] La plateforme territoriale d'appui (PTA) du 71 nord, qui a intégré en 2021 les réseaux de santé notamment ceux existant à Montceau-les-Mines, Chalon-sur-Saône, Autun, Louhans et Le Creusot, porte désormais le « dispositif d'appui à la coordination » (DAC) pour tout le département 71. Les CLIC (centre local d'information et de coordination en faveur des personnes âgées) et MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) sont restés internalisés au Conseil Départemental.

[123] Les évolutions successives du cadre réglementaire, réseaux Soubie en 2002 puis création des PTA en 2016 et des DAC en 2021 rendent cette offre peu lisible pour les prescripteurs et peut expliquer le peu de sollicitations venant du GHT (moins d'un quart des 1900 sollicitations reçues en 2019.) Les données d'activité du DAC montrent sur 2019 et 2020 une répartition départementale équilibrée entre le nord et le sud 71 des patients ainsi accompagnés :

¹⁹ La dépendance physique est calculée en additionnant la cotation des 4 variables de dépendance physique du RHS : habillage, alimentation, déplacement et continence. La dépendance physique est utilisée de façon quantitative et en classes. La valeur minimale est de quatre et la maximale de seize, toute valeur hors de ces bornes est erronée. Les classes retenues sont : Dep Phys = 4 ; Dep Phys comprise entre 5 et 8 (inclus) ; Dep Phys comprise entre 9 et 12 (inclus) ; Dep Phys comprise entre 13 et 16 (inclus).

Tableau 22 : Données d'activité du DAC

	2019	2020 - année COVID
Nb de Sollicitations DAC Nord 71 (vs ensemble 71)	1900 (2492)	2700 (3900)
Nb de patients avec accompagnement et PPCS	1200 (2400)	1000 (2200)

Source : DAC

[124] Pour une meilleure coopération entre tous les acteurs impliqués et une optimisation des dispositifs disponibles, le DAC doit améliorer :

- La complémentarité des outils : le DAC ne peut pas être sollicité par via trajectoire alors que c'est la plateforme utilisée par les établissements pour organiser l'aval d'un séjour. La plateforme eTICSS doit donc être l'outil de coordination pour les cas complexes. Le dossier eTICSS du patient complexe n'est pas inter opérable avec le dossier Easily du patient hospitalisé ni avec son DMP. Cette multiplication des outils est un frein à leur utilisation.
- La coordination entre les secteurs : le DAC a mis en place des comités locaux de coordination par territoire (CLC) regroupant les acteurs des secteurs sanitaire, ambulatoire et du social. C'est le lieu de discussion pour adapter les parcours de cas complexes (par exemple ne pas valider de sorties de service le vendredi pour éviter la rupture d'accompagnement en fin de semaine). Ce comité est opérationnel au CH de Montceau-les-Mines mais n'est pas encore mis en place à Chalon-sur-Saône ni Autun.
- La coopération avec les soignants hospitaliers pour mobiliser les dispositifs à bon escient et au bon moment. Les seules présentations du dispositif en CME ne suffisent pas. Pour maintenir le lien, la mission propose que le médecin et le directeur du DAC participent aux instances de l'établissement support lorsqu'elles traitent du suivi des IPDMS ou de la gestion de l'aval.

2 Une nouvelle feuille de route médicale proposée par la mission qui recentre le CH de Montceau-les-Mines sur des activités en proximité, structure les filières de soins à l'échelle du territoire et renforce les synergies avec le CHU de Dijon

[125] La première version du PMSP, validée en décembre 2017, s'inscrivait dans la continuité du projet médical de la communauté hospitalière de territoire datant février 2015. L'échéance de septembre 2022 prévue pour la révision du PMSP est une opportunité pour adapter puis stabiliser l'offre de soins des établissements du GHT.

[126] Dans ce cadre, il convient de prendre en compte l'ensemble de l'offre du territoire du GHT pour identifier les complémentarités possibles avec les autres offreurs et mette en œuvre les partenariats indispensables avec la médecine de ville (cf. 1.5).

[127] **Dans la perspective de cette révision du PMSP, le présent rapport propose une nouvelle feuille de route, qui prend en compte l'ensemble de l'offre de soins du territoire comme champ de réflexion et non le seul cadre GHT et permet d'assurer une meilleure efficience**

médico-économique. Elle consiste en une réorientation des activités médicales du CH de Montceau, une structuration territoriale renforcée de quatre filières de soins jugées prioritaires et une consolidation des liens avec le CHU de Dijon.

2.1 Réorienter les activités médicales du CH de Montceau-les-Mines dans le cadre d'une labellisation d'hôpital de proximité qui sécurise son avenir

[128] Les usagers, les élus, les personnels et les représentants syndicaux rencontrés par la mission ont insisté sur leur attachement au CH de Montceau-les-Mines. La mission a également eu connaissance de nombreux articles de presse émanant du comité de défense de l'hôpital (CODEF) très actif.

[129] Les changements juridiques, d'activité et d'organisation se sont succédés depuis les trois dernières décennies, entraînant une perte de repères en interne mais aussi au sein de la population. Chacun reconnaît l'importance de ce site pour répondre aux besoins de soins en proximité. Les restructurations successives avec suppressions d'activités sans vision stratégique du changement semblent avoir progressivement rendu illisible l'activité de l'hôpital pour sa population.

[130] Le CH de Montceau-les-Mines est aujourd'hui un hôpital de médecine qui doit offrir à la fois une réponse en proximité aux besoins de sa population et être une ressource pour les acteurs de la ville et du médico-social. Seule une telle logique de responsabilité territoriale reconnue semble en mesure de donner une vision stratégique à moyen terme aux communautés médicales et administratives. Elles pourront ainsi porter et expliquer les évolutions d'activités qui doivent être engagées, en supprimer certaines et en créer d'autres.

[131] Les spécificités de ce premier niveau de gradation des soins relèvent du cadre réglementaire des hôpitaux de proximité récemment rénové.

2.1.1 Un centre hospitalier en perte de repères sur les trente dernières années

[132] L'histoire sociale et économique de ce territoire est marquée par une rivalité ancienne entre les villes du Creusot et de Montceau-les-Mines. Cette rivalité s'est cristallisée autour de l'évolution respective des deux établissements après l'échec de plusieurs projets de regroupement.

[133] Le CH de Montceau-les-Mines s'inscrit dans une spirale de changements qui dure depuis trente ans. Elle a débuté en 1991 par la création d'un syndicat inter-hospitalier (SIH) regroupant le CH et le centre médico chirurgical St Exupéry, établissement privé à but non lucratif. En décembre 2008, un GCS « expérimental » est créé entre ce SIH et la fondation de l'Hôtel-Dieu du Creusot. Ces coopérations étaient par nature complexes car elles portaient sur le regroupement de structures à statut juridique et social différents. Le centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) a conduit en 2009 une « mission d'assistance pour la validation du programme de spécialisation des sites du GCS ». Cette expertise a conduit, cette même année, à la fermeture de la maternité de Montceau-les-Mines (44 lits), de la chirurgie digestive et de la réanimation.

[134] Selon le rapport de la Chambre Régionale des Comptes de décembre 2012²⁰, le rapprochement avec l'Hôtel-Dieu du Creusot a constitué pour le SIH une cause d'aggravation de sa situation financière. La chambre constate que le « SIH qui doit faire face à de très graves difficultés budgétaires alors même que son activité ne progresse pas, se trouve dans une impasse ».

[135] La mise en liquidation judiciaire de la fondation Hôtel-Dieu du Creusot en janvier 2011, a mis en péril l'avenir du GCS. En décembre 2015, le tribunal de grande instance de Chalon-sur-Saône valida le rachat de l'Hôtel-Dieu du Creusot par le groupe SOS.

[136] La loi HPST de 2009²¹ actait la transformation des SIH dans un délai de trois ans. Le SIH de Montceau-les-Mines a ainsi été transformé à compter du 1er décembre 2015 en un GCS de moyen de droit public, avec transfert des autorisations du SIH au Centre Hospitalier Jean Bouveri de Montceau-les-Mines²².

[137] En février 2015, la convention constitutive signée entre les trois CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun a créé la « Communauté Hospitalière de Territoire » (CHT) Saône et Loire Nord Morvan.

[138] Durant cette période, marquée par des évolutions juridiques successives, le projet de nouvel hôpital communautaire porté par les élus de Montceau-les-Mines et du Creusot a été définitivement abandonné en décembre 2010.

[139] Après les fermetures successives de la maternité, de la réanimation (en 2009) et de la chirurgie (en 2018), le CH de Montceau-les-Mines est aujourd'hui un établissement de médecine, réalisant encore certains actes techniques, et comporte des activités de soins de suite.

2.1.2 La labellisation en hôpital de proximité : une opportunité à saisir

[140] Le CH de Montceau-les-Mines répond à un besoin incontestable ; il peut porter une dynamique territoriale décloisonnée entre les secteurs et les acteurs au bénéfice de sa population. Pour cela, il ne peut rester isolé sur son territoire.

[141] En devenant hôpital de proximité, le CH de Montceau constituerait le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, à l'interface avec la ville. Il serait à la fois impliqué au sein des filières hospitalières de son GHT et s'inscrirait dans un projet collectif de territoire en lien avec la CPTS « Centre Saône et Loire » qui regroupe les acteurs libéraux.

[142] La réforme de 2021²³ des hôpitaux de proximité revisite en profondeur ce statut créé en 2016. Le cadre de labellisation ainsi rénové prend en compte la réalité concrète des enjeux territoriaux, dans une logique de synergie avec les acteurs du territoire. Le processus de labélisation repose sur un dialogue continu avec l'ARS ; au 1er avril de chaque année, les ARS transmettent à la DGOS la liste

²⁰ Rapport CRC « rapport d'observations définitives établi à la suite de l'examen de la gestion du syndicat inter hospitalier : « centre hospitalier de Montceau-les-Mines les Mines » 22 décembre 2012

²¹ Article 23 III de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST dispose que « dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats inter hospitaliers sont transformés, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public.

²² Convention constitutive du GCS de moyen « hôpitaux de Montceau-les-Mines »

²³ L'ordonnance 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité modifie l'article L 6111-3-1 du Code de la santé publique

Le décret d'application 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité.

L'arrêté du 2 juin 2021 fixe le dossier de labellisation à renseigner par l'établissement sur la déclinaison concrète des missions qui doit être instruit par l'ARS.

des établissements qui justifient, suite à leur demande, d'une labellisation. Pour l'année 2022, une autre remontée est prévue au 1er septembre.

[143] Les quatre missions de l'hôpital de proximité pour développer une offre de soins coordonnée et construire une gouvernance partagée consistent en :

- Un appui au premier recours et aux acteurs du territoire avec un projet médical et soignant qui définit les modalités de fonctionnement partagées, la structuration de parcours de prise en charge avec des protocoles d'admissions directes, une offre de consultations spécialisées, une mutualisation des ressources et des actions communes de formation. Ce projet médical doit intégrer les orientations du projet de santé de la CPTS et décliner sur le territoire le PMSP du GHT.
- Un appui à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et au maintien à domicile, qui formalise les liens avec les médecins libéraux, l'HAD, le DAC et également avec le CD qui pilote les CLIC et les MAIA.
- Le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé qui doivent associer l'hôpital aux actions portées par les contrats locaux de santé (CLS). Le CLS de la communauté urbaine Le Creusot Montceau-les-Mines a été signé en décembre 2019. Il prévoit deux actions prioritaires : proposer un exercice mixte ville hôpital à des généralistes et développer une filière gériatrique hospitalière sur le territoire. Les actions doivent associer les établissements de santé du territoire.
- La permanence des soins et continuité des prises en charge avec un service d'accueil des urgences, un SMUR et des conventions de coopération avec les centres de santé et la CPTS.

[144] La nouvelle labellisation Hôpital de proximité s'accompagne de nouveaux modes de financement qui sécurisent les activités socles et financent des projets innovants :

- Une garantie pluri annuelle de financement de l'activité de médecine, qui prend pour base de calcul la moyenne des recettes historiques de l'activité de médecine au cours des deux dernières années. Pour les labellisations accordées en 2022, ce sont les recettes 2021 de médecine effectivement perçues (donc intégrant les effets Ségur) qui seront prises en compte.
- La dotation de responsabilité territoriale, combinant une part fixe (dotation plancher = 75 000 €) et une part variable « au projet ».
- Le bonus à la qualité avec des indicateurs qui seront cohérents avec ceux retenus pour la CPTS (selon l'accord conventionnel inter professionnel ACI).
- Les autres activités, actes et consultations externes, urgences, SSR demeurent financés selon les règles de droit commun.

2.1.3 Des exemples de reconversions réussies d'activités qui montrent la capacité des équipes du CH de Montceau-Les-Mines à s'adapter : la création du centre périnatal de proximité, la mise en place d'une fédération médicale inter hospitalière (FMIH) en cardiologie

[145] A la fermeture de la maternité, le CH a ouvert, en 2008, un Centre Périnatal de Proximité (CPP) qui regroupe trois unités médicales : périnatale, orthogénie et gynécologie. Cette transformation est une réussite et est présentée comme telle par les élus. Le CPP répond à un besoin en proximité et est bien connu par la population. Cette réussite est à la fois quantitative (nombre de consultations) et organisationnelle avec des exercices mixtes de gynécologues avec l'Hôtel-Dieu du Creusot. Le CPP bénéficie d'une subvention par financement FIR, d'un montant de 140 000 € en 2021.

Tableau 23 : Activité du CPP de Montceau-les-Mines

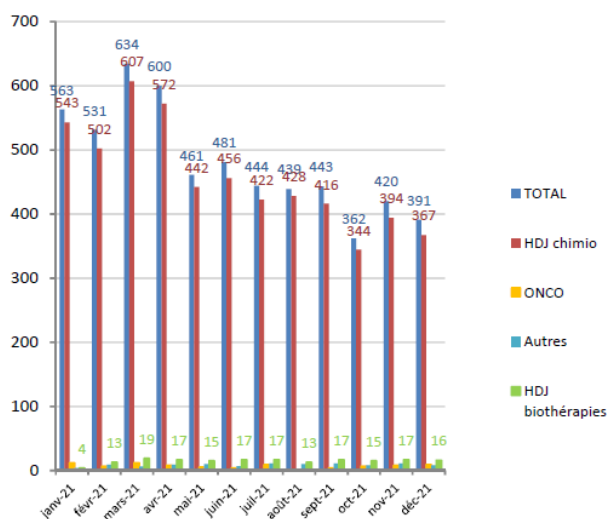
Consultations	2019	2020	2021
Périnatales	2569	2328	2340
Orthogénie	132	99	141
Gynécologie	3918	3013	3178

Source : DIM Montceau-les-Mines

[146] La fermeture de la maternité a été ressentie sur le moment comme une rupture forte. Pourtant, aujourd’hui, aucune des personnes rencontrées par la mission ne relate cet épisode en ce sens et tous les collectifs s’accordent sur l’intérêt du CPP en réponse aux besoins du territoire.

[147] Une convention-cadre constitutive de FMIH a été signée en mars 2022 avec un volet cardiologique afin d’organiser en urgence le soutien cardiologique du service de Montceau-les-Mines et permettre la séniorisation de PADHUE²⁴. La mise en place d’une équipe médicale commune en cardiologie traduit, dans l’urgence, la solidarité médicale au sein du GHT. Ces équipes communes favorisent les échanges de pratiques, permettent de diversifier les activités et renforcent l’attractivité. La convention cadre signée doit pouvoir se décliner pour différentes filières, notamment en oncologie après le départ de l’oncologue de Montceau-les-Mines. La contractualisation d’une FMIH en oncologie permettra au CH de Montceau-les-Mines de préparer et administrer les traitements fixés par l’équipe territoriale autorisée²⁵. Avec le maintien de l’unité de reconstitution des chimiothérapies (URC) au sein de la PUI, le CH de Montceau-les-Mines pourra proposer un partenariat en proximité avec l’Hôtel-Dieu du Creusot qui, pour reprendre une activité HDJ chimiothérapie en avril 2021, s’est associé avec la clinique Bénigne Joly de Talant (21) distante de 118 km.

Graphique 4 : Activité de préparation de chimiotérapie au CH de Montceau-les-Mines (en nombre de préparations, 2021)



Source : PUI CH Montceau-les-Mines

²⁴ Praticien à diplôme hors Union européenne

²⁵ Décision ARS-BFC/DOS:/PSH/2019-729 renouvellement activité de chimiothérapie sous réserve de la présence d’un oncologue.

2.1.4 Des activités à consolider, d'autres à supprimer dans le cadre de cette labellisation d'hôpital de proximité

[148] La mission a retenu plusieurs évolutions, à partir des échanges qu'elle a eus avec les communautés médicales et soignantes du CH :

2.1.4.1 Transformer les services de médecine spécialisée en services de médecine polyvalente et développer les consultations avancées de spécialités

[149] L'organisation actuelle des services de médecine est à la fois trop rigide et surdimensionnée. Les 82 lits de médecine sont répartis dans cinq services identifiés par spécialités : pneumologie (27 lits), cardiologie (14), rhumatologie (6), addictologie (6) oncologie et soins palliatifs (11+6). Cette sectorisation par spécialités cloisonne les activités, rigidifie les maquettes organisationnelles, complique la continuité des soins et répond mal aux besoins de soins de patients poly pathologiques. Le service de court séjour gériatrique regroupe 29 lits. Les séjours réalisés en médecine baissent chaque année²⁶, l'IPMDS reste élevé²⁷.

[150] Les équipes médico administratives travaillent actuellement à un projet de réduction du nombre de services (de cinq à quatre) qui aboutira aussi à une réduction capacitaire (comprise entre 5 et 7 lits selon les projets présentés à la mission).

[151] L'accès aux avis spécialisés de recours est organisé : consultations avancées de chirurgie au bénéfice de patients externes et pour le suivi de patients hospitalisés, télé expertises de dermatologie, néphrologie et cardiologie par exemple. Ces avis doivent se développer, être accessibles à tous les patients du territoire et s'organiser en partenariat avec la CPTS, les centres de santé et les établissements médico-sociaux.

[152] L'hôpital de proximité ancré sur son territoire facilitera l'hospitalisation directe en services de médecine polyvalente de patients adressés par leur médecin traitant, par le spécialiste (consultations avancées, TLM, télé expertises). Le fort taux d'hospitalisation aujourd'hui constaté à partir des urgences (73 % en 2019 et 75,5 % en 2020) démontre le manque de fluidité du parcours patient et témoigne de marges importantes de progrès.

2.1.4.2 Implanter l'unité de soins palliatifs du GHT

[153] L'ARS a validé le cahier des charges de l'unité de soins palliatifs pour le CH de Chalon-sur-Saône en septembre 2012²⁸ (dans le cadre du CPOM). Presque 10 ans après, cette unité n'est toujours pas mise en place, notamment faute d'accord pour une réduction capacitaire d'autres services de Chalon-sur-Saône. Ouvrir cette unité soins palliatifs à Montceau-les-Mines est adapté aux besoins (aujourd'hui 6 lits identifiés de soins palliatifs) ; l'évaluation médico économique réalisée par les équipes de Montceau confirme par ailleurs l'efficacité médico-économique de cette opération, avec une marge positive à hauteur de + 1,7 M € par an.

²⁶ 5695 séjours médecine HC en 2016 / 4143 en 2021, soit une baisse de 27 % en 6 ans avec une IPDMS qui reste élevée.

²⁷ Selon les données comparatives d'Hospidag en 2019 : IPDMS Montceau-les-Mines = 1,16, 2ième décile = 0, 949 et 8ième décile = 1,286

²⁸ CPOM ARS Centre hospitalier Chalon sur Saône, 9 septembre 2012, annexe 10.

2.1.4.3 Créer un pôle territorial d'addictologie

[154] La filière territoriale d'addictologie est organisée entre les CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, Autun et le CHS de Sevrey. Le parcours patient en addictologie est fluide au sein des établissements du GHT avec en support le CH de Montceau-les-Mines :

- Des hospitalisations pour sevrage niveau 2 (complexes) avec 6 lits au CH de Montceau-les-Mines et au CHS de Sevrey
- Des hospitalisations pour sevrage simple en urgence réalisées à l'UHCD du CH de Chalon-sur-Saône
- Un SSR addictologie de 16 lits au CH de Montceau-les-Mines
- Des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) avec une activité intra hospitalière et de consultations externes sur chacun des sites

[155] La contractualisation avec un pôle territorial d'addictologie sur ce site doit permettre :

- De renforcer les coopérations avec l'Hôtel-Dieu du Creusot (au-delà de la mise à disposition d'une IDE une journée / semaine) et le secteur médico-social avec les CSAPA (centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue) du territoire.
- D'engager un partenariat recherche avec le CHU de Dijon (cf. point 3.7.2)
- D'intensifier les liens avec la ville (des actions de formation vers les médecins et pharmaciens sont aujourd'hui déployées)
- De diversifier les modalités d'intervention : programme d'éducation thérapeutique, de développement des compétences psycho-sociales.
- De répondre aux appels à projets de l'ARS et des collectivités territoriales.

2.1.4.4 Ouvrir le plateau technique sur le territoire

[156] Le plateau technique d'imagerie est adapté aux besoins (1 scanner, 2 tables de radiologie, 1 mammographe qui doit être renouvelé, 2 échographes et 1 panoramique dentaire). Par contre il reste à organiser la complémentarité à l'échelle du GHT (télé imagerie GHT) et la disponibilité des équipements pour le territoire (prise de RDV en ligne). Pour la biologie, le lien avec la ville est uniquement traité, aujourd'hui, par un envoi mail des comptes rendus de biologie ; il n'existe pas de passerelle d'accès pour la réalisation d'examen avec la ville.

2.1.4.5 Créer une USLD dans le cadre de la filière territoriale gériatrique

[157] Ce sujet est traité au point 2.6.

2.1.4.6 Supprimer les actes techniques nécessitant un environnement opératoire, en tirant les conséquences de la suppression de l'autorisation de chirurgie

[158] A la suite de la fermeture de la chirurgie en 2018, l'ARS a validé²⁹ la demande du CH de maintenir certains actes techniques médicaux dans le cadre de l'autorisation de médecine : les endoscopies digestives, les implantations de stimulateurs cardiaques et les poses de chambres à cathéter implantables (CCI) en cancérologie. Ces actes nécessitent un environnement technique imposant le recours à une SSPI et du personnel formé : gastroentérologues (endoscopie), cardiologues (pace maker), chirurgiens (CCI), médecins anesthésistes si sédation, IADE en SSPI, IBODE en endoscopie.

[159] Ces actes sont peu nombreux et le plus souvent réalisés sous anesthésie, générale ou locorégionale. Ils impliquent un environnement adapté avec des ressources médicales spécialisées en tension (anesthésistes venant de Chalon-sur-Saône).

Tableau 24 : Les actes techniques réalisés

	2019	2020	2021
endoscopie digestives	1141	765	1148
ophtalmo	434	229	0
pace maker	72	67	94
chambres à cathéter implantables	69	41	94
actes sous AG	344	223	350

Source : DIM Montceau-les-Mines

[160] Les données communiquées par le DIM montrent que l'activité relevant de ces actes techniques est majoritairement liée aux endoscopies.

[161] Or l'activité d'endoscopies ne s'inscrit pas dans une filière territoriale médico-chirurgicale coordonnée. Les gastro-entérologues du CH Chalon-sur-Saône ont indiqué à la mission l'absence de projet médical de territoire en hépato gastro entérologie, en dehors d'une astreinte de territoire réalisée par l'établissement support. La mobilisation de temps médical et soignants en dehors d'un parcours coordonné met en jeu la qualité et la sécurité des soins sur tout le territoire.

[162] Par ailleurs, les contraintes techniques de fonctionnement obligent l'établissement à maintenir un encadrement médical et soignant important. Ainsi :

- trois gastro-entérologues contractuels sous contrat FEHAP se répartissent les vacances du lundi au jeudi.
- un cardiologue est présent 1 matin / semaine.
- un chirurgien est présent 1 après midi / semaine
- trois médecins anesthésistes du CH de Chalon-sur-Saône se répartissent les vacances de la semaine.
- 0,5 ETP IADE, 4, 2 ETP IDE et 1 ETP AS constituent la couverture paramédicale.

²⁹ Courrier ARS du 14 mai 2018.

[163] « Assurer une bonne utilisation des ressources humaines, en faisant intervenir chaque professionnel là où sa plus-value est optimale »³⁰ est un enjeu crucial récemment rappelé par la HAS. **La mission propose de ne pas maintenir ces activités sous anesthésie et d'inscrire la réalisation de ces actes dans un parcours gradué territorial en lien avec l'établissement support.**

2.1.4.7 Fermer l'unité de surveillance continue en anticipant les évolutions des textes réglementant les soins critiques

- **Une activité en baisse régulière**

[164] Le cadre soignant de l'unité de surveillance continue (USC) a insisté sur la forte mobilisation de son service pendant la crise sanitaire, en aval de la réanimation de Chalon. Cependant, depuis 2018, l'activité de cette unité de 10 lits baisse régulièrement. L'encadrement médical relève de contrats avec des anesthésistes réanimateurs en cumul emploi retraite venant du département du Rhône.

Tableau 25 : Activité USC

	2018	2019	2020	2021	2021/2018
nombre de séjours	622	526	493	478	-23 %
nombre de journées	2948	2600	2639	2601	- 12 %
Journées avec suppléments	2521	2009	2088	2292	-9 %
Taux de facturation avec supplément	85 %	77 %	79 %	88 %	
IGS2 ³¹	32,4	31,4	31,1	32	
TOM	80,77 %	71,23 %	72,30 %	71,26 %	

Source : DIM CH Montceau-les-Mines

[165] Le rapport IGAS sur les soins critiques évalue un taux moyen d'occupation de ces unités à 84 % avec un taux de facturation de supplément inférieur à 60 % dans les USC isolées. Selon les données transmises par le DIM, ce ratio de facturation de journées avec supplément est de 88 % en 2021 avec un IGS2 à 32 (inférieur à l'IGS2 médian de 43 relevé dans ce rapport).

- **Une USC isolée, non adossée à un service de chirurgie, qui ne répond de ce fait plus au nouveau cadre juridique**

[166] Le rapport IGAS « L'offre de soins critiques : réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles » de juillet 2021³² souligne que l'encadrement juridique limité des USC a abouti à une grande hétérogénéité de leur fonctionnement, tant en termes de patients pris en charge que de ressources humaines et équipements mis à disposition. Cette hétérogénéité est particulièrement marquée pour les USC isolées, c'est-à-dire non adossées à un service de

³⁰ Lettre ouverte du Collège de la HAS à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements, 31 mars 2022.

³¹ L'indice de gravité simplifié (IGS2) est un score de gravité permettant d'évaluer la probabilité de décès hospitalier des patients pris en charge en unité de soins critiques calculé à partir de 12 variables physiologiques, l'âge, le type d'admission et la présence de 3 maladies sous-jacente (SIDA, maladie hématologique maligne, cancer métastatique). Le score est calculé, pour chaque item, en retenant la valeur la plus anormale observée dans les 24 premières heures après l'admission. Les patients médicaux sont caractérisés par un IGS2 en moyenne supérieur à celui des patients chirurgicaux.

³² « L'offre de soins critiques : réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles », Alexandre Denieul, Pr Bertrand Fenoll, Philippe Sudreau membres de l'IGAS, avec la participation d'Océane Félix stagiaire. Juillet 2021

réanimation. Celles-ci sont majoritairement en proximité d'un service de chirurgie, la filière post opératoire représentant le mode principal d'admission pour ces USC. Or ce n'est plus le cas au CH de Montceau-les-Mines depuis la suppression de l'autorisation de chirurgie.

[167] Les conditions réglementaires d'implantation des soins critiques ont récemment évolué. Les textes actant la réforme des autorisations de soins critiques sont parus au JO du 27 avril 2022³³. Au sein de la filière de soins critiques, des unités dérogatoires de soins intensifs polyvalents pour adultes, non contiguës à un service de réanimation, devront relever d'une autorisation avec comme condition expresse d'avoir sur site une unité autorisée de chirurgie³⁴.

Recommandation n°3 Engager le processus de labellisation hôpital de proximité du Centre hospitalier de Montceau-les-Mines et dans ce cadre :

- Transformer les services de médecine spécialisée en services de médecine polyvalente et développer les consultations avancées de spécialités,
- Implanter l'unité de soins palliatifs du GHT, créer un pôle territorial d'addictologie,
- Ouvrir le plateau médico-technique sur le territoire,
- Créer une USLD dans le cadre de la filière territoriale gériatrique,
- Supprimer les actes techniques nécessitant un environnement opératoire, en tirant les conséquences de la suppression de l'autorisation de chirurgie,
- Fermer l'unité de surveillance continue en anticipant les évolutions des textes réglementant les soins critiques

2.2 Filière urgences et soins critiques : un projet de pôle territorial des urgences à revisiter, une structuration des soins critiques à organiser à l'échelle régionale

2.2.1 Un projet actuel de pôle territorial des urgences ne portant pas d'équipe médicale de territoire et n'organisant pas de partage des pratiques

[168] Le Plan régional des urgences (PARU) engage les établissements à développer les coopérations territoriales. Le PRS prévoit de « réduire le nombre de structures d'urgences et/ou de lignes de garde en tenant compte du nombre de passages et des contraintes démographiques de médecins urgentistes », avec notamment une adaptation de l'amplitude horaire d'ouverture. Sur la zone territoriale du GHT, le schéma régional de santé envisage une réduction du nombre de structures d'urgences (-1 à 0) et de lignes de SMUR (-1 à 0).

[169] Le projet de pôle territorial des urgences formalisé par le GHT en avril 2020 visait à « structurer une réponse territoriale efficiente axée sur des règles communes et partagées ». Ce projet envisageait trois phases successives : 1) structurer le management du pôle pour définir des axes prioritaires et un calendrier de déploiement des actions ; 2) préfigurer le pôle avec « l'appropriation et l'acceptation du pôle par tous les professionnels, médicaux et paramédicaux » afin que « les pratiques professionnelles, les organisations soient, sinon uniformes tout au moins très proches » ; 3)

³³ Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques ; Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.

³⁴ Article R 6123-36 du Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques

constituer des équipes territoriales. La mission n'a eu connaissance que d'une seule réunion de suivi du plan d'action organisée en mars 2021.

[170] Le chef de pôle a confirmé à la mission que le frein majeur empêchant la déclinaison de ce plan d'action était d'ordre managérial, faute d'une reconnaissance par les différents services d'un management territorial. Le refus d'une homogénéisation des organisations portant sur les maquettes et les contrats a empêché tout partenariat. Alors que la création d'une FMIH urgence était envisagée dès le projet médical de la CHT et reprise dans le projet de pôle du GHT, aucune évolution n'est aujourd'hui envisagée, chaque service restant attaché au maintien de ses modalités d'exercice et de contrats.

[171] Les activités des services d'urgence sont variables en fonction des sites. Sur le site de Montceau-les-Mines, plus de 90 % des passages concernent de patients présentant un état stable. Cette très forte proportion de patients CCMU 1 et 2 doit inciter à la mise en place d'actions coordonnées avec la médecine de ville en lien avec la CPTS et le centre territorial de santé. Sur le site d'Autun, plus de 20 % des passages concernent des patients âgés de 75 ans et plus. Le maintien du service d'urgence d'Autun est dépendant du maintien d'une astreinte de chirurgie viscérale qui repose sur le seul chirurgien de la clinique qui sera à la retraite fin 2023.

Tableau 26 : Activités des trois services d'urgence en 2019 et 2021

	CH Chalon-sur-Saône		CH Montceau-les-Mines		CH Autun	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Total passages dont	44 884	43 187	21 929	18 888	15243	13528
CCMU ³⁵ 1 et 2	87 %	84 %	91 %	93 %	88 %	86 %
CCMU 3	11 %	13 %	7 %	6 %	10 %	13 %
CCMU 4	1 %	1 %	0,9 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %
CCMU 5	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
Patients âgés de 75 ans et plus	17 %	18 %	19 %	21 %	22 %	22 %
Hospitalisation	22 %	23 %	24 %	26 %	22 %	21 %
Sorties SMUR	2 678	2 743	526	517	502	404

Source : DIM de territoire

[172] L'Hôtel-Dieu du Creusot a enregistré 32 542 passages en 2019 et 25 359 en 2021.

[173] La baisse du nombre de passages entre 2019 et 2021 peut s'expliquer par l'impact de la crise sanitaire. Cette évolution est constatée sur l'ensemble de la Région BFC (927 912 passages en 2019 et 859 084 en 2021).

2.2.2 Des activités très faibles en nuit profonde qui justifient des regroupements dans le cadre d'une couverture territoriale d'accès maintenue

[174] Afin d'évaluer la faisabilité des orientations du PRS portant sur la réduction du nombre de structures d'urgence et l'adaptation de l'amplitude d'ouverture des services, la mission a analysé l'activité réalisée en nuit profonde.

³⁵ Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) : 1 = état clinique stable, examen clinique simple ; 2= état clinique stable, décision d'actes complémentaires ; 3=état clinique pouvant s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital ; 4= situation clinique engageant le pronostic vital ; 5= pronostic vital engagé nécessitant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Tableau 27 : Passages aux urgences et sorties SMUR en nuit profonde (minuit /8h)

	CH Chalon-sur-Saône		CH Montceau-les-Mines		CH Autun		HD Creusot	
	2019	2021	2019	2020	2019	2021	2019	2021
Passages Urgences	4 112	3 532	1 733	1 392	1 270	988	2 983	2 192
SMUR	302	230	103	88	72	48	NC	60

Source : DIM de territoire

[175] Ces données confirment la faible activité des services d'urgence en nuit profonde : moins d'un passage par heure en moyenne aux urgences de Montceau-les-Mines et Autun et un patient par heure en moyenne aux urgences de l'HD du Creusot. Il y a moins d'une sortie SMUR par nuit au départ de Chalon-sur-Saône. L'activité SMUR en nuit profonde est beaucoup plus faible à Montceau-les-Mines et au Creusot (moins de deux sorties par semaine) ainsi qu'à Autun (moins d'une sortie par semaine).

[176] Le maintien de ces activités en nuit profonde à Autun, Montceau-les-Mines et au Creusot mobilise aujourd'hui deux lignes de gardes d'urgentistes par établissement.

[177] Le cadre réglementaire de fonctionnement des services d'urgence va évoluer. La DGOS a transmis à la mission le projet de décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence, concerté avec les parties prenantes. Ce projet crée l'autorisation de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence qui fonctionne au moins 12 heures par jour, avec une équipe commune constituée dans le cadre d'une FMIH ou GCS avec d'autres établissements ayant une autorisation de médecine d'urgence.

[178] **En tenant compte de cette évolution envisagée du cadre réglementaire, la mission propose une organisation mutualisée en nuit profonde pour les services d'urgence et SMUR des CH d'Autun, de Montceau-les-Mines et de l'Hôtel-Dieu du Creusot selon les modalités suivantes :**

- **Pour le CH d'Autun :** mutualiser, en nuit profonde, la ligne de garde d'urgentiste entre le service d'urgence et le SMUR. L'article D 6124-9 conditionne cette mutualisation, pour les services d'urgence à faible activité, à une présence médicale par astreinte appelée en cas de déclenchement par le SAMU d'une sortie SMUR du site. L'urgentiste de garde est mobilisé prioritairement pour les sorties SMUR (soit moins d'une par semaine au regard de l'activité observée). Une astreinte de médecin anesthésiste de la clinique du parc est d'ores et déjà organisée pour intervenir au CH d'Autun. Les conditions d'organisation et de fonctionnement du service d'urgence en présence d'un seul médecin urgentiste devront être protocolisées avec l'ARS.
- **Pour le CH de Montceau-les-Mines et l'Hôtel-Dieu du Creusot, deux scénarios sont possibles :**
 - Mutualiser sur chacun des deux sites, en nuit profonde, la ligne de garde d'urgentiste entre le service d'urgence et le SMUR en organisant une astreinte médicale mobilisée en cas de sortie SMUR.
 - Si l'évolution du cadre règlementaire le permet, créer une antenne de médecine d'urgence, fermée en nuit profonde, sur l'un des deux sites avec maintien du SMUR. Cette antenne adossée à un service de médecine d'urgence fonctionnera avec une équipe commune de territoire organisée par le pôle territorial des urgences dans le cadre d'une FMIH ou d'un GCS. Ce scénario, qui nécessite une coopération public-privé, pourra s'appuyer sur l'expérience réussie de la constitution du GCS public-privé pour l'HAD (cf. 1.5).

Recommandation n°4 Mutualiser le fonctionnement des urgences en nuit profonde entre le service d'urgence et le SMUR sur chacun des trois sites (CH d'Autun, de Montceau-les-Mines et l'Hôtel-Dieu du Creusot). En fonction de l'évolution du cadre réglementaire des autorisations en médecine d'urgence, évaluer l'opportunité et la faisabilité de la création d'une antenne de médecine d'urgence sur l'un des deux sites de Montceau-les-Mines ou du Creusot.

2.2.3 Bâtir une filière régionale de soins critiques

[179] Le pôle urgences, réanimation, anesthésie du CH de Chalon-sur-Saône est de création récente. Le chef du service de réanimation (de qualification MIR) a été nommé en février 2020. Le capacitaire des soins critiques a évolué pendant la crise pour répondre aux besoins. Le CH de Chalon-sur-Saône n'a pas encore répondu à la demande de l'ARS de définir son objectif capacitaire, complété par une étude médico économique et les conditions de son adaptation en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Tableau 28 : Evolution du capacitaire soins critiques au CH de Chalon-sur-Saône

Capacitaire avant crise	Mars-mai 2020	Octobre- novembre 2020	Depuis mai 2021	Capacitaire cible communiqué à la mission
12 lits réanimation 4 USC soit total 16	24 lits réanimation (+ 8 dans les locaux réa) 10 lits de réa non covid en SSPI	24 lits réanimation 4 lits USC COVID dans les locaux USC	16 lits réa 4 lits USC	14 lits réanimation 6 lits USC

Source : Service soins critiques CH Chalon-sur-Saône

[180] Dans le cadre de son activité de recours, le service soins critiques a pris en charge 147 transferts de patients en 2019 et 178 en 2021, dont 59 venant de l'Hôtel-Dieu du Creusot, 51 du CH de Montceau-les-Mines, 39 du CH d'Autun et seulement 5 de l'hôpital privé Sainte Marie.

Tableau 29 : Taux moyen d'occupation du service

	2018	2019	2020	2021
Taux moyen d'occupation Réanimation (basé sur 12 lits réa et 4 lits surveillance continue	91,9 %	87,8 %	99,1 %	93,8 %

Source : DIM CH de Chalon-sur-Saône

[181] Le rapport IGAS sur les soins critiques recommande de « structurer des filières territoriales de soins critiques à partir d'une gradation des établissements ». **Pour la mission, la bonne maille territoriale dépasse le périmètre du GHT. Elle propose que, pour le département de la Saône et Loire, la filière territoriale soit pilotée par le CHU, en intégrant les services de réanimation des CH de Chalon-sur-Saône et Macon, dans un cadre conventionnel dont la forme juridique est à décider par les acteurs locaux en lien avec l'ARS.** La mission rappelle que de tels partenariats ont déjà pu être mis en place sur la cardiologie interventionnelle (GCS de moyens « du sillon central bourguignon ») et sur la cardiologie médicale (FMIH Chalon-Montceau).

[182] La mission propose que ce cadre conventionnel, conclu, sous l'égide de l'ARS, entre le CHU de Dijon et les CH de Chalon-sur-Saône et Macon ait pour objectifs prioritaires :

- D'organiser l'action des différents services et leur degré de spécialisation
- D'avoir une politique commune de recrutement, une politique transparente sur les contrats
- De formaliser le rôle territorial et en proximité de chaque établissement de santé
- De coordonner la formation des internes et des infirmiers travaillant dans un service de réanimation
- De soutenir la démographie médicale des spécialités de Médecine Intensive Réanimation et de l'Anesthésie -réanimation
- De fidéliser les personnels paramédicaux
- De développer des actions de recherche
- De préparer à froid la gestion de situation de crise

2.2.4 Fermer les unités de soins continus des CH de Montceau-les-Mines et d'Autun, en anticipant l'évolution règlementaire des conditions d'implantation pour les activités de soins critiques

[183] Les conditions d'implantation des soins critiques vont prochainement évoluer. Les textes actant la réforme des autorisations de soins critiques sont parus au JO du 27 avril 2022³⁶.

[184] Les unités de surveillance continue (USC) non adossées à un service de réanimation deviennent des unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires (USIP)³⁷. L'autorisation d'USIP dérogatoire ne peut être accordée que si le titulaire dispose 24h/24h tous les jours de l'année sur site des moyens d'hospitalisation à temps complet de chirurgie, et d'un secteur opératoire à disposition avec des moyens de surveillance post interventionnelle. Le seuil capacitaire pour une USIP dérogatoire est fixé à 6 lits. Le CH de Montceau-les-Mines qui a une USC de 10 lits sans secteur opératoire à disposition ne pourra pas obtenir l'autorisation de fonctionnement pour une USIP dérogatoire. Le CH d'Autun qui dispose d'une USC de 4 lits (ayant réalisé 164 séjours en 2021) ne pourra pas lui non plus obtenir l'autorisation de fonctionnement pour une USIP dérogatoire. La DGOS a indiqué à la mission que des discussions étaient en cours pour donner un cadre règlementaire à « des unités de soins renforcés » qui seraient adossées à des services d'urgences.

[185] Les USC de l'Hôtel-Dieu du Creusot qui comporte 6 lits ouverts (pour une autorisation contractuelle de 12 lits) et de l'hôpital privé Sainte Marie avec 18 lits sont implantées à proximité d'un service de chirurgie. Le capacitaire de l'USC du Creusot et son activité actuelle (taux d'occupation = 58 % en 2021) lui permettront d'absorber la fermeture de l'USC du CH de Montceau-les-Mines. En cas d'obtention d'une autorisation d'USIP dérogatoire, ces établissements devront être parties prenantes de la filière territoriale de soins critiques pour déterminer, après l'expérience de la crise sanitaire, les modalités de réponse en cas de SSE.

³⁶ Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques,

³⁷ Selon le décret : la modalité mention USIP dérogatoire assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance aigues mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente, le cas échéant d'un transfert en réanimation.

Recommandation n°5 Bâtir, sous l'égide de l'ARS, une filière territoriale de soins critiques qui associe le CHU de Dijon les CH de Chalon, de Macon et les établissements qui obtiendront une autorisation d'unité de soins intensifs polyvalents dérogatoire.

2.3 Un pôle territorial femme-mère-enfant à mettre en œuvre dans les faits, avec des choix à opérer sur les sujets maternité niveau 1 et pédiatrie

[186] Le PRS entend poursuivre la restructuration des maternités de la région. Le schéma régional fixe ainsi un objectif d'implantation de « 2 à 3 » pour les autorisations de gynécologie obstétrique du territoire Saône et Loire Bresse Morvan au motif que « 2 des 3 maternités de cette zone d'implantation présentent une certaine fragilité liée à leur niveau d'activité ». Il s'agit des maternités niveau 1 du CH d'Autun et de l'Hôtel-Dieu du Creusot, qui ont enregistré respectivement 266 et 536 naissances en 2021. L'ARS estime que des actions devront être entreprises pour garantir la pérennité d'une de ces maternités a minima, dans les conditions requises de qualité et de sécurité des soins.

2.3.1 Une maternité au CH d'Autun située sur un territoire isolé aux confins de trois départements, dont l'existence répond à des enjeux de santé publique

[187] Selon une étude réalisée par l'ARS en 2018³⁸, l'aire d'attraction de la maternité est composée de huit territoires PMSI³⁹ pour lesquels Autun est la maternité de référence, couvrant le nord-ouest de la Saône et Loire, le sud de la Côte d'Or et l'est de la Nièvre. La zone d'attractivité de la maternité d'Autun est donc très étendue et dépasse les frontières départementales. La fermeture récente et provisoire de la maternité de Nevers pour sous-effectif de sages-femmes a mis en exergue la fragilité des maternités et le recours à la réserve sanitaire pour maintenir leur activité ne peut pas être une solution pérenne à leur maintien.

[188] La maternité d'Autun a obtenu son renouvellement d'autorisation d'activité de gynécologie-obstétrique le 25 juin 2017.

[189] La HAS a prononcé une certification du CH d'Autun de niveau A en novembre 2018. Le rapport indique que le système de maîtrise des risques, suivi par la cadre sage-femme en lien avec le service qualité, est bien défini dans le secteur naissance. Cependant la mission a constaté des écarts concernant la mise en œuvre de ce système qualité. Ainsi, est mentionné un plan de formation complet à destination des sages-femmes ; or à ce jour, aucune sage-femme n'ayant le DU d'échographie, le suivi échographique relève des consultations avancées des sages-femmes de l'établissement support. Par ailleurs, l'ARS a confirmé à la mission qu'aucun EIGS n'a été déclaré en 2019 et 2020 par les services de maternité et pédiatrie. Enfin, l'obsolescence des protocoles de soins et des conduites à tenir en situation d'urgence a été soulignée par des médecins du CHU de Dijon venant réaliser des astreintes sur place.

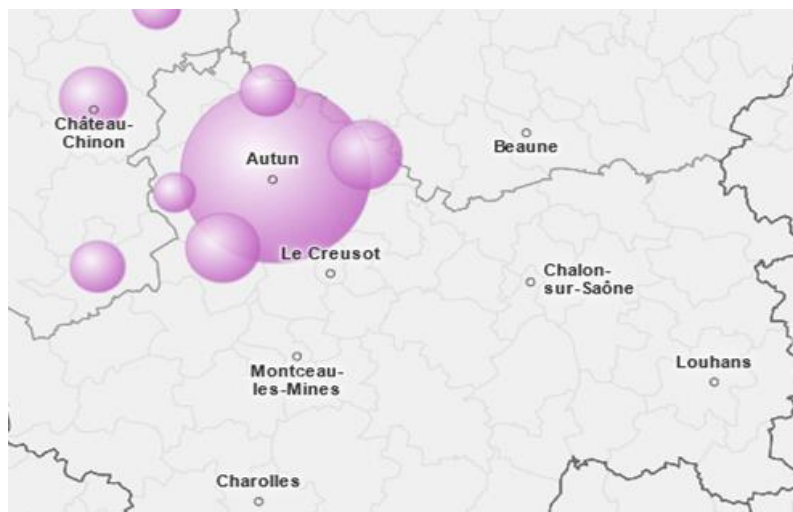
[190] Malgré la diminution du nombre de naissances, les parts de marché de la maternité d'Autun restent importantes sur son bassin : en 2017, parmi les 320 accouchements de femmes domiciliées sur les territoires PMSI d'Autun, 276 ont accouché à la maternité d'Autun, soit 86 % des femmes du bassin. Par comparaison, ce taux est de 79,5 % pour la maternité du Creusot. La situation géographique de cette maternité dans un territoire enclavé avec des voies d'accès difficiles assure un accès en moins de 30 mn pour près de 80 % des femmes vivant sur ces territoires et en âge de

³⁸ Etude des conditions démographiques et organisationnelle en vue de la transformation de la maternité d'Autun, 13 novembre 2018, ARS.

³⁹ Indicateurs PMSI déclinés en relation avec des données de population

procréer (donnée INSEE 2017) et entre 31 et 60 mn pour les autres 20 %. Si la maternité d'Autun fermait, elles seraient 48 % à avoir accès à une maternité en moins de 30mn, 49 % entre 31 et 60mn et 3 % (soit 273 femmes en âge de procréer) entre 61 et 70mn. Ces chiffres témoignent de l'enjeu territorial du maintien de la maternité d'Autun.

Carte 11 : Lieu de résidence des patients pour les séjours PMSI Obstétrique dans le CH d'Autun



Source : ATIH hospidiag

[191] Néanmoins, ce maintien ne peut se faire à tout prix, sans garantir la qualité et la sécurité des soins. C'était d'ailleurs l'objectif principal de la création du pôle territorial Femme Mère Enfant (FME) du GHT, en partenariat avec l'HD du Creusot, création qui avait été demandée par l'ARS.

2.3.2 Un pôle territorial FME créé en 2019 qui a conforté le rôle de l'établissement support sans sécuriser le fonctionnement de la maternité d'Autun

[192] Le pôle 5 du CH de Chalon-sur-Saône s'est mobilisé pour soutenir les équipes de la maternité d'Autun : un gynécologue obstétricien assure des consultations, les IVG et des gardes, un pédiatre, une psychologue et des sages-femmes ont une activité partagée entre les deux sites, réalisent des consultations et un suivi échographique des femmes enceintes. Ces équipes en renfort ont déclaré à la mission ne pas avoir de contacts avec les équipes locales d'Autun. La cadre sage-femme d'Autun qui participe à des réunions communes d'encadrement (tous les 2 mois) avec Chalon-sur-Saône a confirmé à la mission l'existence de freins locaux pour une coopération efficace entre les équipes. Seule une sage-femme, récemment recrutée à Autun, réalise une activité partagée avec Chalon-sur-Saône (une fois par mois).

[193] Les médecins et la majorité des sages-femmes d'Autun ont refusé de s'impliquer dans une activité partagée avec les équipes de Chalon-sur-Saône, pour des raisons affichées de surcharge de travail, de trop longs déplacements et considérant que cette modalité était une forme de remise en cause de leurs compétences. La dimension « qualité » du pôle territorial FME, avec échanges de pratiques, protocoles et staffs communs n'a pas été mise en œuvre dans la durée.

2.3.3 Un déficit médical qui a un impact sur la qualité des prises en charge au sein de chacune des deux maternités de niveau 1 du territoire

[194] Les données comparées d'activité montrent une variabilité de pratiques sur des indicateurs qualité suivis au niveau national. Le taux de péridurale est ainsi nettement inférieur aux moyennes régionale (80,3 %) et nationale (81,3 %). Le rapport 2020 du réseau périnatal de Bourgogne⁴⁰ constate que le taux de césarienne pour des grossesses à bas risque à l'Hôtel-Dieu du Creusot (16 % en 2020) est significativement supérieur à la moyenne régionale (10,9 %).

Tableau 30 : Indicateurs d'activité des maternités du territoire

	Chalon						Catégorie 2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2ème décile	3ème décile
IP-DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1.022	1.044	1.025	0.991	0.978	0.983	0.927	1.022
Taux de césarienne	18.12	18.80	15.28	18.41	20.26	22.61	15.73	21.74
Taux de péridurale (accouchements par voie basse)	74.45	74.18	76.24	78.31	80.74	78.87	64.29	81.88
	Autun						Catégorie 2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2ème décile	8ème décile
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.965	0.993	0.999	0.962	0.976	0.934	0.927	1.022
Taux de césarienne	23.75	21.05	19.20	16.12	19.83	16.99	15.73	21.74
Taux de péridurale (accouchements par voie basse)	81.14	74.22	78.03	79.31	71.05	72.56	64.29	81.88
	Hôtel-Dieu Le Creusot						Catégorie 2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2ème décile	8ème décile
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.906	0.898	0.846	0.853	0.858	0.868	0.857	1.007
Taux de césarienne	18.68	19.28	21.08	20.99	22.26	20.95	14.58	21.7
Taux de péridurale (accouchements par voie basse)	73.87	73.33	75.00	72.43	70.28	79.49	70.01	91.39

Source : ATIH hospidiag

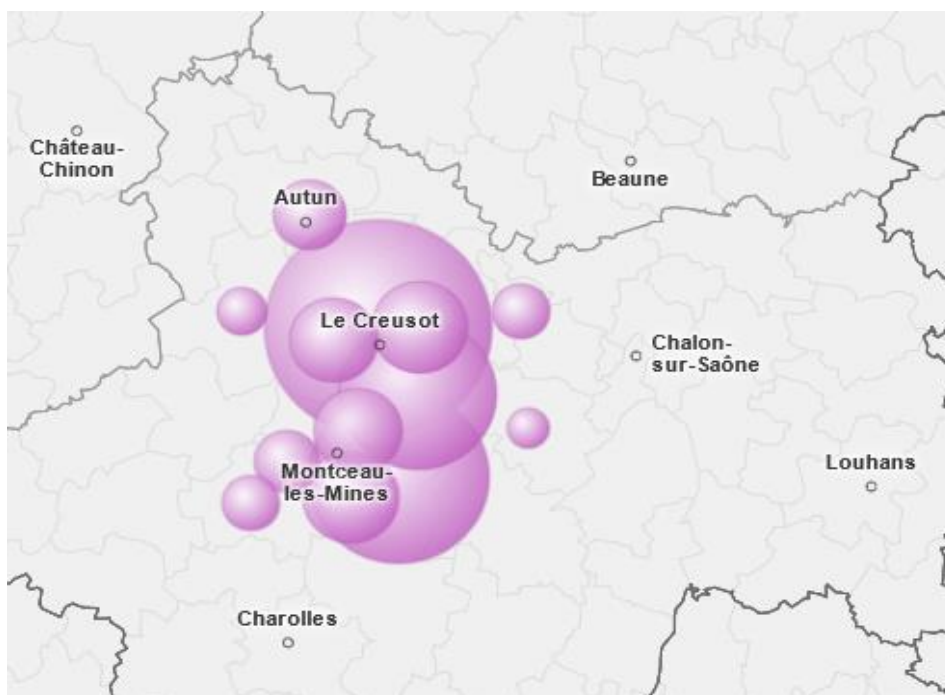
⁴⁰ Indicateurs périnataux ? réseau périnatal de Bourgogne, rapport 2020.

2.3.4 Maintenir une seule maternité de niveau 1 sur ce territoire afin de répondre aux enjeux de santé publique et de garantir la qualité des pratiques en rationalisant les ressources médicales

[195] Pour la mission, compte tenu de la tension sur les effectifs médicaux, le maintien des deux maternités de niveau 1 en proximité ayant chacune une faible activité ne permet pas d'organiser une couverture médicale stable et coordonnée (gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes) afin de garantir la qualité des prises en charge.

[196] Or, comme expliqué plus haut, la maternité d'Autun joue un rôle crucial en terme de couverture géographique pour les femmes habitant à l'ouest du territoire, dans le Morvan nivernais plus particulièrement. La maternité du Creusot réalise un nombre d'accouchements plus important mais ne joue pas un rôle aussi déterminant dans la couverture géographique. La carte du lieu de résidence des patientes en séjour PMSI en obstétrique à l'Hôtel-Dieu du Creusot montre que les patientes habitent non loin des maternités de Chalon-sur-Saône principalement et d'Autun à titre secondaire.

Carte 12 : Séjours PMSI obstétrique à l'Hôtel-Dieu du Creusot selon le lieu de résidence



Source : ATIH hospidiag

[197] **Compte tenu de l'ensemble des paramètres exposés ci-dessus, la mission propose un scénario préférentiel et un scénario de repli.** Le scénario préférentiel consiste à conforter la maternité du CH d'Autun et envisager dans un second temps la fermeture de la maternité du Creusot avec création d'un CPP. Ce scénario ne peut s'envisager qu'à la condition expresse de garantir au préalable et de manière pérenne la qualité des pratiques et une stabilité des personnels médicaux sur le site d'Autun. Le constat de la non réalisation de cette condition expresse amène au scénario de repli qui consiste à fermer la maternité d'Autun et à maintenir la maternité du Creusot. La mission formule pour chacun des deux scénarios des conditions indispensables et cumulatives. Le délai pour décider entre les deux scénarios doit être défini par l'ARS et connu des acteurs locaux.

[198] **Dans le cadre du scénario préférentiel, la mission considère que le maintien de la maternité d'Autun ne peut se justifier que dans le strict respect des quatre conditions cumulatives suivantes :**

- Créer une FMIH pilotée par l'établissement support et associant les signataires du projet de pôle territorial. Cette FMIH donnera les leviers managériaux de territoire au coordonnateur médical désigné. La FMIH permettra d'organiser des partenariats, d'assurer et de valider les recrutements médicaux, de coordonner les recours à l'intérim, d'assurer le respect des protocoles et procédures et de valider un projet médical de territoire. La FMIH permet de sécuriser l'ensemble de la filière, intégrant l'accouchement mais aussi la prévention et le suivi pré et post natal
- Créer les conditions d'une cohésion d'équipe territoriale en sortant d'une opacité sur les contrats
- Garantir une couverture médicale stable et coordonnée (à ce jour deux départs de sages-femmes sont prévus)
- Maintenir la couverture chirurgicale par la clinique du Parc avec des astreintes d'anesthésie et de chirurgie viscérale. La directrice de la clinique a confirmé à la mission le risque de non-maintien de la couverture de chirurgie viscérale qui aujourd'hui s'appuie sur un seul chirurgien devant partir à la retraite fin 2023. Bien que les deux gynécologues obstétriciens en poste aient la qualification chirurgicale, il a été confirmé à la mission qu'une couverture chirurgicale par le chirurgien viscéral de la clinique était parfois sollicitée.

[199] Si ces quatre conditions sont réunies et stabilisées dans le temps (cf. l'échéance qui doit être fixée par l'ARS), la fermeture de la maternité du Creusot pourra alors s'envisager sous la coordination de la FMIH, avec ouverture d'un CPP à l'Hôtel-Dieu du Creusot. Au vu de sa zone d'attractivité, la part la plus importante des accouchements sera orientée vers le CH de Chalon-sur-Saône (cf. carte ci-dessus), ce qui nécessitera de renforcer les équipes médicales et soignantes de ce site.

[200] **Le maintien de la maternité d'Autun, avec à terme la fermeture de celle de l'Hôtel-Dieu du Creusot, pourra justifier une demande dérogatoire auprès de la DGOS pour émarger au forfait activité isolée (FAI).** Le montant du forfait calculé avec une hypothèse de 400 accouchements réalisés à Autun serait de 960 000 €.

[201] Les conditions d'éligibilité au forfait activités isolées sont fixées par arrêté⁴¹. Avec ce nouveau schéma d'implantation, trois des quatre conditions fixées seront remplies :

- Densité d'habitants < 80 habitants au km²
- Distance à une autre maternité > 45 mn
- Part de marché de la zone de recrutement > 40 %

[202] Le critère activité (<10 000 séjours dans un rayon de 45 mn) n'est pas respecté compte tenu de l'activité en médecine et chirurgie du Creusot (= 17 700 séjours en 2019). L'objectif de ce critère, selon la DGOS, est de déterminer si un autre établissement, en proximité, pourrait réaliser une activité supplémentaire venant de l'établissement isolé. Cet argument, selon la mission, n'est pas adapté aux réalités territoriales justifiant le maintien de la maternité d'Autun.

⁴¹ Arrêté du 4 mars 2015 relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique.

[203] **Si les conditions du maintien de la maternité d'Autun n'étaient in fine pas toutes réunies, dans l'échéance fixée par l'ARS, alors le scénario de repli devra être mis en œuvre : fermeture de la maternité d'Autun et maintien de la maternité du Creusot. Dans cette hypothèse, il faudrait alors mettre en œuvre les trois mesures cumulatives suivantes:**

- Créer un CPP à Autun pour le suivi pré et post natal, les consultations d'orthogénie et de gynécologie
- Ouvrir un hébergement temporaire à proximité des maternités du territoire pour les femmes suivies et habitant à plus de 45 mn d'une maternité. Un décret⁴² récent permet un hébergement temporaire non médicalisé, d'une durée de cinq nuitées consécutives précédant la date prévisionnelle d'accouchement
- Organiser la prise en charge du risque d'accouchement inopiné avec une astreinte sage-femme pour sécuriser les transports urgents entre le bassin d'Autun et les maternités de Chalon-sur-Saône et du Creusot

2.3.5 Fermer l'hospitalisation complète du service de pédiatrie du CH d'Autun et maintenir un suivi pédiatrique conforme aux conditions de fonctionnement d'une maternité niveau 1

[204] Le service de pédiatrie, de cinq lits, a une activité très faible, avec moins d'une entrée par jour et d'une durée de séjour très courte témoignant probablement d'une bénignité des situations cliniques.

Tableau 31 : Activité du service de pédiatrie du CH d'Autun

	2018	2019	2020	2021
Entrées dont	463	399	310	320
séances ⁴³	46	54	48	51
Séjours de 0 jours hors séances	37	27	34	20
Séjours de 1 jour	155	135	66	105
Nombre de journées	1325	1161	899	936
Taux d'occupation	72,6 %	63,6 %	49,1 %	51,3 %

Source : DIM d'Autun

[205] Les conditions de fonctionnement de ce service, qui sont très perturbées, ont fait l'objet de nombreux échanges en directoire du CH. Le point culminant des tensions relationnelles a suivi le dépôt de plainte du pédiatre pour harcèlement à l'encontre d'un cadre après son refus de donner suite à une prescription orale.

⁴² Décret 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants.

⁴³ Concerne 1 enfant qui bénéficie de séances hebdomadaires

[206] Pendant la mission, le service de pédiatrie a dû fermer par l'absence du pédiatre qui, selon son contrat FEHAP signé en décembre 2015, exerce une activité temps plein à l'hôpital mais avec une présence de 15 jours par mois pendant lesquels il cumule ses obligations de service et des astreintes en continu. Selon son contrat, les astreintes sont rémunérées au tarif de la garde. Une analyse juridique approfondie de la conformité de ce contrat s'impose, afin de valider les conditions d'activité, le respect du repos de sécurité et les conditions réglementaires de rémunération des astreintes. Les conditions d'activité et de rémunération qui découlent de ce contrat obèrent toute coopération avec l'équipe de Chalon. Un assistant à temps partagé a renoncé à poursuivre son activité au sein du service et exerce aujourd'hui en PMI à Autun.

[207] Le nouveau directeur général de la direction commune, qui a récemment dû décider de la fermeture temporaire du service de pédiatrie faute de couverture médicale, se dit favorable à une coopération avec l'Hôtel-Dieu du Creusot pour organiser le suivi pédiatrique du secteur de naissance conformément aux conditions techniques de fonctionnement des maternités de niveau 1 réalisant moins de 1 500 naissances par an.

[208] Au regard de ces constats, la mission propose de fermer l'unité d'hospitalisation complète du service de pédiatrie. Une réflexion devra être engagée au sein du pôle territorial mère-enfant afin de définir les modalités d'une couverture médicale permettant de garantir l'accès à des soins de proximité programmés répondant aux besoins du bassin de population. Ce nouveau dispositif pourrait utilement s'appuyer sur les trois pédiatres libéraux, éventuellement dans le cadre d'un exercice mixte ville-hôpital.

[209] Dans le cadre du scénario préférentiel, une astreinte pédiatrique devra être spécifiquement dédiée à la néonatalogie conformément aux conditions réglementaires.

Recommandation n°6 Mettre en œuvre un scénario préférentiel, et à défaut, un scénario de repli :

Le scénario préférentiel consiste à conforter la maternité du CH d'Autun et fermer dans un second temps la maternité du Creusot avec création d'un CPP. Pour pouvoir mettre le mettre en œuvre: il convient de

- créer une FMIH pilotée par l'établissement support et associant les trois maternités du territoire,
- mettre en place des équipes médicales de territoire,
- garantir une couverture médicale stable et coordonnée,
- maintenir la couverture chirurgicale par la clinique du parc avec des astreintes d'anesthésie et de chirurgie viscérale.

Le scénario de repli à mettre en œuvre dans le cas où ne seraient pas garanties de manière pérenne la qualité des pratiques et une stabilité des personnels médicaux sur le site d'Autun, consiste à fermer la maternité d'Autun, avec maintien de celle du Creusot. Dans cette hypothèse, il conviendrait de :

- créer un CPP pour le suivi pré et post natal,
- ouvrir un hébergement temporaire à proximité des maternités du territoire,
- organiser la prise en charge du risque d'accouchement inopiné avec une astreinte sage- femme pour sécuriser les transports urgents entre le bassin d'Autun et les maternités de Chalon-sur-Saône et du Creusot

Recommandation n°7 Fermer le service d'hospitalisation complète de pédiatrie d'Autun et confier au pôle territorial mère-enfant l'élaboration d'un dispositif permettant l'accès à des soins programmés de proximité. Dans l'hypothèse d'une mise en œuvre du scénario préférentiel, assurer une couverture pédiatrique du secteur de naissance.

2.4 Un pôle chirurgie de création récente, qui doit s'engager pour développer la chirurgie ambulatoire, rechercher des coopérations territoriales et formaliser des filières de recours

2.4.1 Un seul pôle de chirurgie publique sur le territoire, un secteur très concurrentiel avec le privé qui incite à développer des coopérations

[210] Le pôle chirurgical du CH de Chalon-sur-Saône est de création récente (janvier 2022). Chalon-sur-Saône est le seul établissement public du territoire ayant une activité chirurgicale, il existe quatre autres autorisations de chirurgie : l'hôpital privé sainte Marie, le centre orthopédique de Dracy le Fort, l'Hôtel-Dieu du Creusot (ESPIC) qui réalisent chacun plus de 3 500 séjours / an et la clinique du Parc à Autun avec 20 lits qui réalise un peu plus de 2 500 séjours / an, en baisse de 25 % depuis 2014.

[211] La répartition des parts de marché en chirurgie témoigne de la forte concurrence chirurgicale sur le territoire.

Tableau 32 : Répartition des parts de marché du territoire en chirurgie

Raison sociale	2018	2019
CH WILLIAM MOREY CHALON-SUR-SAÔNE SUR SAONE	19,5 %	19,0 %
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE MARIE	24,8 %	26,6 %
HOTEL-DIEU DU CREUSOT	9,6 %	9,7 %
CENTRE ORTHOPEDIQUE MEDICO-CHIR	7,5 %	6,4 %
CLINIQUE DU PARC	5,9 %	5,8 %

Source : Hospidiag

[212] L'analyse par GHM permet d'identifier les secteurs fortement concurrentiels avec un partage des parts de marché qui peuvent être sensibles à l'amélioration des conditions de recrutements des patients, (consultations avancées, délais de RDV), des modalités d'adressage et de liens avec la médecine de ville, et de l'organisation de l'aval.

- Appareil loco moteur : secteur concurrentiel avec le centre orthopédique médico chirurgical (Dracy le Fort) : part de marché 2019 égale à 27,2 % à Chalon-sur-Saône vs 20,1 % pour Dracy.
- Digestif : secteur concurrentiel avec la clinique Ste Marie : 26,5 % (Chalon-sur Saône) vs 29,4 %.
- Urologie : secteur concurrentiel avec la clinique Ste Marie : 22,8 % (Chalon-sur-Saône) vs 39,4 % clinique Ste Marie, et HD Creusot 15,7 %.

[213] Pour ces spécialités chirurgicales fortement concurrentielles, des pistes de coopération restent possibles principalement pour l'utilisation d'équipements de pointe comme les robots chirurgicaux. Le CH de Chalon-sur-Saône s'est équipé d'un robot orthopédique en location (le seul aujourd'hui sur

toute la région BFC) qui devrait lui permettre, selon l'étude médico économique transmise à la mission, d'augmenter de 8 % le nombre de séjours (soit + 141 séjours / 400 séjours en 2019). Une utilisation mutualisée avec les autres opérateurs du territoire (centre médico chirurgical de Dracy le Fort), voire avec des équipes du CHU, permettrait de partager les coûts (élevés) de cet investissement. A l'inverse, l'équipe de chirurgiens urologiques du CH de Chalon-sur-Saône pourrait utiliser le robot chirurgical acquis récemment par l'Hôtel-Dieu du Creusot. Le directeur du groupe SOS a confirmé à la mission qu'il était favorable à de telles coopérations avec le CH afin de mieux organiser les parcours de recours pour certaines indications chirurgicales.

[214] Pour certains autres GHM, les parts de marché se concentrent essentiellement sur un établissement. Par exemple, en chirurgie ophtalmologique, l'hôpital privé Sainte Marie détient 64,5 % des parts de marché ; la chirurgie vasculaire relève à 46,7 % du CH de Chalon.

[215] Les taux de fuite de chirurgie hors du territoire atteignent 22 % en moyenne dont 7,3 % vers le CHU de Dijon et 0,6 % pour les HCL. Les taux de fuite hors territoire étaient en 2019 de 21 % pour la chirurgie uro-néphrologique, de 26 % pour l'orthopédie et 28 % pour la chirurgie gynéco du sein.

2.4.2 Des tensions sur les effectifs médicaux au bloc opératoire impactant fortement son activité

[216] Le bloc regroupe neuf salles dont une pour le code rouge⁴⁴ et une pour les urgences. Il n'y a pas de salle réservée pour l'ambulatoire. Le directeur du bloc, récemment recruté, suit régulièrement les indicateurs de blocs ANAP et analyse les écarts constatés pour les résultats qui sont hors cible. Ainsi, en 2021, le temps de vacation offert (TVO) était égal à 61,5 % au lieu des 75 % minimum attendu. Cet écart à la cible représente 2 800 h de programme opératoire perdues soit la non-réalisation d'environ 2 00 interventions chirurgicales.

[217] En 2021, les activités du bloc ont été fortement impactées par la crise sanitaire (déprogrammations au printemps) et par le manque de médecins anesthésistes à partir de septembre qui a nécessité des renforts médicaux par le CHU de Dijon. Le directeur du bloc a confirmé à la mission que sur l'année, en moyenne, cinq salles seulement ont été ouvertes.

[218] Les principaux freins à la performance des blocs sont identifiés et portent sur la non concordance des temps entre les soignants et les médecins, les retards liés au brancardage, la variabilité des heures d'ouverture des salles, les organisations très chirurgiens dépendant et le taux important de chirurgie en urgence (30 %).

2.4.3 Un développement de la chirurgie ambulatoire à prioriser

[219] C'est une priorité du PRS, définie pour l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté: « la chirurgie ambulatoire doit désormais être considérée comme la modalité de référence pour l'ensemble de l'activité de chirurgie chez l'ensemble des patients éligibles ».

[220] Le taux global de chirurgie ambulatoire du CH de Chalon-sur-Saône reste très en deçà des moyennes régionale (40,2 % en 2020) et nationale (41,5 %).

⁴⁴ Code rouge : salle laissée libre pour les césariennes en urgence

Tableau 33 : Activité chirurgicale du CH de Chalon-sur-Saône

	2016	2017	2018	2019	2020
Total chirurgie (cas C)	6695	6702	7084	6948	5350
Chirurgie ambulatoire (cas C)	1962	2190	2329	2291	1622
Taux de chirurgie ambulatoire	29 %	33 %	33 %	33 %	30 %

Source : *Diamant 2021*

[221] En 2020, le taux d'ambulatoire est inférieur à 30 % pour l'orthopédie, le vasculaire et le viscéral. L'analyse des taux de chirurgie ambulatoire sur les six actes CCAM qui regroupent 80 % des actes, comparés aux moyennes nationale, confirme le fort potentiel d'évolution.

Tableau 34 : Taux de chirurgie ambulatoire au CH de Chalon sur les 17 CCAM comparé aux moyennes nationales

CHAPITRE CCAM	CH de Chalon			National	
	Taux ambul.	Part Actes	Nombre d'actes	Taux ambulatoire	Taux potentiel ambul.
04 - APPAREIL CIRCULATOIRE	23 %	14 %	1 077	42 %	61 %
07 - APPAREIL DIGESTIF	10 %	16 %	1 184	46 %	66 %
08 - APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL	33 %	19 %	1 440	42 %	74 %
13 - APPAREIL OSTÉOARTICUL. MEMBRE SUP.	28 %	6 %	458	67 %	90 %
14 - APPAREIL OSTÉOARTICUL. MEMBRE INF.	11 %	16 %	1 198	34 %	62 %
16 - SYSTÈME TÉGUMENTAIRE	30 %	7 %	515	64 %	88 %

Source : *Visuchir*

[222] Par ailleurs, le DIM peut identifier les actes traceurs relevant d'une chirurgie ambulatoire qui sont aujourd'hui réalisés avec des séjours de 1 à 2 jours. Ce ciblage permet également de déterminer les actes ayant un potentiel d'évolution vers l'ambulatoire. On observe ainsi, sur l'année 2019, 10 % des actes de chirurgie de l'utérus avec un séjour de 1 jour, 50 % de séjours de 1 à 2 jours pour chirurgie des varices, 30 % de séjours de 1 à 2 jours pour les actes traceurs en chirurgie digestive.

[223] L'amélioration de ces taux doit être un objectif prioritaire contractualisé avec le pôle. Le parcours de chirurgie ambulatoire doit identifier et caractériser les flux, anticiper les étapes en amont de l'hospitalisation, améliorer le parcours patient au bloc opératoire (avec la question de réserver un bloc pour l'UCA) et évaluer les conditions d'éligibilité à la sortie.

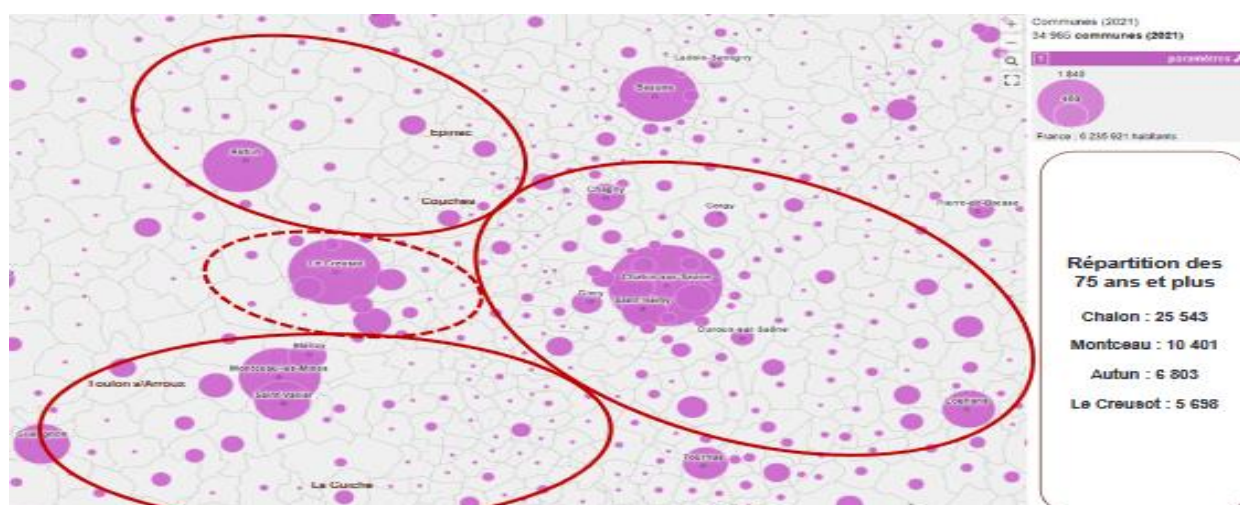
Recommandation n°8 Conforter l'activité chirurgicale du CH de Chalon-sur-Saône dans un contexte très concurrentiel. Développer la chirurgie ambulatoire, formaliser les filières de recours au sein du territoire et avec le CHU et envisager des mutualisations d'équipements de pointe.

2.5 Une filière gériatrique qui reste à formaliser et mettre en œuvre, dans une logique de prises en charge graduées par bassin de vie et avec un capacitaire redistribué au sein du territoire

2.5.1 Une consommation de médecine gériatrique se faisant au plus proche du territoire de vie des personnes de 75 ans et plus

[224] La consommation de soins est essentiellement en médecine et se répartit sur les trois bassins de vie, Chalon, Montceau-les-Mines, Le Creusot et Autun.

Carte 13 : Démographie des personnes âgées



Source : ARS

[225] L'offre sanitaire actuelle est mal répartie au regard de la population cible. Une nouvelle répartition infra territoriale pour accompagner le parcours PA est nécessaire et attendue par les hospitaliers, le Conseil Départemental et l'ARS.

Tableau 35 : Répartition actuelle de l'offre sanitaire pour les personnes âgées

	CH Chalon	CH Montceau	CH Autun
Nombre de PA > 75 ans	25 543	10 401	5 103
Court séjour gériatrique	21 lits	29 lits	12 lits
SSR spécialisé PA	42 lits	30 lits	24 lits
USLD	0	0	54 lits

Source : ARS

[226] Pour améliorer la réponse aux besoins, l'ARS a souhaité que le GHT revoie la répartition de l'offre pour un meilleur maillage en proximité afin de ne pas éloigner de leur territoire de vie les personnes âgées.

2.5.2 Une filière gériatrique n’ayant toujours pas été définie par le GHT, avec pour conséquence des évolutions capacitaires non validées par les communautés médicales et le comité territorial des élus locaux (CTEL)

[227] L’organisation de la filière gériatrique est inscrite au PMSP du GHT. Le gériatre chef du pôle du CH de Chalon-sur-Saône vient d’être nommé. Après analyse de tous les projets territoriaux de filière gériatrique (sauf celui du GHT 71 Nord), l’ARS a proposé, conformément aux objectifs de son PRS, un schéma de redistribution régionale des modalités de prise en charge en SSR et USLD de l’ouest vers l’est du territoire. Pour le territoire du GHT, les pistes de cette redistribution ont fait l’objet d’une mission de consultant. Les évolutions capacitaires ont été présentées par établissement avec des suppressions ou diminutions de lits (suppression des 35 lits de SSR de Toulon sur Arroux, réduction de 15 lits de SRR à la Guiche), des transformations (30 places d’EHPAD en lits d’USLD à Montceau-les-Mines) ou des créations pour d’autres (30 lits de SSR à Chagny). Capacitaire cible du sanitaire pour la filière gériatrique estimé par l’ARS et différentiel avec la situation actuelle⁴⁵

	CH Chalon	Différentiel Chalon	CH Montceau-les-Mines	Différentiel Montceau-les-Mines	CH Autun	Différentiel Autun
Court séjour gériatrique	30 à 40 lits (+ 10 places HDJ)	9 à 19 lits (+ 10 places HDJ)	25 lits (+ 5 places HDJ)	- 4 lits (+ 5 places HDJ)	12 lits (+ 5 places HDJ)	+ 5 places
SSR spécialisé PA	62 à 72 (42 à Chalon + 20 à 30 lits (sur le site de Chagny)	+20 à 30 lits (sur le site de Chagny)	60 lits	+ 30 lits	à étudier selon évolution capacitaire SSR clinique du Parc	à étudier selon évolution capacitaire SSR clinique du Parc
USLD	60 lits (déjà autorisés)	+ 60 lits	30 lits	+ 30 lits	30 lits	- 24 lits

Source : ARS

[228] Sans vision territoriale du parcours personnes âgées, les médecins, les soignants et les élus n’ont retenu que les conséquences en termes de maquettes organisationnelles (par exemple astreinte de gériatre en USLD) et d’emplois (des gagnants, des perdants). L’ARS a validé les autorisations nécessaires (USLD, SSR) pour accompagner ces transformations du capacitaire et financé les modalités d’intervention (équipe mobile gériatrique). Mais les projets d’investissement financés par le Ségur liés à ces évolutions n’ont pas été validés par le comité territorial des élus du GHT.

[229] Ce travail parcellaire, sans implication des gériatres et conçu par étapes morcelées, a été un échec. Les gériatres souhaitent aujourd’hui reprendre la main sur l’organisation de cette filière ; ils s’engagent à définir les étapes incontournables du parcours sur chaque bassin de vie, les modalités

⁴⁵ Selon la feuille de route ARS EHPAD/ USLD, et le rapport des Pr Jeandel et Guérin de juillet 2021 « pour une prise en soin adaptée des patients et des résidents d’EHPAD et d’USLD » et le rapport Pr Jouanny CHU Dijon 2014,

de prise en charge des patients qui peuvent se mutualiser sur le territoire (par ex une hot line), les coopérations nécessaires avec la ville et l'aval.

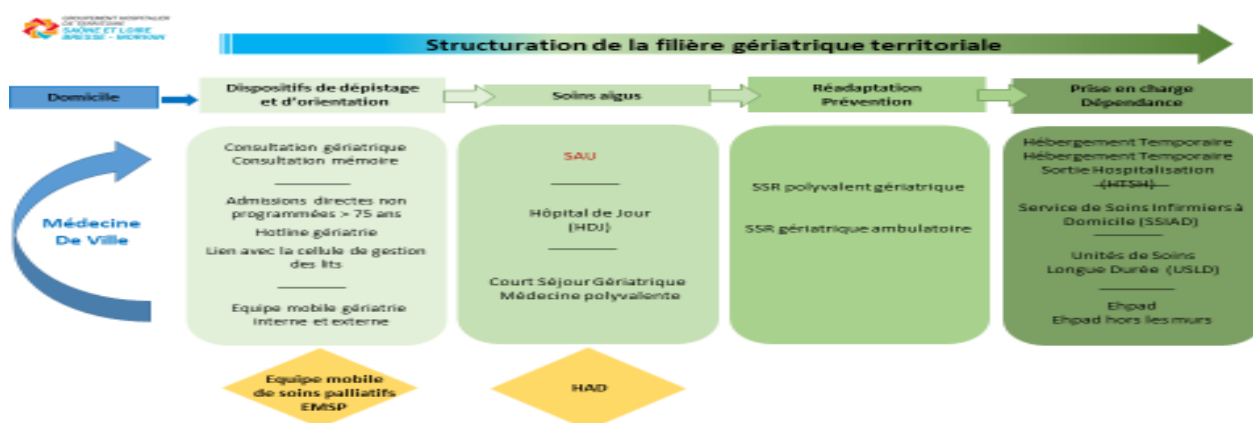
[230] Pour l'ARS, la filière gériatrique du GHT doit pouvoir s'appuyer sur :

- Une offre ambulatoire permettant une réponse rapide et adaptée aux situations présentées (consultations gériatriques, hôpital de jour gériatrique, consultations avancées, EMG extra-hospitalière notamment vers EHPAD, télémédecine ...)
- Des filières d'admissions directes dans les services hospitaliers (gériatrie et autres services), impliquant la régulation du SAMU et les urgentistes
- Une prise en charge rapide des PA accueillies aux urgences, en s'appuyant notamment sur une procédure d'admission directe, en identifiant un circuit dédié, en formalisant l'appui de l'EMG (formation, protocoles, avis téléphonique, consultation)
- Un service de hotline gériatrique mutualisé, structuré de telle sorte qu'il soit facilement accessible et connu pour l'ensemble des médecins de ville et établissements médico-sociaux du territoire du GHT

[231] Pour respecter ce cahier des charges ARS, le calendrier est désormais contraint. La mission considère que les équipes doivent s'engager sur un projet à très court terme. L'objectif semble être aujourd'hui partagé par les acteurs.

[232] La filière gériatrique à organiser dans ce calendrier court doit permettre le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible, accompagner les personnes les plus vulnérables à intégrer sans heurt un hébergement institutionnel lorsque cela s'avère indispensable. Les modes de prise en charge des personnes âgées sont connus ; il convient de les cordonner pour en faire un parcours fluide et éviter les points de rupture: hôpital de jour (médecine, SSR), équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalière, EHPAD hors les murs pour anticiper et prévenir les défaillances, hospitalisation directe ou parcours identifié si passage par les urgences, court séjour gériatrique, HAD, SSIAD, SSR, USLD, EHPAD avec des unités Alzheimer, des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) eu sein des EHPAD.

Schéma 1 : Parcours de soins en gériatrie



Source : GHT

2.5.3 Cinq axes prioritaires à définir pour ancrer la filière gériatrique sur son territoire

[233] La filière gériatrique qui reste à construire doit répondre à un double enjeu : définir un cadre stratégique territorial qui pourra se décliner sur chacun des bassins de vie et renforcer les coopérations avec les autres acteurs impliqués. Pour cela, il faudra préciser :

- Le management territorial du parcours des personnes âgées. La filière doit définir le parcours en proximité et l'interface de recours en lien avec l'établissement support qui nécessite de préciser les modalités d'admission directe ou un parcours spécifique PA aux urgences, avec intervention de l'EMG.
- La coopération avec le pôle gériatrique de l'Hôtel-Dieu du Creusot. Le directeur de cet établissement est favorable à un regroupement des lits de SSR au CH de Montceau-les-Mines (11 lits autorisés à l'Hôtel-Dieu du Creusot).
- Le partage d'informations avec les acteurs de la ville et du médico-social : les professionnels de santé, et tous les services qui permettent le maintien à domicile : HAD, DAC, CLIC, MAIA, SSIAD.
- La coordination avec le conseil départemental. La mission a échangé avec le Conseil Départemental (CD) qui insiste sur le « virage domiciliaire ». Le CD accompagne de nombreux projets de maintien à domicile, avec le développement de résidences autonomie. Pour le CD, ce virage nécessite un étayage du sanitaire (principalement les EMG) au bénéfice des dispositifs d'aide à domicile.
- L'évaluation des besoins en investissement et l'impact médico économique des transformations.

Recommandation n°9 Formaliser la filière gériatrique avec un management territorial à l'échelle du GHT. Accompagner sa déclinaison en proximité sur chacun des bassins de population et assurer un appui du secteur sanitaire aux autres acteurs du territoire intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées

2.6 Renforcer les synergies avec le CHU de Dijon et intensifier les coopérations territoriales

[234] Pour chacune des filières de soins prioritaires, la mission a insisté sur les coopérations à engager. Le GHT ne peut pas rester cloisonné à l'intérieur des frontières des établissements parties au groupement. Beaucoup d'hospitaliers rencontrés ont fait part à la mission de difficultés pour envisager ces coopérations et considèrent leur établissement « comme une citadelle assiégée par la concurrence » ; dans le cadre de ces échanges, la mission a ouvert plusieurs pistes, formalisées dans le présent rapport, portant notamment sur l'utilisation partagée d'équipements chirurgicaux, la mutualisation de ressources médicales avec des exercices mixtes, des coopérations pour des activités de recours et de sur spécialités, l'association à la définition de parcours des personnes vulnérables.

2.6.1 Une coopération avec le CHU de Dijon ne pouvant se limiter à la seule gestion en urgence de la démographie médicale

[235] Il n'y a pas eu d'analyse partagée entre les deux établissements portant sur les besoins de santé, les consommations de soin, les taux de fuite dans l'objectif de penser une gradation des soins et d'identifier les partenariats utiles. Le T0 du CHU de Dijon recommandait de consolider la contribution du CHU à la gestion de la démographie médicale hospitalière de la région par des temps partagés et dans des conditions économiques équilibrées.

[236] Le recours au CHU est souvent perçu par Dijon comme devant prioritairement répondre à des situations de crise démographique, comme ce fut le cas pour compenser le déficit de radiologues ou de médecins anesthésistes à Chalon-sur-Saône. Ainsi, en janvier 2022, 9 médecins séniors et 14 assistants partagés avaient une activité au CH de Chalon.

[237] Le partenariat avec le CHU pour valider le projet de cardiologie interventionnelle peut également être jugé comme « contraint » s'agissant de répondre à une exigence de l'ARS pour obtenir une autorisation. Cette convention pour un GCS de moyen peut néanmoins montrer au GHT l'intérêt à agir pour définir ensemble un partenariat formalisé et régulé avec le CHU mais également avec le GHT Saône et Loire méridionale.

[238] La mission considère que toutes les filières territoriales formalisées par le GHT devraient intégrer un axe négocié sur les coopérations avec le CHU et le CH de Macon. C'est évident pour bâtir la filière soins critiques, mais c'est également nécessaire pour finaliser la filière chirurgie et la filière gériatrique.

2.6.2 La coopération pour la recherche et l'enseignement, une opportunité pour le GHT

[239] Une convention de coopération sur les activités de recherche clinique a été signée entre le CHU et le CH d'Auxerre en 2018. En contrepartie de l'inclusion de patients, le CHU reverse une partie de sa MERRI (125 000 € pour le CH Auxerre en 2020). Le CH de Macon est partie à cette convention depuis décembre 2021. La participation à des projets de recherche est un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé. Le chef de service de réanimation a indiqué à la mission que son service était impliqué dans des projets. Plutôt que de rester sur des partenariats de service à service, le CH de Chalon-sur-Saône gagnerait à s'inscrire comme partenaire institutionnel de cette convention.

[240] Enfin, la coopération pour le volet formation peut être complétée au-delà de la formation commune des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM). Ainsi un projet d'universitarisation du territoire pourrait permettre la création de postes de chefs de clinique à temps partagé.

Recommandation n°10 Renforcer les partenariats territoriaux et régionaux, en intégrant un volet coopération à chaque projet formalisé et en conventionnant avec le CHU sur le volet recherche.

3 Une gouvernance médico-administrative à consolider, un dialogue de gestion avec les pôles et services à structurer, un pilotage stratégique qui doit être déployé à l'échelle du territoire.

3.1 Une équipe de direction restant encore à renforcer sur le périmètre de la direction commune, avec une nouvelle dynamique récemment enclenchée

3.1.1 Un historique complexe sur un périmètre large

[241] La directrice générale qui était en charge de l'établissement support (Chalon-sur-Saône) et de la direction commune depuis janvier 2018 est partie en retraite fin février 2022. Un nouveau directeur général a pris ses fonctions depuis le 1^{er} mars 2022. Il connaît très bien le territoire, car il était auparavant le directeur de l'hôpital psychiatrique de Sevrey qui fait partie du GHT nord 71.

[242] La convention de direction commune a été revue en janvier 2019, afin d'intégrer quatre nouveaux établissements (les centres hospitaliers de Chagny, La Guiche Mont St Vincent, Toulon sur Arroux, l'EHPAD de Couches). La direction commune est désormais constituée de six établissements, le GHT intégrant huit établissements avec le CHS de Sevrey et le CH de Louhans.

[243] L'équipe de direction de la direction commune comporte quinze postes de niveau DH et/ou D3S. Sur les postes pourvus à ce jour, six sont occupés par des contractuels. A titre d'exemple, la fonction de DRH au CH de Chalon-sur-Saône est occupée par une contractuelle arrivée au début de l'année 2020, venant du secteur privé.

[244] Un turn-over important des membres de l'équipe est observé sur les dernières années, avec des situations manifestement conflictuelles dont l'une s'est soldée par un licenciement.

[245] Les directions de site, qui revêtent une importance particulière au sein de la direction commune du fait du nombre de sites concernés, ont connu une rotation importante, l'exemple le plus marquant étant l'hôpital de Montceau-les-Mines où quatre directeurs délégués se sont succédés sur les cinq dernières années. Le poste de directeur délégué du CH de Chagny est vacant au printemps 2022. La directrice déléguée du site d'Autun, absente depuis plusieurs mois, a repris ses fonctions à temps partiel en avril 2022.

[246] La mission a relevé un recours important à des cabinets de consultants sur plusieurs sujets clefs traités sur le périmètre de la direction commune, comme la restructuration des activités de biologie, celle de la restauration, la mise en place de la filière gériatrique. Les réflexions engagées sur certains de ces sujets, et parfois semble-t-il sans réelle concertation des acteurs, ont conduit à de fortes crispations et des rejets des orientations proposées, notamment sur le sujet de la restauration et de la filière gériatrique.

3.1.2 Une nouvelle dynamique engagée à l'occasion de la prise de fonctions récente du Directeur général

[247] Cinq marqueurs illustrent la volonté du nouveau directeur général d'impulser une nouvelle dynamique de travail visant à plus responsabiliser et associer les acteurs.

- **Une refonte rapide de l'organigramme, avec le recrutement d'une collaboratrice de Sevrey affectée à une fonction clef**

[248] Le nouvel organigramme a été effectif dès la mi-mars 2022⁴⁶. Il comporte trois pôles importants, qui recouvrent eux même plusieurs directions (cf pièce jointe 1) :

- Le pôle performance territoriale,
- Le pôle relations sociales et développement professionnel,
- Le pôle ressources et innovations matérielles-convergence des systèmes-Ségur investissements.

[249] Ces nouveaux pôles sont lisibles, en nombre réduit, et a priori bien structurés à l'échelle de la direction commune et/ ou du GHT en fonction des sujets. Les fonctions, essentielles, de direction de site sont bien identifiées, en relations fonctionnelles avec les trois pôles.

⁴⁶ Source : organigramme de la direction commune, mars 2022.

[250] Le nouveau directeur général a recruté dès le mois de mars 2022 une collaboratrice qui travaillait déjà avec lui au CHS Sevrey et l'a affectée sur une fonction clef et transversale : le pôle « Performance territoriale », avec une responsabilité directe sur la direction du pilotage stratégique qui comporte les fonctions budgétaires et financières, les parcours et flux patients, la contractualisation avec les pôles, la coordination de l'efficience et l'accompagnement au changement des organisations. Ce pôle comprend également deux autres directions : la direction des affaires médicales et du développement territorial en santé, la direction qualité et gestion des risques-relations avec les usagers.

- **Des décisions de nomination rapides sur des fonctions médicales importantes**

[251] La fonction de PCME du CH d'Autun était vacante depuis plusieurs mois. Le chef de service des urgences a été nommé en avril 2022.

[252] Deux pôles importants du CH de Chalon-sur-Saône étaient sans chef de pôle depuis plusieurs mois : le pôle gériatrique, le pôle comportant les services d'hémo-oncologie pneumologie, hépato-gastro-entérologie et hôpital de jour. Les deux nominations ont été décidées dès la mi-mars 2022.

[253] Les huit pôles du CH de Chalon ont un cadre de pôle identifié⁴⁷ (cf. pièce jointe 2).

- **Des premières mesures fortes portant sur la situation financière**

[254] L'état très dégradé de la situation financière a fait l'objet d'une présentation transparente à toutes les instances du CH de Chalon-sur-Saône en mars 2022⁴⁸. Un point de situation précis a dans ce cadre été fait sur les résultats constatés à fin décembre 2021, les évolutions des charges et des produits, le poids de la dette, le contenu du contrat Ségur, la trésorerie.

[255] La conclusion du document est claire et identifie bien les enjeux : « il faut sortir de ces difficultés financières et renouer avec une dynamique de gestion vertueuse, transparente et réaliste pour garantir la pérennité de l'organisation, pour assurer au mieux les missions du CH de Chalon-sur-Saône et garantir aux patients du territoire des prises en charge de qualité. Il faut restaurer les marges de manœuvre pour faire face aux investissements courants (CAF positive et taux de CAF nette qui permettent de couvrir les investissements courants) et assurer le remboursement des dettes à long terme. Si rien n'est fait d'ici quelques mois, le CH ne pourra plus assurer le paiement des charges sociales et fiscales ».

[256] Par ailleurs, la programmation initialement prévue sur les investissements courants a fait l'objet d'une première revue à la baisse avec un effet immédiat⁴⁹ de 1,2 M€.

[257] Enfin, le sujet de la maîtrise salariale, sur lequel la mission a fortement souligné l'urgence à agir à très court terme auprès de la direction au cours de son deuxième déplacement sur sites (cf. argumentation dans la partie 4/RH), a fait récemment également l'objet d'une analyse approfondie par la DRH. Une présentation a ainsi été faite à la mission le 29 mars 2022⁵⁰. Les sujets à traiter rapidement (cf. partie 4) sont bien identifiés : les maquettes organisationnelles, les modalités de suivi des effectifs et de la masse salariale, la gestion des heures supplémentaires et des remplacements, les évolutions concernant la gestion prévisionnelle des compétences, la qualité de vie au travail.

⁴⁷ Source : document « organisation des pôles d'activités », Direction générale, 14 mars 2022

⁴⁸ Source : diaporama « point de situation financière », CH de Chalon, mars 2022.

⁴⁹ Source : compte rendu de réunion en date du 12 avril 2022, sur le sujet « investissement 2022-révision des enveloppes ».

⁵⁰ Source : diaporama « présentation CH de Chalon : maquettes—suivi effectifs-masse salariale », 29 mars 2022

Recommandation n°11 Faire une présentation transparente sur l'état de la situation financière aux instances de chacun des établissements de la direction commune.

- **L'enclenchement d'une dynamique de contractualisation avec les pôles**

[258] Ce sujet est traité au point 3.2 du présent rapport.

- **La décision de suspendre la révision du projet médico-soignant partagé du GHT qui devait initialement intervenir en février 2022 avec l'appui d'un cabinet de consultant**

[259] La précédente direction avait décidé d'engager la révision du PMSP en février 2022, avec l'aide d'un cabinet de consultants. Le nouveau directeur général a décidé de reporter cette démarche à septembre 2022, motivant cette décision par le souhait de prendre en compte, dans cette réflexion à conduire, la feuille de route proposée par la mission IGAS.

3.1.3 Des process RH et Finances à organiser sur le périmètre de la direction commune, en ciblant dans un premier temps les trois sites de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun

[260] Les constats sont les mêmes sur ces deux fonctions RH et Finances.

[261] Alors même que les enjeux sont majeurs, a fortiori dans une direction commune où les trois CH ayant des activités de court séjour sont dans une situation financière très difficile, les modes de pilotage, de gestion et de suivi sont variables d'un site à l'autre, quel que soit le sujet traité. En conséquence, aucun tableau de bord n'est harmonisé et les outils techniques de suivi sont tous différents entre les trois CH.

[262] Il n'y a pas de réunions régulières entre les responsables des différents sites, permettant de définir des approches communes concrétisées par des cibles et des tableaux de bord uniformisés.

[263] La mission considère que c'est au CH de Chalon-sur-Saône, en tant qu'établissement support, de donner l'impulsion à cette nouvelle dynamique de travail partagé, en associant les référents techniques en place sur les sites de Montceau-les-Mines et d'Autun. Une gestion en mode projet doit être mise en place, avec des chefs de projets bien identifiés pour chacun des sujets à traiter.

[264] La première étape doit consister à faire un état des lieux exhaustif de la robustesse des différentes comptabilités analytiques et des fichiers structures, puis de prendre en conséquence toutes les mesures nécessaires sur ces sujets clefs qui conditionnent un suivi exhaustif et fiable de l'ensemble des recettes et des dépenses ainsi que leurs bonnes imputations.

[265] Les axes prioritaires du plan de redressement de la situation financière proposés par la mission (cf. partie 5) doivent ensuite être travaillés sur un plan technique, en équipe et sur le périmètre des trois CH, de manière à les traduire en objectifs opérationnels et en indicateurs de suivi.

[266] Ce travail, outre une fiabilisation des process sur chacun des sites, permettra une consolidation sécurisée des résultats sur le périmètre des trois CH. Sur cette base, un suivi périodique des grands agrégats de la situation financière en recettes et en dépenses pourra être mis en œuvre sur un rythme mensuel, de manière rigoureuse et partagée avec l'ensemble des acteurs.

[267] Cette harmonisation des process et outils techniques est la condition indispensable pour que la gouvernance médico-administrative de la direction commune soit en capacité de prendre les mesures correctrices nécessaires au regard des résultats constatés.

3.1.4 Un objectif managérial à poursuivre en 2022 : éclaircir les missions et la place de chaque acteur dans les processus de décision au sein de la direction commune, dans le cadre d'une charte du management

[268] L'ensemble des acteurs rencontrés par la mission ont exprimé leur incompréhension des circuits et des modalités de prise de décision au sein de la direction commune.

[269] Les répartitions de compétences entre Chalon-sur-Saône et les six sites-parties sont perçues comme étant opaques et variables selon les domaines d'activité concernés.

[270] La place et les missions respectives des pôles et des services ne sont pas non plus perçues de manière claire, y compris au sein même du CH de Chalon-sur-Saône.

[271] La mission propose que la nouvelle direction mène une réflexion spécifique sur ces sujets. Elle devra s'inscrire dans le cadre défini par la circulaire DGOS/CABINET du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Oliver CLARIS.

Recommandation n°12 Elaborer une charte du management précisant la répartition des périmètres de compétences entre le CH de Chalon-sur-Saône et les autres établissements de la direction commune, ainsi que les missions attribuées aux pôles et aux services.

3.2 Mettre en œuvre une contractualisation avec les pôles sur le CH de Chalon-sur-Saône et structurer un dialogue de gestion efficace

3.2.1 Une absence de contractualisation durant plusieurs années

[272] Il n'y a pas de pôles constitués dans les CH de Montceau-les-Mines et d'Autun, ce qui paraît logique au regard du nombre et de la taille des services.

[273] Huit pôles ont été constitués au CH de Chalon-sur-Saône. Ces pôles sont simplement numérotés, sans dénomination « qualitative ».

[274] Aucune démarche de contractualisation n'a été engagée jusqu'au début de l'année 2022. Il s'agit pourtant d'une obligation légale, rappelée dans la loi du 26 avril 2021 : « le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle »⁵¹.

[275] Les responsables médicaux et paramédicaux rencontrés par la mission au cours de son premier déplacement de fin janvier 2022 avaient émis une forte attente d'aller vers une telle démarche de contractualisation.

3.2.2 Une démarche engagée en mars 2022

[276] Le nouveau directeur général a initié dès sa prise de fonctions la mise en œuvre d'une contractualisation avec les pôles. Il en a confié la coordination à la responsable du nouveau pôle administratif intitulé « pôle performance territoriale ». Ils ont tous les deux l'expérience de ces sujets,

⁵¹ Source : loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi « Rist ».

la démarche de contractualisation ayant déjà été mise en place, avec des mécanismes d'intéressement, au sein du CHS de Sevrey.

[277] Un nouveau dispositif a ainsi été élaboré et a été présenté aux chefs de pôles en mars 2022⁵². Il a également été partagé avec la mission, au cours d'une séquence d'échanges organisée sur site le 30 mars 2022 réunissant les chefs de pôle, les cadres de pôles et la direction.

[278] Les objectifs attendus sont décrits de manière claire. La contractualisation est définie comme étant « la pierre angulaire de la gouvernance interne ». La négociation est instaurée « comme base de la relation ». Les objets du contrat de pôle sont bien définis :

- Le fonctionnement du pôle, ses objectifs en termes d'activité, de maîtrise des charges et de suivi des recettes et des dépenses
- Les moyens dont il dispose
- Les axes du contrat visant à mettre en œuvre le projet médical du CH de Chalon-sur-Saône, qui doivent s'inscrire en cohérence avec le projet médical de territoire
- Les modalités de négociation des ressources, la gestion déconcentrée de certaines d'entre elles
- L'animation interne du pôle.

[279] Les engagements réciproques du pôle et de la direction sont également décrits de manière précise et s'inscrivent dans le cadre d'une trame très complète.

[280] Des tableaux de bord nouveaux accompagnent cette démarche de contractualisation. Ils comportent des indicateurs classiques d'activité, de recettes et de dépenses. Ils comportent également des indicateurs portant sur l'efficacité des équipes soignantes et médicales, tels que, pour chaque service de soins composant le pôle, le chiffre d'affaires T2A par ETP soignant, le chiffre d'affaires par ETP médical, le chiffre d'affaires par jour PMSI. Les données RH et financières qu'il est prévu de suivre dans le cadre de ces tableaux de bord sont exhaustives. **La mission attire l'attention de la direction générale sur le fait que ces tableaux de bord revisités doivent faire l'objet d'une réflexion commune entre les équipes du contrôle de gestion et le DIM, dont l'implication, forte, doit être reconnue et valorisée.**

[281] La dimension qualité et gestion des risques a bien également été intégrée dans cette contractualisation, avec des indicateurs simples portant notamment sur le nombre d'événements indésirables internes au pôle considéré.

[282] Un mécanisme d'intéressement accompagne ce nouveau dispositif de contractualisation. Il est précisé qu'il sera calculé sur la base des résultats financiers du pôle, des indicateurs qualité et de la qualité du codage PMSI. Chaque pôle d'activité se verra attribuer une enveloppe annuelle d'intéressement, s'il a atteint ses objectifs, dont le montant maximum sera défini selon deux clefs de répartition :

- 70 % au prorata des recettes du pôle / recettes totales
- 30 % au prorata des effectifs du pôle / effectifs totaux.

⁵² Source : diaporama « la contractualisation au CH de Chalon », mars 2022.

[283] Une démarche de concertation et d'ajustement des principes de cette nouvelle dynamique de contractualisation est prévue, avec échanges impliquant chacun des pôles du CH de Chalon-sur-Saône, passage en Directoire, puis signatures des contrats par le directeur général, le PCME et le chef de pôle. Le calendrier de mise en œuvre est prévu pour septembre 2022.

[284] La mission pu constater la détermination de la nouvelle direction à mettre en place cette contractualisation avec les pôles, très attendue par les responsables médicaux et soignants. La méthode et le calendrier paraissent pertinents et réalistes.

[285] Elle souligne qu'elle doit s'accompagner d'une action de formation des responsables de pôles (chefs de pôles et cadres de pôles), qui n'a pas eu lieu sur les dernières années exception faite du vice-président de la CME de Chalon. Elle recommande l'élaboration d'un plan de formation pluriannuelle, privilégiant la formation en binômes médecin-cadre. Le CH de Chalon-sur-Saône pourrait utilement se rapprocher du CHU de Dijon pour s'inscrire dans les programmes d'actions déjà en cours.

[286] La mission souligne par ailleurs la nécessité pour la nouvelle direction de vérifier le niveau de fiabilité de la comptabilité analytique et des fichiers structures, condition essentielle pour produire des tableaux de bords fiables et non contestables par les responsables des pôles et des services.

Recommandation n°13 Accompagner la mise en œuvre au CH de Chalon-sur-Saône de la contractualisation avec les pôles d'un plan pluriannuel de formation des binômes chefs de pôles-cadres de pôles, en lien avec le CHU de Dijon. Veiller à la solidité de la comptabilité analytique, permettant fiabilité et régularité dans la production de tableaux de bords de suivi de l'activité, des recettes et des dépenses.

3.2.3 Une contractualisation avec les pôles qui doit s'inscrire dans le cadre d'un dialogue de gestion renforcé et structuré

[287] Plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont fait état d'une culture du reporting mais de l'absence d'un vrai dialogue de gestion en interne. Le document « La contractualisation au CH de Chalon » de mars 2022 précise ainsi : « le dialogue médico-économique est naissant au CH William Morey : il existe déjà des indicateurs adressés périodiquement aux pôles mais qui ont jusqu'alors servi au constat. Il manque une dimension management des données et de leurs conséquences, au service du pilotage stratégique et de la prise de décisions ».

[288] La mission partage cette analyse. En effet, sur des sujets clefs comme l'évolution des maquettes et la maîtrise de la masse salariale, les constats sont faits mais ne conduisent pas à des plans d'action effectivement mis en œuvre (cf. partie 4). La mission a également pu constater que les indicateurs étaient rarement déclinés à l'échelle du service (par exemple les indicateurs de productivité) et que peu avaient fait l'objet d'une analyse.

[289] La mise en place de la contractualisation avec les pôles constitue une première étape importante. La mission propose qu'elle s'accompagne de la mise en place d'un dialogue de gestion annuel organisé sur de nouvelles bases.

[290] Elles pourraient prendre la forme suivante : des conférences de pôle annuelles (huit donc) pourraient être organisées au printemps de l'année N. Co-présidées par le directeur général et le PCME, elles réuniraient le chef de pôle, le cadre de pôle, les chefs des services, les cadres de services, l'équipe de direction.

[291] Préparée en amont par la directrice responsable du pôle « Performance territoriale », en lien étroit avec les pôles et les différentes directions administratives, chaque conférence de pôle serait l'occasion de :

- Partager les points forts mais aussi les points de difficulté rencontrés par les équipes du pôle sur l'année en cours
- Dresser un bilan sur les résultats concrets obtenus sur les thématiques et objectifs définis dans le contrat de pôle
- Valider les projets de développements d'activités nouvelles les plus importants (les autres projets de moindre envergure peuvent être traités au fil de l'eau, mais avec la même rigueur d'instruction), sur la base d'une instruction médico-économique approfondie (cf. partie 5).
- Fixer de nouveaux objectifs opérationnels pour l'année N+1, avec des chefs de projets bien identifiés et des calendriers de réalisation prévisionnels.
- Ecrire, sur cette base, une feuille de route annuelle du pôle, qui engage la direction et le pôle.

[292] Ces conférences de pôles créeraient les conditions d'un dialogue renforcé entre la gouvernance médico-administrative, les équipes médicales et l'encadrement. L'addition des huit feuilles de route annuelles constituerait une feuille de route opérationnelle pour l'ensemble du CH de Chalon-sur-Saône, à suivre en infra annuel. En complément de ces conférences de pôles annuelles, la mission propose que le pôle performance territoriale anime, tous les trois mois, en lien étroit avec le DIM, une revue de pôle avec chacun des binômes de pôles.

Recommandation n°14 Structurer le dialogue de gestion avec les pôles autour de huit conférences de pôles annuelles, co-présidées par le directeur général et le PCME, associant les binômes de pôles, les chefs de service et les cadres paramédicaux. Mettre en place des revues de pôles trimestrielles avec les binômes de pôle, animées par le pôle performance territoriale en lien étroit avec le DIM.

3.2.4 Un dispositif rénové qui doit laisser toute leur place aux services de soins

[293] La mise en place de la contractualisation avec les pôles ne doit pas aboutir à une mise à l'écart du niveau des services de soins. Ceux-ci doivent au contraire occuper une place majeure dans le management global de l'établissement.

[294] La circulaire DGOS/CAB du 6 aout 2021 rappelle ainsi les mesures mises en place par la loi du 26 avril 2021 portant sur « la réhabilitation du service, du chef de service et du cadre de proximité comme échelon et acteurs de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail »⁵³

[295] Plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission au cours des deux déplacements sur sites ont exprimé de fortes attentes sur ce sujet de la reconnaissance des services et de leurs responsables, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux.

⁵³ Source : article 22 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021

[296] Les recommandations de la mission relatives à la charte du management et la tenue de conférences de pôles annuelles associant les chefs et cadres de services doivent permettre de garantir une pleine reconnaissance de ceux-ci.

3.3 Poursuivre les efforts entrepris sur les fonctions supports et aller plus loin sur les sujets biologie-imagerie-pharmacie

3.3.1 Une dynamique positive sur les fonctions supports à maintenir

3.3.1.1 Une politique sur les systèmes d'information offensive mais qui doit être déployée entièrement en cohérence avec la dynamique régionale

[297] La Direction des systèmes d'information (DSI) est organisée sur le périmètre du GHT, dans le cadre d'un GCS qui existe depuis 2015, dénommé le GCS du Chalonnais. Composé de 39 collaborateurs, il est structuré en quatre départements : infrastructure, centre support, études et projets, interopérabilité. Son périmètre d'intervention porte sur 50 sites géographiques répartis sur le territoire, pour plus de 6000 utilisateurs.

[298] Sur les trois établissements de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun, une convergence des outils et des infrastructures est bien engagée. Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est le logiciel EASILY, conçu par les Hospices Civils de Lyon. Le socle technique est solide et le déploiement complet des différentes fonctions d'EASILY sur les trois sites devrait être achevé avec les calendriers suivants : d'ici fin 2022 pour le dossier clinique, le dossier EHPAD pour Chalon et Montceau, et le dossier SAMU, courant 2023 pour le dossier Prescription⁵⁴.

[299] Le chapitre 1.5 décrit les évolutions que la mission propose sur l'ensemble de ces sujets autour du système d'information. Les SI sont à déployer entièrement sur la biologie et l'imagerie. Une meilleure fluidité des relations entre hôpital et médecine de ville doit être recherchée, ainsi qu'une articulation renforcée avec les actions qui sont menées à l'échelle de la région par le GRADeS.

3.3.1.2 Des fonctions achats, travaux, biomédical et qualité bien organisées sur le périmètre de la direction commune

[300] La direction des achats-fonctions logistiques-services économiques est structurée à l'échelle de la direction commune, dans le cadre du groupement d'achats Nord Saône et Loire-Morvan. Un comité des achats est organisé mensuellement avec la présence des référents de site. Les équipes participent au programme PHARE national.

[301] La direction des travaux-infrastructures-sécurité-développement durable est elle aussi organisée en périmètre direction commune. Des référents sont opérationnels sur chacun des sites, avec réunions régulières de coordination.

[302] La direction des plateaux et équipements medicotechniques mène des actions efficaces et reconnues par l'ensemble des acteurs de terrain des différents sites. La convergence et l'uniformisation du parc d'équipements biomédicaux et des plateaux techniques des établissements du GHT Nord Saône et Loire atteignent un taux de 90 %, suite à une politique biomédicale territoriale

⁵⁴ Source : séquence de travail sur site avec le directeur du système d'information du GCS du Chalonnais en date du 30 mars 2022

engagée depuis décembre 2016⁵⁵. La culture de la gestion de projets est bien maîtrisée par les équipes, et des projets innovants sont en cours de réflexion portant notamment sur la géolocalisation et le renforcement des synergies entre informatique et biomédical.

[303] La direction de la qualité-gestion des risques-relations avec les usagers fonctionne également sur l'ensemble de la direction commune, avec des référents de sites. Des points d'amélioration ont été signalés à la mission, portant en particulier sur deux sujets : la gestion documentaire qui reste à déployer entièrement sur tous les sites avec la même solution informatique, la déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG) qui restent encore sous-évalués.

3.3.2 Des actions à amplifier sur les sujets biologie, imagerie et pharmacie.

[304] Ces trois domaines faisaient partie des différents plans d'actions instruits en COPERMO Performance depuis 2015.

[305] **Concernant la biologie**, les équipes ont engagé une démarche de coopération depuis juillet 2016. Une étape importante a été franchie en mai 2021 avec l'organisation d'ateliers de réflexion regroupant l'ensemble des acteurs concernés, ayant pour une objectif une mutualisation des fonctions et équipements entre les deux hôpitaux. Avec l'aide de trois cabinets de consultants, les objectifs suivants ont été fixés⁵⁶ :

- Définir le modèle juridique
- Définir le système de management qualité
- Définir un fonctionnement efficient à l'échelle du territoire.

[306] Ces réflexions engagées depuis près de six ans se sont traduites par le seul transfert de la bactériologie de Montceau sur le site de Chalon.

[307] La mission s'est procuré un document de février 2022 qui dresse un état des lieux des actions réalisées et des perspectives envisagées⁵⁷. L'objectif d'un laboratoire commun est acté, les sujets système d'information, gouvernance, système qualité commun, transferts d'examens entre les sites et mutualisation des ressources sont bien identifiés.

[308] La question de la suppression de l'activité de nuit à Montceau-les-Mines est dans ce cadre en cours d'instruction, avec la problématique du dépôt de sang aujourd'hui géré par le laboratoire. Il est à noter que la CME de Montceau-les-Mines a émis dans sa séance du 11 janvier 2022 un avis défavorable à la fermeture du site de Montceau la nuit. Le CHSCT a également émis un avis défavorable en décembre 2021.

[309] Au regard des enjeux de qualité des soins et de la situation financière de Montceau-les-Mines et de Chalon-sur-Saône, la mission considère que ce sujet biologie doit être traité en priorité, avec un nouveau socle de réflexion que constitue la feuille de route des activités médicales proposée par la mission. La réorientation de Montceau-les-Mines vers des missions d'hôpital de proximité doit permettre de lister les actes devant être en conséquence maintenus sur ce site dans le cadre d'une biologie délocalisée, et ceux pouvant être en toute sécurité transférés sur le site de Chalon-sur-Saône.

⁵⁵ Source : note transmise à la mission par le coordinateur du pôle ressources et innovations matérielles-convergence des systèmes-Ségur de la santé, mars 2022.

⁵⁶ Source : diaporama « Biologie médicale de territoire- présentation aux instances »2021

⁵⁷ Source : diaporama « Biologie médicale de territoire session de travail du 16 février 2022 ».

[310] **Concernant l'imagerie**, la mission considère que les actions prioritaires à mener portent sur le déploiement complet d'un PACS commun sur l'ensemble des sites de la direction commune. Ce point est important pour permettre la réalisation des activités de consultations avancées de chirurgie et de médecine en toute sécurité. Le développement des activités de télé radiologie, déjà initié, doit être poursuivi et amplifié.

[311] **Concernant les pharmacies**, la mission n'a pu recueillir de documents attestant de réflexions en cours. Conformément aux plans d'action COPERMO Performance, ce sujet doit être traité dans une perspective de mutualisation des activités réalisées dans les différentes Pharmacies à Usage Intérieur (PUI).

Recommandation n°15 Sur la base de la feuille de route des activités médicales proposées par la mission, dresser pour début 2023 une cartographie des activités de biologie de proximité devant être maintenues sur Montceau-les-Mines et les actes biologiques pouvant en toute sécurité être transférés à Chalon-sur-Saône. Assurer le déploiement complet du PACS d'imagerie commun. Engager dès 2022 une réflexion sur la mutualisation des activités des PUI de la direction commune.

3.4 Construire et faire vivre une vraie stratégie de territoire

3.4.1 Au sein de la direction commune, mettre en œuvre une stratégie globale fondée sur un projet médico-soignant revisité

[312] Le Projet Médical et de Soins Partagé (PMSP) du GHT a été initié en 2016 et a été validé en décembre 2017⁵⁸. Il s'inscrit dans la continuité du projet médical commun de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Saône et Loire Nord-Morvan, rédigé début 2015 et mis à jour en juin 2016.

[313] Il est mentionné dans ce document que ce PMSP est le résultat d'un travail participatif réalisé dans le cadre de trois réunions du comité stratégique (janvier, mai et octobre 2017) synthétisant les réflexions des treize ateliers de concertation qui avaient été constitués.

[314] Ce PMSP identifie 6 filières globales déclinées en 24 filières de soins. Le document analyse, pour chacune d'entre elles, le contexte et les chiffres clefs de la filière ; il synthétise les actions déjà réalisées et définit les objectifs du GHT ainsi qu'un schéma cible sur le périmètre des établissements concernés.

[315] Ce document est de qualité, mais il est demeuré sans suites concrètes sur la plupart des sujets aux dires de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission. Certains l'ont même qualifié de « coquille vide ». La partie 2 analyse les principaux marqueurs de non mise en œuvre de ce PMSP.

[316] La feuille de route des activités médicales proposée par la mission doit être l'occasion de revoir ce PMSP, sur la base des orientations concernant le CH de Montceau-les-Mines et les quatre filières de soins analysées (cf. partie 2).

[317] **La mission, en accord avec le nouveau directeur général qui a décidé de reporter la révision du PMSP initialement prévu en février 2022, propose que soit enclenchée dès la rentrée 2022 cette démarche, sur la base de la nouvelle feuille de route.**

⁵⁸ Projet médical et de soins partagé du territoire, GHT Saône et Loire Bresse Morvan- décembre 2017

[318] La modification de la convention constitutive du GHT, qui est en ce moment en cours d'approbation par les instances, va créer un cadre renouvelé pour cette révision du PMSP, dans un calendrier synchrone.

[319] Le GHT a en effet décidé, début 2022, de réviser la convention constitutive initiale qui datait du 22 septembre 2016, afin de l'adapter aux évolutions réglementaires concernant en particulier la gouvernance des GHT. Cette nouvelle convention constitutive est en cours d'examen par les instances des différents sites⁵⁹. Les huit CME ont ainsi déjà émis des avis favorables. Cinq conseils de surveillance ont examiné le texte, avec quatre votes favorables et une abstention (CH de Toulon sur Arroux).

[320] La principale nouveauté de cette convention constitutive est la mise en place de la commission médicale de groupement (CMG). Sa composition sera la suivante : les PCME des établissements parties au GHT, les chefs de pôles cliniques et des pôles inter-établissements, les coordonnateurs des fédérations inter-établissements, le médecin responsable du DIM de territoire, des membres désignés par chaque CME en leur sein selon les modalités suivantes : un représentant pour le CH d'Autun, trois pour le CH de Chalon-sur-Saône, un pour le CH de Montceau-les-Mines un pour le CHS de Sevrey.

[321] Il est bien précisé dans le texte que « la commission médicale de groupement élabore le projet médico-soignant partagé de territoire ; à ce titre, elle participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des différents sites du groupement ».

[322] La CMG devrait être opérationnelle pour juillet 2022. Son président sera élu au scrutin uninominal secret à la majorité absolue. Les conditions sont donc bien réunies pour enclencher, dès septembre 2022, la révision du PMSP.

[323] La mission considère qu'il est important d'impliquer pleinement la commission paramédicale de territoire dans cette démarche. Celle-ci est bien intégrée dans la nouvelle convention constitutive en cours de révision, qui précise ses compétences de la manière suivante : « la commission paramédicale de territoire est consultée sur le projet médico-soignant partagé de territoire, l'accompagnement et l'engagement des équipes paramédicales dans la mise en œuvre des filières de soins graduées, l'organisation et le suivi des parcours de soins coordonnés prioritairement définis dans le projet médico-soignant partagé ». Au-delà d'une simple consultation, cette commission paramédicale de territoire doit être partie prenante des réflexions de révision du PMSP.

[324] Il convient ainsi de réviser le PMSP dès septembre 2022 sur la base de la feuille de route sur les activités médicales proposée par la mission, dans le cadre de la nouvelle convention constitutive du GHT. Cette démarche doit associer les établissements privés, ESPIC et la médecine de ville.

3.4.2 Evoluer vers une vraie stratégie de territoire, au-delà de la seule direction commune et du GHT

[325] La révision à venir du PMSP doit s'inscrire dans un cadre plus large que le seul périmètre du GHT.

⁵⁹ Source : GHT Saône et Loire Bresse Morvan- convention constitutive-avenant n°1 mars 2022.

[326] Les établissements de santé privés et l'ESPIC du territoire sont à associer pleinement à cette réflexion. La stratégie du GHT ne peut en effet s'élaborer sans la prise en compte des acteurs clés que sont la Clinique du Parc d'Autun, l'Hôtel-Dieu du Creusot et la clinique Sainte-Marie de Chalon-sur-Saône. L'élaboration de la filière gériatrique doit également intégrer les établissements SSR des secteurs privé et ESPIC. Les responsables d'établissements privés et ESPIC rencontrés par la mission ont de manière unanime souligné l'insuffisance voire l'absence d'échanges avec les établissements de la direction commune, et sont très demandeurs d'un dialogue renouvelé.

[327] La partie 1 du présent rapport décrit l'insuffisance des liens actuels entre les hôpitaux de la direction commune et la médecine de ville. Ce point doit constituer un axe majeur du futur PMSP ; il ne peut être construit de manière opérationnelle sans la participation effective de représentants de la médecine de ville aux réflexions.

[328] Les liens avec le CHU de Dijon doivent être également être revisités. Il faut passer d'une relation aujourd'hui réduite à des sujets traités en urgence afin de pallier certaines difficultés de démographie médicale à un vrai accord-cadre de partenariat, incluant l'ensemble des sujets de collaboration. Cet accord cadre pourrait porter, entre autres sujets, sur les thèmes suivants :

- Les filières de soins jugées prioritaires : projets communs à inscrire dans une logique de gradation des soins, modalités d'affectation et de financement des postes médicaux partagés. La mission propose que soient ainsi travaillées les filières cardiologie, cancérologie, neurologie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, chirurgie, soins critiques.
- L'harmonisation des modalités de rémunération des praticiens des spécialités en tension : celles-ci posent aujourd'hui clairement difficulté, avec des points de crispation parfois forts entre Chalon-sur-Saône et le CHU.
- La formation des paramédicaux (avec une possibilité d'accès au centre de simulation du CHU) et le plan pluriannuel de formation des responsables de pôles.
- La recherche : le CHU de Dijon a ainsi déjà signé des conventions avec les CH d'Auxerre et de Macon, permettant des inclusions de patients dans les essais cliniques et définissant les modalités de partage des financements MERRI. Aucun partenariat n'a à ce jour été conclu avec le CH de Chalon-sur-Saône.

[329] Au-delà de cette proposition d'accord cadre, la mission souligne qu'il est nécessaire de préparer en lien avec le CHU de Dijon les successions de chefferies de services médicaux sur les trois années à venir sur les sites de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun.

Recommandation n°16 Associer les établissements privés, ESPIC et la médecine de ville à la révision du PMSP.

Recommandation n°17 Conclure avec le CHU de Dijon un accord cadre de partenariat et préparer avec cet établissement les successions de chefferies de services sur les trois ans à venir.

[330] Enfin, beaucoup d'acteurs rencontrés par la mission ont fait état d'une communication insuffisante voire inexistante sur les activités médicales respectives des différents sites de la direction commune. La révision du PMSP doit s'accompagner de la préparation d'actions de communication ciblées, définies en partenariats avec l'ARS, la médecine de ville, les élus et les représentants des usagers.

4 Une dynamique d'évolution des effectifs et de la masse salariale non corrélée à celle de l'activité, une politique de prévention de la santé au travail perfectible et un dialogue social tendu

[331] La partie qui suit analyse la situation en matière de pilotage des ressources humaines, prévention et dialogue social dans chacun des trois centres hospitaliers principaux du GHT. L'intégration territoriale de la fonction RH à l'échelle du GHT est abordée sous l'angle de l'harmonisation des outils de suivi et du dialogue social à l'échelle du territoire. Les modalités et les objectifs de la structuration de la fonction RH à l'échelle du GHT ont quant à eux été évoqués précédemment dans la partie 3 relative à la gouvernance.

4.1 Une urgence à mettre en place un pilotage rigoureux des effectifs et de la masse salariale

4.1.1 Une évolution des effectifs non corrélée à celle de l'activité

4.1.1.1 Au CH de Chalon-sur-Saône, en raison notamment de l'évolution des maquettes et de l'augmentation des heures supplémentaires, les effectifs et la masse salariale progressent plus rapidement que l'activité

- **Les maquettes organisationnelles sont confortables, compte tenu de la petite taille des unités et des effectifs supplémentaires ajoutés au fil du temps.**

[332] Au moment de l'installation dans le nouvel hôpital, les maquettes ont été établies sur la base de deux équipes jours, chacune constituée de deux aides-soignants et deux infirmiers diplômés d'Etat par service. Ce ratio de départ paraît correct pour la mission.

[333] Toutefois, il s'applique à des unités de taille inférieure aux standards habituellement rencontrés (26-28 lits). A la conception du nouvel hôpital en 2011, le choix a en effet été fait de constituer des unités d'hospitalisation de 21 lits. Il reposait sur le pari du développement de l'ambulatoire et de la prise en charge d'un nombre moins important de patients en hospitalisation complète, mais avec des pathologies plus sévères. Or, ce pari n'a pas été tenu puisque le développement de la chirurgie ambulatoire (30 %) est aujourd'hui bien en deçà de la moyenne nationale (41,5 %).

[334] Les acteurs rencontrés par la mission lui ont fait part de réflexions déjà menées sur ce sujet de la taille réduite des unités qui ne se sont traduites jusqu'à présent que par des aménagements ponctuels (ajout d'un ou deux lits dans certaines unités). **La mission propose qu'une réflexion plus large soit menée sur ce sujet central qui pose au CH d'importants problèmes d'efficience. Deux sujets peuvent ainsi être investigués : la mise en place de plateaux de consultations mutualisés entre les services (ou les pôles), une réorganisation à l'échelle de l'établissement des bureaux. Par ailleurs la mise en place du projet médical d'établissement, une fois celui-ci élaboré pourrait conduire à renforcer certaines activités ou à réduire, voire à terme renoncer à d'autres.** Ces évolutions constitueraient des leviers pour réorganiser les services et la taille des unités. Cette réflexion est d'ailleurs déjà engagée : le service de diabétologie de 11 lits d'hospitalisation complète a été transformé en avril 2022 en une unité d'hospitalisation de semaine et de jour.

[335] **Par ailleurs, ces effectifs théoriques ont connu une augmentation continue** entre 2013 et 2015, puis plus modérée à partir de 2016. Les maquettes organisationnelles ont évolué, selon la direction elle-même, au gré d'ouvertures d'activités et des demandes portées par le CHSCT ou par les services mettant en avant des motifs portant sur des augmentations de charge de travail⁶⁰.

Tableau 36 : Evolution des maquettes organisationnelles au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône (ETP supplémentaires)

Années	Activités nouvelles	ajustement orga	postes aménagés	Total général
2012	+ 10,50	+ 20,16	+ 1,00	+ 31,66
2013	+ 31,30	+ 8,70	+ 5,00	+ 45,00
2014	+ 13,70	+ 29,40	+ 10,00	+ 53,10
2015	+ 48,60	+ 11,90	+ 6,00	+ 66,50
2016	+ 5,50	- 5,70	+ 2,00	+ 1,80
2017	+ 9,50	- 7,90	+ 4,00	+ 5,60
2018	+ 6,50	- 1,20	+ 2,60	+ 7,90
2019	+ 7,40	- 18,55	- 0,50	- 11,65
2020	+ 0,50	- 0,90		- 0,40
2021	+ 6,10	+ 7,70	- 0,80	+ 13,00
Total général	+ 139,60	+ 43,61	+ 29,30	+ 212,51

Source : Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

- **Depuis 2016, la masse salariale est en augmentation plus rapide que les recettes d'activité**

[336] **Si les effectifs globaux sont relativement stables entre 2016 et 2019** (cf. tableau ci-dessous), **la masse salariale, elle, augmente de 9 % sur la période.**

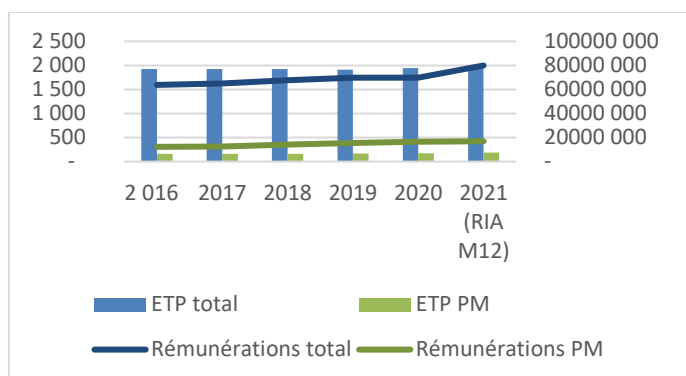
Tableau 37 : Evolution des effectifs et de la masse salariale du CH de Chalon-sur-Saône

	2 016	2017	2018	2019	2020	2021 (RIA M12)	Evolution 2016-2019
ETP total	1 927	1 922	1 927	1 911	1 941	1969	- 1 %
ETP PM	160	163	162	166	172	187	4 %
Rémunérations total	63 754 579	65 060 305	67 671 554	69 778 090	69 778 090	79 902 252	9 %
rémunérations PM	12 243 083	12 631 722	14 031 405	15 515 280	16 442 333	16 891 664	27 %

Source : Diamant, traitement mission IGAS

⁶⁰ Diaporama « maquette, suivi effectifs, masse salariale » du 29 mars 2022 présenté par le CH à l'IGAS

Graphique 5 : Evolution des effectifs et de la masse salariale du CH de Chalon-sur-Saône



Source : *Diamant, traitement mission IGAS*

[337] Cette évolution différenciée entre effectifs et masse salariale s’explique par l’impact de mesures exogènes (protocole PPCR⁶¹, diverses mesures nationales de revalorisations salariales ciblées) mais aussi pour des raisons de gestion interne accroissement des heures supplémentaires (cf. tableau 38), hausse de l’intérim médical, augmentation des astreintes (cf. tableau 39) et du temps partiel thérapeutique.

[338] Entre 2018 et 2019, selon le rapport de présentation en COPERMO du 20 mars 2020, la masse salariale a progressé de 1 211 000 € malgré une diminution de 13.3 ETPRM. Cette augmentation se décompose de la façon suivante : 1 854 234 € sur l’effet prix (heures supplémentaires, astreintes, personnel mis à disposition, indemnités de départ volontaire, externalisations)⁶² et -643 234 € sur l’effet volume.

[339] Entre 2016 et 2019, s’agissant du personnel médical, les rémunérations augmentent de 27 %. Selon les éléments communiqués par la direction du centre-hospitalier à la mission, cette augmentation s’expliquerait principalement par une croissance des dépenses de remplacement (intérim médical et gré à gré : +780 K€ entre 2016 et 2019) et par l’évolution du nombre de cliniciens (+5 ETP) dont le surcoût par ETP est de 109 K€ (cotisations sociales incluses) par rapport à un praticien hospitalier.

Tableau 38 : Evolution des heures supplémentaires entre 2016 et 2019

Année	Volume	Montant en €
2016	NC	46 236
2017	NC	83 052
2018	7 268	148 753
2019	14 623	323 602

Source : *CH de Chalon-sur-Saône*

⁶¹ Protocole parcours professionnel carrières et rémunérations, octobre 2017

⁶² Augmentation des heures supplémentaires : +223 K€ entre 2018 et 2019, très forte augmentation du personnel MAD : +140 K€ effet GHT, augmentation des astreintes : + 100 K€ entre 2018 et 2019 après une augmentation de plus de 250 K€ l’année précédente (conséquence d’une nouvelle ligne d’astreinte au bloc et d’une hausse d’activité), indemnité de départ volontaire : 190 K€ en 2019. Mise en place dans le cadre de la troisième phase d’externalisation du bio nettoyage, développement de l’intérim : + 104 K€. En lien avec l’absentéisme et les postes non pourvus, allocations de retour à l’emploi (ARE) : + 60 K€. Conséquence (en partie) des différentes phases d’externalisation sur du personnel peu ou pas diplômé, très forte augmentation des temps partiels thérapeutiques au cours de l’année 2019 (TPT) (différence de sur-rémunération et remplacements).

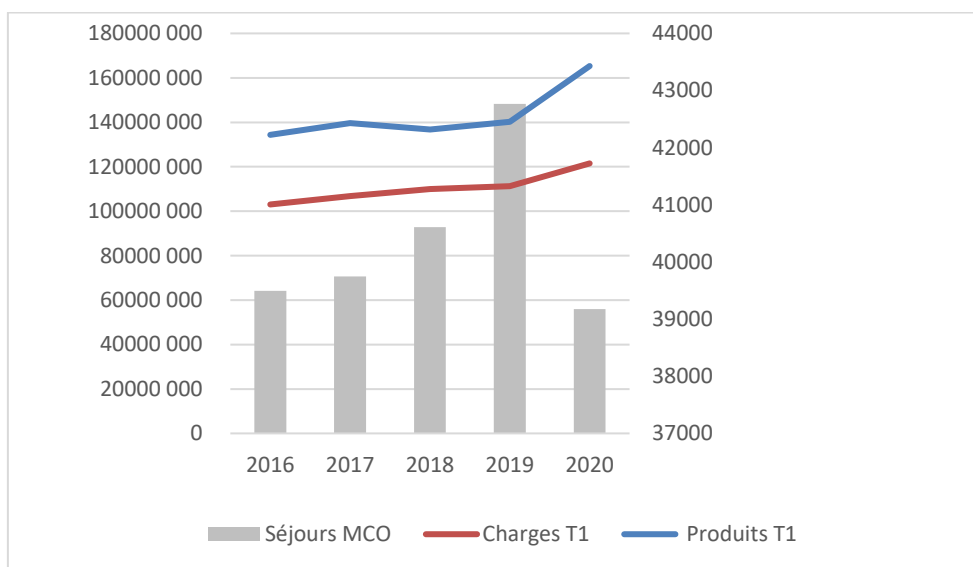
Tableau 39 : Evolution du coût des astreintes entre 2016 et 2019 (astreinte majorée et cout d'intervention)

Année	Montant en €
2016	934 711
2017	907 139
2018	1 100 606
2019	1 172 539

Source : CH de Chalon-sur-Saône

[340] **Les recettes de titre 1 n'augmentent que de 4 % entre 2016 et 2019** (de 39 493 à 42 765 séjours). **Les charges de personnels dans la même période augmentent de 8 %, soit à un rythme deux fois plus rapide que les recettes d'activité.**

Graphique 6 : Evolution de l'activité, des recettes de titre 1 et des dépenses de titre 1 du CH de Chalon-sur-Saône



Source : Diamant, traitement mission IGAS

- **Le rapport entre les charges de personnel et les recettes perçues est à examiner en prenant en compte l'importance des aides dont bénéficie l'établissement.**

[341] Comparée avec les établissements du panel de comparaison construit par la mission, la situation du CH de Chalon-sur-Saône semble à première vue se situer entre intermédiaire et favorable en terme de productivité. Ce panel a été construit par la mission en prenant en compte les recettes des établissements et la dynamique démographique du département où se situe l'établissement, à savoir l'évolution de la population et l'indice de vieillissement (cf présentation des caractéristiques de l'échantillon et de sa méthode de construction en annexe 1). Néanmoins ce résultat est à considérer avec prudence car le CH de Chalon-sur-Saône bénéficie d'aides importantes dont une partie sont intégrées dans les recettes T1. Sur l'exercice 2019, 12,5 M€ du fonds d'investissement régional sont ainsi intégrés dans les recettes de titre 1 de l'établissement ; à titre de comparaison, Auxerre et Angoulême perçoivent respectivement 4,2 M€ et 7 M€ du FIR.

Tableau 40 : Productivité personnel non médical au CH de Chalon-sur-Saône comparée

	Chalon					Angoulême	Auxerre	Blois	Brive	Mont-de-Marsan	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019
P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	30.6	30.8	29.2	29.9	.	27.3	29.4	32.0	27.4	27.7	27.3	39.6
RH4 : Nombre d'IDE et d'AS par cadre infirmier	24.9	24.8	24.1	24.1	25.8	30.5	18.3	32.2	25.5	22.8	19.3	33.6
P6 : Coût du personnel relatif aux services médicotechniques rapporté aux recettes	11.2	12.5	12.6	12.9	.	13.3	12.2	14.9	12.5	15.5	8	16.4
Charges T1 PNM19	49 847 534	50 688 022	51 691 708	52 581 010	58 961 152	50 585 178	50 973 425	53709430	51805771	64439835		
Charges T1 PNM19/Recettes T1	35,7 %	37,1 %	36,9 %	36,3 %	35,7 %	37,1 %	40,5 %	41,8 %	38,0 %	40,8 %		
ETPR PNM	1709	1704	1696	1683	1714	1654	1654	1741	1713	2134		
Recettes T1/ETPR PNM	81 724	80 256	82 642	86 091	96 448	82 386	76 038	73 768	79 580	74 044		
Coût moyen PNM	29 170	29 745	30 480	31 241	34 397	30 589	30 824	30 844	30 237	30 195		

Source : Diamant, hospidiag, calculs IGAS

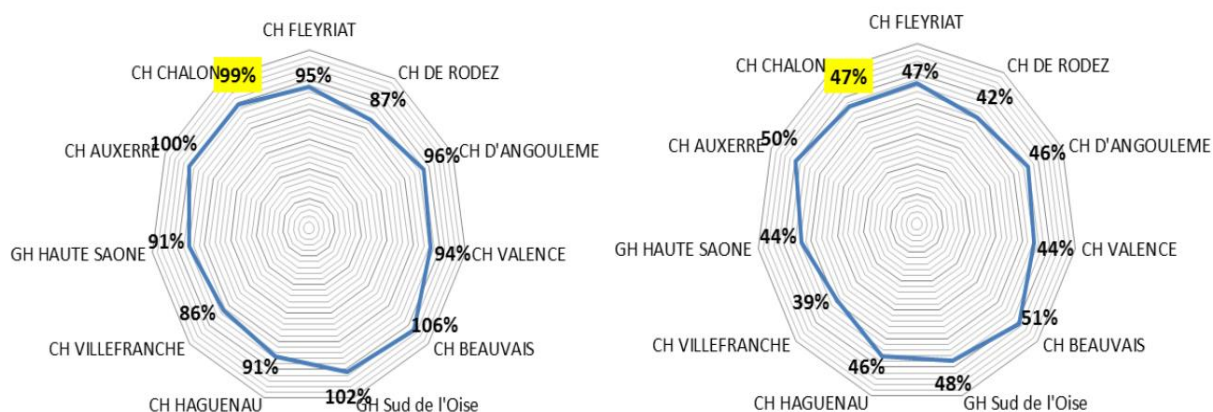
[342] **Une analyse réalisée par l'équipe régionale d'appui de l'ARS** sur la base du compte financier 2018 comparant la situation du CH de Chalon-sur-Saône à celle d'un échantillon de 11 établissements⁶³ en intégrant les seuls produits de la tarification du titre T1 et du titre T2⁶⁴ **montrait que le CH était dans le bas du panel en terme de productivité du personnel.** La productivité du personnel toutes catégories confondues (charges de personnel rapportées aux recettes strictes de la

⁶³ Méthode de constitution de l'échantillon ARS : France métropolitaine, Centres hospitaliers, Période d'observation : année 2018, Compte financier déposé et validé o Budget H – Variables : Produits de la tarification des séjours entre 70 M€ et 100 M€, Dotation annuelle de financement entre 1 M€ et 7 M€, Somme (Produits de la tarification des séjours + Dotation annuelle de financement) entre 80 M€ et 100 M€

⁶⁴ Lignes de recettes 73111, 73115, 73 116, 73118, 7312, 7722, 7321, 7322, 7323, 7324

tarification du titre 1 et de titre 2) était de 99,3 % au CH de Chalon-sur-Saône alors que la moyenne de l'échantillon est de 95,1 %. Pour le seul PNM, la productivité était de 47 % alors que la moyenne de l'échantillon est de 45,7 %. La productivité du PM était de 15,1 % contre 14,3 % pour la moyenne de l'échantillon.

Graphique 7 : Productivités du personnel et du PNM du CH de Chalon-sur-Saône comparées à un échantillon de CH de recettes de tarification comparables



Source : « Analyse comparative – CH de Chalon-sur-Saône », ARS, équipe régionale d'appui

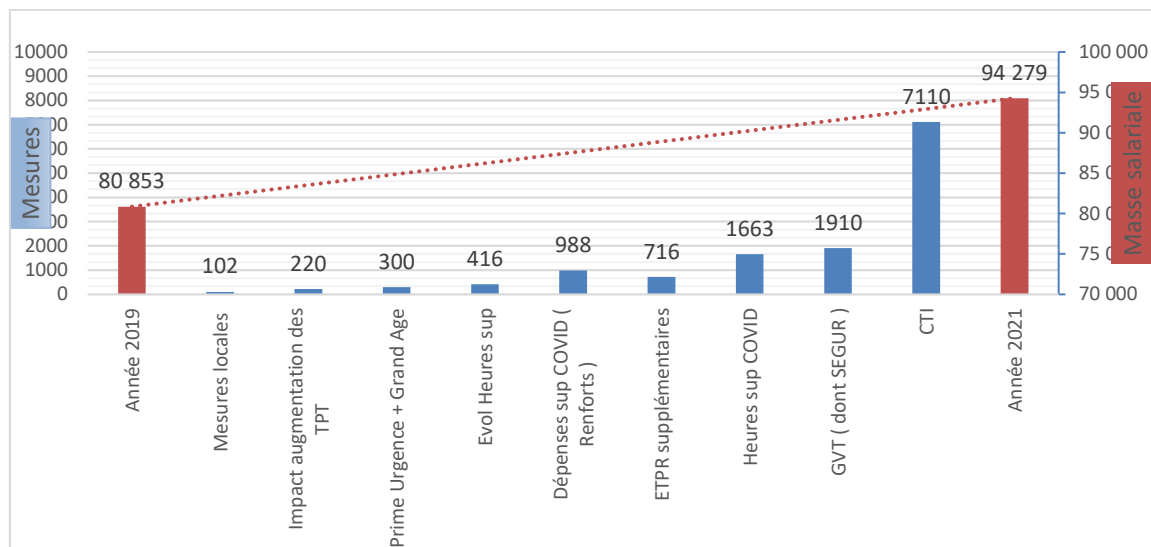
[343] Le rapport entre les recettes strictes de la tarification comprises dans les titres 1 et 2 (prises en compte par la cellule d'appui aux établissements de l'ARS) et l'ensemble des recettes de titre 1 (prises en compte habituellement par l'IGAS dans le cadre de la réalisation des diagnostics et dans le cadre des indicateurs de productivité hospidiag) est de 79 % au CH de Chalon-sur-Saône alors qu'il est compris entre 83 et 91 % pour les autres établissements du panel constitué par l'ARS. La part des recettes réelles du CH de Chalon-sur-Saône est ainsi plus faible car il est le mieux doté de l'échantillon. Cela confirme que **la productivité réelle est inférieure à ce que montrent les indicateurs hospidiag et le tableau 3.**

[344] **S'agissant des effectifs médicaux, les travaux réalisés par le GHT⁶⁵ à la demande de la mission révèlent des écarts de productivité importants entre services**, allant de 330 000 €/ETPM (hors internes) pour certains services (ORL, ophtalmologie) à plus de 1 700 000 €/ETPM (hors internes) pour d'autres (orthopédie, viscéral). Ces écarts devraient faire l'objet d'une analyse et sont à croiser avec la répartition des parts de marché.

- **Enfin, la masse salariale a également progressé sur la période récente (entre 2019 et 2021), en raison de l'augmentation générale des heures supplémentaires rémunérées, en lien avec les remplacements et en raison de l'augmentation des temps partiel thérapeutiques** à partir de fin 2018, indépendamment des effets de la crise sanitaire et des mesures Ségur comptabilisés par ailleurs, comme le montre le graphique ci-dessous.

⁶⁵ Diaporama « présentation mission IGAS filière chirurgie » de mars 2022, réalisé par le GHT

Graphique 8 : Décomposition de l'évolution des dépenses RH entre 2019 et 2021 au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône (H) en K€



Source : Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

[345] **Le taux de remplacement** est élevé : plus de 80 %⁶⁶. Il a commencé à être mieux maîtrisé à partir de 2018, puis a connu à nouveau une hausse en 2020 en lien avec la crise sanitaire, bien que le GHT ait été peu impacté par cette crise au regard du reste de la Région, selon l'ARS. En 2021, ce taux de remplacement a encore été plus élevé qu'en 2020.

Tableau 41 : Evolution du taux de remplacement au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
taux de remplacement	69,66 %	76,42 %	55,89 %	53,53 %	62,95 %	81,69 %

Source : CH de Chalon-sur-Saône

[346] **Les modalités de mise en place du temps partiel thérapeutique** se traduisent par un surcoût en terme de masse salariale pour l'établissement. Les personnels en TPT sont en effet affectés sur des postes aménagés en surnombre par rapport aux maquettes. Il s'agit d'un usage prévu dans la procédure écrite elle-même. Elle serait due selon la direction (de Chalon-sur-Saône et aussi de Montceau-les-Mines) aux modalités d'organisation du TPT préconisées par la médecine du travail. Cette dernière⁶⁷, rencontrée par la mission, distingue pourtant l'organisation du TPT pour les personnes en souffrance psychique et celles qui ont des maladies physiques. Elle préconise en général des retours en TPT en demi-journée pour les premières, ce qui rend difficile l'inscription dans la maquette mais en journées pleines pour les secondes, assorties de restrictions. Il serait ainsi possible d'inscrire les personnels en TPT assorti de restriction physique dans le cadre des maquettes.

⁶⁶ Alors qu'il est généralement de 1 pour 2, la solidarité intra-service et parfois une moindre activité permettant de compenser une partie des absences

⁶⁷ Médecine du travail de Montceau-les-Mines et anciennement d'Autun car le CH de Chalon-sur-Saône n'a plus de médecin du travail qu'aurait pu rencontrer la mission)

Tableau 42 : Evolution du coût de remplacement du temps partiel thérapeutique

Années	Coût du remplacement du TPT
2018	277 478,56
2019	402 445,19
2020	715 391,12
2021	723 946,37

Source : CH de Chalon-sur-Saône

4.1.1.2 Au CH de Montceau-les-Mines, les charges de personnel restent stables malgré la fermeture du service de chirurgie et malgré la réduction des effectifs sous statut FEHAP

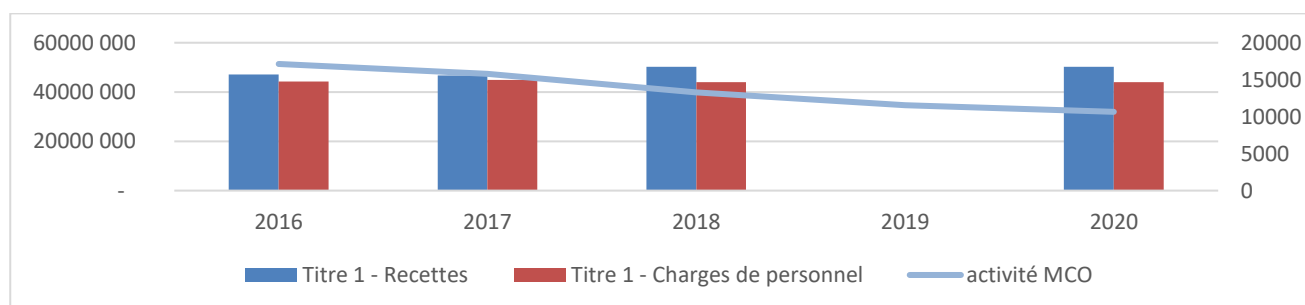
- **Malgré la fermeture de l'activité de chirurgie en 2018, les effectifs diminuent faiblement et la masse salariale reste stable**

[347] Le nombre de séjours MCO chute de 38 % entre 2016 et 2020 (et de 23 % entre 2016 et 2018), dans la même période les dépenses de personnel ne baissent que de 1 % (et de 1 % également entre 2016 et 2018). Les recettes d'activité augmentent mais, en réalité, la part des produits de la tarification y baisse de 22 % sur la période (de 29,7 à 23,2 M€) tandis la dotation MIGAC augmente de 240 % (passant de 3,3 à 11,6 M€).

	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2016-2018
Titre 1 - Charges de personnel	44 287 185	44 946 516	43 934 485	NR	44 029 459	-1 %
activité MCO	17126	15793	13263	11566	10653	-38 %
Titre 1 - Recettes	47 141 348	46 711 658	50 284 149	NR	50 297 819	7 %
		-1333	-2530	-1697	-913	-5560

Source : Diamant, traitement IGAS

Tableau 43 : Evolution de l'activité MCO et des charges de personnel (budget H)



Source : Diamant, traitement IGAS. Nota bene : l'année 2019 n'a pas été renseignée par le CH de Montceau-les-Mines.

- **Le statut FEHAP, qui devrait s'éteindre totalement dans environ dix ans, concerne 10 % des effectifs et occasionne un surcoût de l'ordre de 5 % de la masse salariale**

[348] Au CH de Montceau-les-Mines, 32 % des médecins et 10 % des personnels non médicaux sont sous statut FEHAP. Or l'écart de rémunération et de charges par ETP par rapport au statut FPH est de 37 % pour le PM et de 39 % pour le PNM. Par rapport à une situation où le coût par ETP des PM et des PNM sous statut FEHAP serait le même que celui des personnels sous statut FPH, le surcoût en terme de rémunérations et de charges est de 2,6 millions d'euros soit 5 % de la masse salariale totale⁶⁸. Il s'agit du surcoût lié aux seules rémunérations et charges, la CRC de Bourgogne dans son rapport d'observations définitives du 22 décembre 2012 soulignait que l'examen des contrats de certains praticiens avait pu montrer d'autres avantages en terme d'indemnités complémentaires et de rupture de contrat, de frais de déplacements (et de conditions de départ à la retraite.)

[349] L'existence de ce double statut s'explique par la fusion en 2000 de l'hôpital Jean Bouveri et du Centre Médico-Chirurgical (CMC) Saint Exupéry de Montceau-les-Mines, établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), qui a donné naissance au syndicat inter-hospitalier de Montceau-les-Mines, nommé « centre hospitalier de Montceau-les-Mines ». Un audit réalisé par les services de l'assurance maladie, mentionnée par le rapport de la CRC relevait un écart de rémunération de 23 % à l'époque. La chambre relevait également que dans le cadre des analyses de l'EPRD pour 2008 et 2009, les commentaires précisait que les charges de personnel étaient trop importantes, probablement du fait du statut FEHAP, et qu'elles consommaient l'intégralité des produits d'assurance maladie.

[350] Les recrutements du PNM sous statut FEHAP ont cessé depuis plus de dix ans. Ils ont néanmoins continué encore quelques années pour le PM, la possibilité de recruter sous statut FEHAP étant facteur d'attractivité pour recruter des chirurgiens et des anesthésistes, en dépit de son impact financier. La chambre dans son rapport d'observations provisoire préconisait « d'engager dans les meilleurs délais une réflexion pour parvenir à une harmonisation des conditions statutaires des agents du SIH afin, non seulement de clarifier la gestion des agents mais surtout de permettre la mise en place d'une structure hospitalière viable. » Compte tenu de l'impact social d'une telle harmonisation et de l'opposition des acteurs, elle n'a pas été mise en œuvre.

[351] Au regard de la moyenne d'âge des personnels concernés par le statut FEHAP, on peut toutefois envisager la disparition du statut au sein de l'établissement à horizon 10 ans. D'ores et déjà, chaque année, le surcoût lié à ce statut devrait baisser, avec la baisse des effectifs concernés (cet effet de noria aurait dû se faire sentir ces dernières années et contribuer à une baisse de la masse salariale).

Tableau 44 : Effectifs et coûts/ETP des personnels sous statut FPH et sous statut FEHAP au centre hospitalier de Montceau-les-Mines en 2020

	FPH				FEHAP				TOTAL CH	% ETP FEHAP
	ETPR	Age moyen	Masse Salariale*	coût ETPR	ETPR	âge moyen	Masse salariale	coût ETPR	ETPR	
PM	40	47,9	7 287 920	182 198	19	59,7	4 752 579	250 135	59	31 %
PNM	651	44,4	32 080 815	49 312	70	53,0	7 786 500	68 379	721	10 %
Total	691	44,6			89	54,5			780	11 %

Source : Données GHT, calculs IGAS, *la masse salariale inclut les rémunérations et les charges

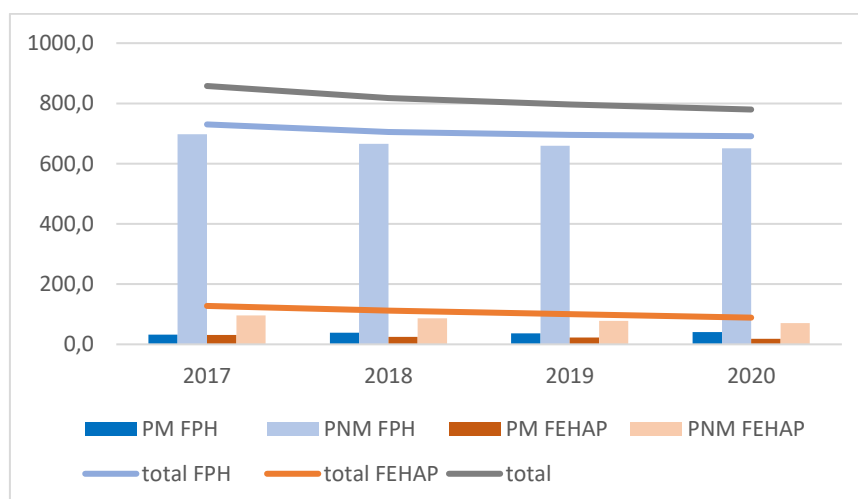
⁶⁸ Calcul mission IGAS

Tableau 45 : Evolution des effectifs par cadre d'emploi au centre hospitalier de Montceau-les-Mines

	2017	2018	2019	2020
PM FPH	32,3	39,0	36,7	40,4
PNM FPH	697,9	666,2	659,2	650,6
total FPH	730,2	705,3	695,9	691,0
PM FEHAP	31,6	25,2	22,5	18,5
PNM FEHAP	96,0	87,0	77,9	70,2
total FEHAP	127,5	112,1	100,4	88,7
Total	857,7	817,4	796,3	779,7

Source : Bilan sociaux 2017, 2018, 2019 et 2020 de l'établissement traitement mission IGAS

Graphique 9 : Evolution des effectifs par cadre d'emploi au centre hospitalier de Montceau-les-Mines



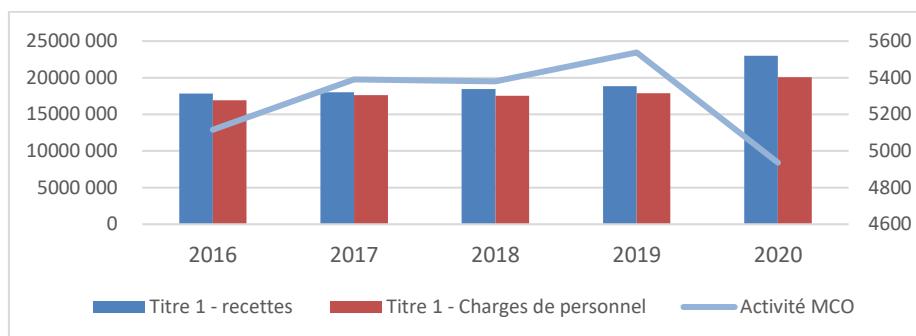
Source : Bilan sociaux 2017, 2018, 2019 et 2020 de l'établissement traitement mission IGAS

[352] Concernant la productivité des personnels médicaux et non médicaux de services cliniques, les données hospidiag 2019 et 2020 n'ont pas été renseignées ; en outre, la mission n'a pas pu établir si les données existantes des années antérieures portaient sur le seul périmètre FPH ou sur l'ensemble du périmètre FPH et FEHAP.

4.1.1.3 Au CH d'Autun, les effectifs sont mieux maîtrisés sur la période récente, la productivité du PNM est satisfaisante mais celle du PM est faible

[353] **Au CH d'Autun, à la différence des deux autres CH ayant des activités de court séjour, les charges de personnel et les recettes de l'activité (titre 1) progressent dans la même proportion entre 2016 et 2019.** L'activité augmente de 8 %, les recettes de titre 1 de 6 % et les charges de personnel de 5 %. La part des aides (dotation annuelle + MIGAC + FIR) au sein des recettes connaît une faible évolution (+10 %) et n'influe donc que marginalement sur la dynamique observée. Les chiffres de 2020 doivent quant-à-eux être pris avec précaution : il s'agit du RIA M12 et l'écart avec l'EPRD est très important sans que la mission en connaisse les raisons.

Graphique 10 : Evolution comparée des dépenses de personnel (budget H) et de l'activité et des recettes d'activité au CH d'Autun



Source : Diamant, traitement mission IGAS. Note : RIA M12 pour l'année 2020.

[354] La productivité du PNM est satisfaisante à la différence de celle du PM : le coût du personnel non médical rapporté aux recettes de titre 1 est relativement faible (comparable aux établissements du deuxième décile, voire inférieure) mais celui du personnel médical est élevé (8^{ème} décile).

Tableau 46 : Productivité PM et PNM au CH d'Autun comparée aux établissements de la même catégorie

	CH d'Autun						Catégorie 2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	24.8	25.9	24.9	29.8	NR	NR	27.3	39.6
P 5: Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	12.9	16.0	16.5	19.0	NR	NR	8.2	16.5

Source : hospidiag

4.1.2 Assurer, dans les trois CH ayant des activités de court séjour, le suivi des emplois à une maille fine et en temps réel, avec un portage fort par la direction générale

- **La mission constate un manque de méthode et d'outils en matière de suivi et de pilotage de la masse salariale sur les trois sites MCO. Cette insuffisance dans l'ossature technique est reconnue par les acteurs eux-mêmes.**

[355] Au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, les outils existants permettent le reporting mais pas le pilotage, ni la prise de décision. Il existe en effet un tableau de suivi des emplois (réalisé sous excel) mais il est incomplet, ne comporte pas de suivi du glissement sur 12 mois et ne permet pas le suivi au niveau des services et des différents pôles. Par ailleurs, le reporting ne sert pas d'appui au pilotage et à la prise de décision.

[356] S'agissant du suivi des heures travaillées, la nouvelle direction a indiqué à la mission que le logiciel de gestion des temps est obsolète, géré a posteriori et manuellement. Il ne permet pas le suivi des heures travaillées et la présence des agents au jour le jour. Il constitue ainsi un obstacle à la mise en œuvre de la procédure relative aux remplacements (réaffectation des effectifs présents et recours à l'entre-aide).

[357] Enfin, les indicateurs de santé au travail sont consolidés pour le bilan social mais ils ne sont pas suivis mensuellement, ni à l'échelle des services.

[358] Au centre hospitalier de Montceau-les-Mines, un reporting est réalisé à l'occasion de l'élaboration du bilan social, mais il n'existe pas de suivi régulier (pas de tableau des emplois par service, suivi mensuellement). Il existe par ailleurs des défaillances dans le suivi, déjà soulignées dans les dossiers COPERMO successifs : données manquantes dans le dossier COPERMO, données non renseignées pour l'année 2019 dans les bases de données nationales. Ces dysfonctionnements semblent devoir être attribués à la vacance de poste de RH pendant de nombreux mois et au fort turn-over des directeurs délégués. L'arrivée d'une responsable des ressources humaines en mars 2022 et la stabilité retrouvée au sein de la direction (ainsi que la cohésion forte entre la direction déléguée et la direction des soins) pourraient permettre de remédier aux dysfonctionnements passés.

[359] A Autun, la direction des ressources humaines a connu plusieurs vacances de poste et changement de responsables entre 2017 et 2019 ainsi que des départs non remplacés. Un rapport d'audit RH a été réalisé en septembre 2020 par un cabinet de conseil ; il constatait : « une maîtrise partielle de l'application des règles de droit en matière de gestion des ressources humaines, une formalisation des processus et des procédures RH à construire, une méconnaissance des fondamentaux RH par les cadres, des cadres peu outillés en matière de gestion des RH, une insuffisance des outils de gestion et de reporting RH, des pratiques RH disparates et éloignées des « règles de l'art », des risques : équité de traitement des agents, transparence des procédures, conformité juridique ».

[360] Dans le cadre des investigations de la mission, peu de données ont pu lui être transmises par le centre hospitalier (pas de tableau des emplois, pas d'indicateurs relatifs à la santé au travail, pas de bilans sociaux). Certaines données n'ont pas été renseignées dans les bases nationales sur les dernières années. Le plan d'action préconisé dans le cadre de l'audit ne semble pas encore avoir été mis en œuvre. La fonction RH du CH d'Autun a déployé des efforts mais reste isolée, ainsi que sa direction plus largement. **Un renforcement de la DRH d'Autun semble nécessaire et urgent.**

- **Il convient de déployer rapidement sur les trois sites principaux des outils de gestion et de suivi des effectifs en temps réel à une maille fine et de renforcer la fonction de contrôle de gestion.**

[361] La nouvelle direction générale du CH a présenté le 31 mars 2022 à la mission, lors de son second déplacement, un plan d'action prévoyant le déploiement prochain du logiciel CHRONOS permettant un suivi opérationnel des ressources par unité, la mise en place de la saisie de l'EPRD sur le logiciel ADELYS afin de permettre le suivi de la masse salariale par service. Elle envisage également d'acquérir le décisionnel CPAGE permettant de donner à chaque pôle son tableau de bord mensuel.

[362] La mission estime qu'il est indispensable de mettre en place rapidement ces outils, au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, comme cela est envisagé mais aussi sur les sites de Montceau-les-Mines et d'Autun, avec un appui de la direction commune.

Recommandation n°18 Mettre en place sur les trois centres hospitaliers :

- un même tableau de suivi des emplois, PNM et PM (avec effectifs titulaires/non titulaires, masse salariale, remplacements) comportant les informations à l'échelle des services, tenu à jour mensuellement, avec saisonnalisation dans l'EPRD, suivi des écarts entre le prévisionnel et le réalisé et une prospective sur la fin d'année.

- des outils de suivi des temps, des effectifs et de contrôle de gestion sur les trois sites MCO, (CHRONOS, ADELYS, décisionnel CPAGE), avec un appui de la direction commune pour leur mise en place afin de pouvoir produire facilement et en temps réel les indicateurs nécessaires au pilotage et au contrôle de gestion

- **Un portage fort et régulier par le directeur général et les directeurs délégués ainsi qu'une responsabilisation de la DRH dans la fonction de pilotage sont indispensables pour que les engagements soient tenus dans les trois CH principaux de la direction commune.**

[363] La mission a pu constater qu'il existe de nombreuses procédures écrites, du moins au CH de Chalon-sur-Saône, concernant la gestion des ressources humaines (création de postes, remplacements, heures supplémentaires, recrutement) ; mais elles ne semblent pas réellement mises en œuvre, faute d'outils de suivi pour objectiver comme expliqué précédemment, mais aussi faute de réunions où les décisions sont prises et surtout faute de clarification des responsabilités.

[364] Ainsi, s'agissant des créations de postes, la procédure du CH de Chalon-sur-Saône prévoit qu'« au moment de l'élaboration de l'EPRD, les créations de postes doivent être appuyées par une analyse médico économique établie par la DFAG » et que la « direction des ressources humaines consolide les demandes pour les présenter à la direction générale qui donne ou non sa validation après analyse ». Cette procédure, pertinente sur le fond, n'a pas été rigoureusement suivie compte tenu des évolutions constatées dans les maquettes et des indicateurs de productivité. Les membres de la direction (actuelle et précédente) interrogés évoquent des difficultés au moment de la prise de décision. Par ailleurs, plusieurs acteurs du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône ont évoqué une perte progressive de culture de l'évaluation médico-économique générale, tant sur le sujet des ressources humaines que sur celui des investissements.

[365] Pour la mission, il est nécessaire que le directeur général et les directeurs délégués s'impliquent personnellement dans le suivi fin des effectifs et que la DRH soit responsabilisée en matière de pilotage.

Recommandation n°19 Sur chacun des trois CH, mettre en place une réunion mensuelle pour examiner l'évolution des dépenses de titre 1 et le tableau des emplois, présidée par le directeur de l'établissement concerné (directeur général à Chalon-sur-Saône et directeurs délégués sur les autres sites)

[366] S'agissant des remplacements et des heures supplémentaires, il existe là aussi une procédure de remplacement écrite, selon laquelle les remplacements ne doivent être sollicités que pour des remplacements de dernière minute et après avoir exploré toutes les autres voies possibles, notamment la solidarité intra-service, puis intra-pôle. Pourtant, le taux de remplacement s'élevait à plus de 80 % en 2021 et serait encore aujourd'hui à un niveau similaire selon les acteurs.

[367] En matière d'heures supplémentaires, le logiciel HUBLO, qui devait au départ permettre une simple mise en relation, est devenu un outil d'inscription automatique pour réaliser des heures supplémentaires, selon la direction et les organisations syndicales elles-mêmes qui déplorent un nombre d'heures effectuées trop élevé (comme indiqué à la mission et comme le montrent les CR des instances).

[368] Il n'existe pas aujourd'hui d'enveloppes prédéfinies d'heures de remplacement, accordées aux différents pôles (à Chalon-sur-Saône) ou aux différents services (ailleurs). Par ailleurs, alors que les pics épidémiques sont dépassés, le paiement des heures supplémentaires prévu dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire perdure.

[369] **Il convient de revenir à un fonctionnement hors covid sur la gestion des heures supplémentaires (pas de paiement). La mission propose également que soit préparée une délégation d’enveloppes de mensualités de remplacements aux pôles (ou services en l’absence de pôles), dans un objectif de mise en œuvre pour 2023 dans le cadre de la démarche de contractualisation avec les pôles.**

[370] Par ailleurs, d’autres actions sont envisagées dans le cadre du plan d’action de la DRH : numéroter les postes pour s’assurer du juste fléchage des remplacements, remettre à plat des motifs de remplacements / motifs surcroits / postes vacants, remettre à jour la procédure HUBLO et limiter drastiquement le recours à l’intérim ; revoir le rôle du pool de remplacement et le dimensionner en conséquence. La mission préconise de les mettre en œuvre de façon effective, à très court terme.

- **Il serait souhaitable de s’appuyer au CH de Chalon-sur-Saône sur la dynamique des pôles pour accroître progressivement leur responsabilisation en matière de pilotage de la masse salariale** avec une cible définie annuellement par pôle et des tableaux de bord de suivi mensuels (PNM (effectifs titulaires/non titulaires et masse salariale, heures supplémentaires, remplacements) et PM.

4.2 Des marges de progrès existantes mais variables selon les trois sites en matière de prévention de la santé au travail

4.2.1 A Chalon-sur-Saône, des moyens consacrés à la prévention, insuffisants malgré des indicateurs dégradés dans certains services

- **A l’échelle de l’établissement, les indicateurs de santé au travail sont moyens malgré des maquettes organisationnelles confortables et un taux de remplacement élevé.**

Le taux d’absentéisme est dans la moyenne des établissements de la même catégorie.

Tableau 47 : Taux d’absentéisme pour motif médical et turn-over comparés

	Chalon					2ème décile	8ème décile
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2019
RH8 : Taux d’absentéisme pour motif médical du personnel non médical	7.1	7.2	7.1	.	.	6.4	8.6
RH9 : Turn-over global du PNM	17.9	2.2	16.2	.	.	6.6	17

Source : Hospidiag

[371] Selon les données des bilans sociaux du CH de Chalon-sur-Saône, le taux d’absentéisme pour maladie ordinaire est en hausse continue. Entre 2015 et 2019, il augmente ainsi de 26 %.

Tableau 48 : Evolution du taux d’absentéisme pour maladie ordinaire PNM

	Tx abs < 6	Tx abs >6	Taux absentéisme
2015	0,24 %	3,69 %	3,93 %
2016	0,23 %	4,27 %	4,50 %
2017	0,24 %	4,55 %	4,79 %

2018	0,23 %	4,44 %	4,67 %
2019	0,23 %	4,71 %	4,95 %
2020	0,21 %	5,92 %	6,12 %

Source : Tableau mission IGAS, d'après les données des bilans sociaux 2017, 2018, 2019 et 2020. Remarque : Les résultats disponibles dans hospidiag et ceux présentés dans les bilans sociaux diffèrent. Cela peut être dû à la différence de périmètre en matière de maladie. Hospidiag présente le taux d'absence pour maladie, alors que la maladie ordinaire exclut les congés maternité et les arrêts pour maladie de longue durée.

[372] La Cour des comptes dans le rapport consacré à la rémunération des agents publics en arrêts de maladie dans la fonction publique de juin 2020 rappelle que le niveau des arrêts maladie repose sur une combinaison complexe des caractéristiques des emplois occupés (conditions de travail difficile comme le travail de nuit, le travail répétitif, des contraintes physiques intenses, une exposition à des produits nocifs ou à des risques psycho-sociaux), des employeurs et des employés, auxquels s'ajoute une série de facteurs exogènes (densité médicale) et que les facteurs de risques psychosociaux sont liés à la manière dont le travail est conçu, organisé et géré, ainsi qu'à son contexte économique et social. Elle souligne que l'absentéisme pour maladie se trouve réduit par le sentiment de satisfaction des agents au travail et la reconnaissance, soulignant l'importance de la qualité du management.

[373] Le taux de turn-over du personnel non médical (près de 16 % en 2019), est dans la fourchette haute de celui des établissements de la même catégorie (8^{ème} décile : 17 % en 2019).

[374] Le taux de turn-over du personnel médical ne présente pas d'atypie. Il augmente en 2019 et 2020 tout en restant à un niveau relativement modéré. Le CH ne semble ainsi pas avoir de difficulté particulière à fidéliser ses personnels médicaux.

Tableau 49 : Evolution du turn-over au CH de Chalon-sur-Saône

	Personnel non médical		Personnel médical	
	Taux	Evolution	Taux	Evolution
2015	14,99	9,74 %	9,20 %	-3,75 %
2016	17,46	16,48 %	8,40 %	-8,70 %
2017	19,76 %	13,17 %	8,04 %	-4,29 %
2018	15,66 %	- 20,75 %	8,17 %	1,62 %
2019	15,64 %	-0,13 %	11,33 %	38,68 %
2020	17,14 %	9,59 %	10,43 %	-7,94 %

Source : Tableau mission IGAS, d'après les données des bilans sociaux 2017, 2018, 2019 et 2020

[375] Le temps partiel thérapeutique est en augmentation en 2019 mais le taux reste modéré (2 % des agents soit environ 35 agents sont en TPT chaque mois).

[376] Néanmoins, afin de pouvoir distinguer le temps partiel thérapeutique lié à des raisons psychologiques (indicateur de risque psychosociaux) et celui lié à d'autres raisons médicales qui est généralement assorti de restrictions à la reprise de poste et d'en analyser ainsi les causes, il serait souhaitable d'établir un bilan précis du nombre de TPT assorti de restriction et ceux qui sans restriction.

[377] **En matière de temps partiel thérapeutique, il convient d'établir un bilan du nombre de TPT assorti de restrictions physiques et celui sans restrictions physiques, afin de mieux analyser les causes de l'augmentation des TPT et la place des RPS.**

[378] Le CH a indiqué à la mission envisager de mettre en place une cellule reclassement, ce qui permettra de mieux accompagner le maintien en poste des agents ayant des restrictions. Celle-ci pourrait également suivre les personnels en arrêt de longue durée pour préparer leur reprise en lien avec le médecin du travail.

- **Il existe une hétérogénéité du taux d'absentéisme, selon les services et selon les pôles et qui n'a pas fait l'objet d'une analyse par l'établissement.**

[379] L'indicateur du taux d'absence n'est pas suivi au niveau des services. Néanmoins, à la demande de la mission, le CH lui a communiqué les journées d'absence pour maladie ordinaire et a ensuite calculé les taux d'absence par service et par pôle, tous motifs confondus. Il convient donc de considérer ce taux (en niveau) avec précaution car le CH a inclus les congés de longue durée et les congés maternité.

[380] Les taux varient de 5,5 % à plus de 12 % selon les pôles (si l'on exclut l'EHPAD où le taux est encore plus élevé).

Tableau 50 : Taux d'absentéisme par pôle au CH de Chalon-sur-Saône

Structure	Pôle	Nb jours	ETP	Somme de taux calculé
IFSI		13	18,63	0,19 %
EHPAD		13 981	224,5	17,06 %
GHT achats		104	3,55	8,03 %
CHWM	P01	4 911	138,8	9,69 %
CHWM	P02	4 132	112,15	10,09 %
CHWM	P03	3 090	84,41	10,03 %
CHWM	P04	5 352	148,58	9,87 %
CHWM	P05	5 800	193,87	8,20 %
CHWM	P06	3 848	131,26	8,03 %
CHWM	P07	9 481	226,67	11,46 %
CHWM	P08	3 258	73,63	12,12 %
CHWM	P09*	3 792	151,61	6,85 %
CHWM	P10*	9 261	438,06	5,79 %
CHWM		52 923	1699,04	8,53 %
Total général		67 021	1945,72	9,44 %

Source : Centre hospitalier de Châlons-sur-Saône. Remarque : les calculs des taux réalisés par le centre hospitalier en prenant en compte tous les motifs sans circonscrire aux seules maladies ordinaires. *Les pôles 9 et 10 ne sont pas des pôles cliniques.

[381] Au niveau des services (cf. annexe RH), les écarts sont encore bien plus importants. Certains services (addictologie, urologie, site unique de désinfection) présentent des taux supérieurs à 40 %. De nombreux services (pneumologie, cancérologie, neurologie, cardiologie, chirurgie viscérale etc.) présentent des taux compris entre 15 et 18 %. **Il conviendrait toutefois que le CH réalise les calculs en prenant en compte les seules maladies ordinaires afin d'identifier l'ampleurs des écarts, qu'il en analyse les causes et mette en œuvre des plans d'actions ciblés à l'échelle des pôles et des services.**

- **De faibles moyens sont consacrés à la prévention des risques et à l'amélioration de la qualité de vie au travail, sans réel plan d'action**

[382] Les moyens humains consacrés à la prévention en matière de santé au travail sont faibles. Il n'y a pas de poste dédié mais une participation de deux agents, un animateur sécurité et un animateur développement durable. La direction du CH reconnaît que « très peu de moyens sont mis sur la prévention des risques, l'amélioration des conditions de travail et la QVT »⁶⁹. Il n'existe pas de document unique de prévention des risques professionnels réalisé de façon partagé et mis à jour, ni de plan de prévention associé. Un plan d'action QVT a été réalisé, mais les actions mentionnées dans le plan n'ont là encore pas été mises en œuvre.

[383] **Il conviendrait d'envisager un renforcement les moyens en matière de prévention, de réaliser et mettre à jour le DUERP et le plan de prévention et mettre en œuvre le plan d'action qualité de vie au travail.**

4.2.2 A Montceau-les-Mines, des efforts de prévention engagés notamment en matière de risques psychosociaux, qu'il convient de poursuivre

[384] Le taux d'absentéisme du PNM pour motif médical en 2018 (taux 2019 non renseigné dans Hospidiag) est relativement faible. Le taux d'absentéisme total du PNM est stable, excepté une augmentation en 2020, qui peut être lié à la crise sanitaire. Le taux de turn-over du PNM s'approche de la fourchette haute en 2018 des établissements de la même catégorie et se situe à un niveau moyen en 2020.

- **Des indicateurs proches des moyennes nationales, malgré des restructurations successives porteuses potentiellement de risques psychosociaux**

	CH de Montceau-les-Mines					Catégorie 2019	
	2016	2017	2018	2019	2020	2ème décile	8ème décile
RH8 : Taux d'absentéisme pour motif médical du personnel non médical	NR	NR	6.2	NR	NR	6.4	8.6
RH9 : Turn-over global du PNM	NR	NR	15.6	10.8	NR	6.6	17

Source : Hospidiag

Tableau 51 : Evolution absentéisme PNM sous statut FPH, toutes absences confondues

	2017	2018	2019	2020
Taux absentéisme	7,05 %	6,78 %	6,91 %	8,14 %
Tx abs < 6	0,32 %	0,20 %	0,24 %	0,26 %
Tx abs >6	6,73 %	6,59 %	6,67 %	7,88 %

Source : Bilans sociaux 2017, 2018, 2019 et 2020, traitement mission IGAS

* les bilans sociaux du CH de Montceau-les-Mines ne font pas apparaître les taux d'absence pour motif médical (ils comportent les données brutes en jours par catégorie A, B, C, par sexe et par âge).

⁶⁹ Diaporama maquette effectifs masse salariale du 29 mars 2022 présenté à l'IGAS

- **Des moyens consacrés à la prévention, un plan d'action en cours de mise en œuvre qui pourra déboucher sur de nouvelles actions**

[385] Les indicateurs en matière de santé au travail apparaissent comme corrects au regard du contexte de restructurations des activités qui sont intervenues depuis une douzaine d'années, et qui génèrent encore aujourd'hui une instabilité et des incertitudes concernant l'avenir. Les taux sont comparables à ceux du CH Chalon-sur-Saône malgré un contexte structurel plus difficile.

[386] Il convient de souligner la présence d'une psychologue du travail, dont l'action est jugée positivement par la médecine du travail. Il existe également un poste de chargé de prévention des risques et le CH a le projet de créer un poste de responsable de la QVT et de l'égalité professionnelle.

[387] Une évaluation de la qualité de vie au travail a été conduite en 2021 dans le cadre d'un groupe de travail présidé par le directeur délégué et la DRH, associant les membres du CHSCT, la direction des soins, l'EHPAD, le responsable QVT, risques, relations usagers. Elle a permis d'établir des constats, d'identifier les actions existantes, celles insuffisantes et enfin celles à mettre en place avec un échéancier et un suivi.

[388] De nombreuses actions existent et le DUERP est mis à jour dans le cadre d'un groupe de pilotage dédié et accessible sur une plateforme internet mais le plan de prévention associé n'est pas encore mis en œuvre. La liste des actions de prévention à mettre en œuvre a été actée en CHSCT fin 2021.

[389] **Il est nécessaire de poursuivre les travaux groupe de travail sur la QVT, en allant au bout des actions envisagées et concrétiser le recrutement du chargé de QVT.**

[390] L'évaluation souligne aussi l'insuffisance du management du changement et l'impact négatif en matière de qualité de vie au travail et d'une stratégie non visible, en raison de l'absence de projet d'établissement. Les organisations syndicales ont également souligné lors des entretiens avec la mission que ce manque de clarté et de partage des enjeux en matière de positionnement de l'hôpital et de projet médico-soignant génère des inquiétudes et peut alimenter les conflits.

Recommandation n°20 Dans le cadre de la feuille de route sur les activités médicales proposées par la mission, stabiliser les organisations et communiquer sur le positionnement territorial pérenne du CH de Montceau-les-Mines. Accompagner le changement par des actions de formation à destination de l'encadrement médical et paramédical.

4.2.3 A Autun, une nécessaire consolidation des bases de la gestion RH avant de pouvoir analyser l'état de santé au travail

[391] La fonction de gestion des ressources humaines est en difficulté à Autun (cf. supra). Concernant les indicateurs de santé au travail, les données relatives à l'absentéisme et au turn-over ne sont pas renseignées dans Hospidiag. Le bilan social n'a pas été transmis à la mission. Le plan d'action accompagnant le diagnostic RH réalisé par le cabinet de conseil (cf. supra) ne semble pas avoir été mis en œuvre.

4.2.4 Sur les trois CH principaux de la direction commune, impliquer davantage l'encadrement soignant et développer un management plus participatif par les cadres

- **Impliquer les cadres et partager avec eux la vision du jeu globale**

[392] La mission a rencontré une large représentation de cadres soignants (cadres de proximité, cadres supérieurs et cadres de pôles) dans les CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun.

[393] Une attente a été unanimement et fortement exprimée d'une meilleure connaissance de la stratégie menée sur chaque site et à l'échelle du territoire, d'une association renforcée dans la gestion de projets, et d'une plus grande implication des responsables médicaux dans le portage des projets. L'exemple de la filière gériatrique a régulièrement été cité, en soulignant l'absence d'une feuille de route lisible et de porteur médical fort à l'échelle du territoire.

[394] Des rencontres de l'encadrement dans une configuration inter-sites sont également fortement attendues. Certaines semblent avoir lieu depuis peu, à l'initiative de certains cadres et dans une configuration de spécialités médicales identiques.

- **Renforcer le management par les cadres supérieurs et par les cadres**

[395] Il existe au CH de Chalon-sur-Saône actuellement seulement une réunion par mois entre direction des soins et les cadres, avec une transmission d'informations descendantes. Il n'existe pas de planning de rencontres régulières à Chalon-sur-Saône. Est prévu dans le plan de formation 2022, une formation au management destinée aux cadres, qui serait consacrée selon la DRH à l'entretien annuel.

4.3 Une restauration nécessaire de la confiance au sein du dialogue social de chacun des établissements et à l'échelle du GHT afin de pouvoir enclencher les changements nécessaires

4.3.1 Un dialogue social tendu en particulier dans l'établissement support, qui pourrait faire obstacle à la mise en œuvre des changements nécessaires en matière de feuille de route médicale et de redressement financier

- **A Chalon-sur-Saône, il existe des indicateurs de fortes tensions**, comme des invasions régulières du conseil de surveillance par les OS et des séquestrations des représentants de l'Etat au conseil de surveillance par les organisations syndicales.

[396] Par ailleurs, en matière de grèves, le dépôt d'un nombre de préavis important, suivies ensuite par peu de grévistes, est un indicateur d'agitations syndicales fortes et de tensions entre les organisations syndicales et la direction. Les deux déplacements de la mission ont permis de confirmer que cette perception d'un contexte tendu est également partagée par les organisations syndicales et la direction.

Tableau 52 : Nombre de grèves et de grévistes au CH de Chalon-sur-Saône sur les trois dernières années

Année	Nombre de grèves	Nombre d'agents grévistes
2019	51	377
2020	31	291
2021	29	181

Source : CH de Chalon-sur-Saône

Fonctionnement des instances

[397] Les instances se réunissent régulièrement (CE tous les deux mois, CHSCT : un par mois). Les procédures sont dans l'ensemble respectées, en terme de rythme de réunion, de respect des compétences consultatives et informatives des instances. Selon la direction, les délais de convocations de 15 jours sont en général respectés, mais il arrive que des documents soient transmis plus tardivement, voire remis sur table mais très rarement.

Éléments de fond influant sur la dynamique du dialogue social

[398] L'absence de projet médico-soignant d'établissement ne permet pas aux OS de comprendre le sens des évolutions demandées par la direction générale en terme d'organisation (fonctionnement du bloc, réticences sur le projet d'angioplastie, fonctionnement du parcours patient etc.) et de les inscrire dans une vision partagée. L'absence d'outils de suivi des effectifs et des indicateurs de santé au travail à une maille fine et en temps réel, ne permet pas d'échanger sur des bases objectives.

[399] Par ailleurs, le poids du passé semble influencer encore fortement sur les attentes des OS et rend difficile l'acceptation des évolutions. Entre 2013 et 2016, la direction de l'époque a répondu favorablement aux demandes des OS, conduisant à des ajouts dans les maquettes organisationnelles et à une augmentation significative de la masse salariale dont le décalage avec l'évolution de l'activité contribue aujourd'hui aux difficultés de l'établissement. Les OS continuent de demander des postes supplémentaires dans les maquettes (visible dans les CR des instances), en dépit de la plus faible productivité du CH par rapport aux établissements comparables (cf étude ARS).

- **Montceau-les-Mines: l'attachement à l'hôpital continue à jouer un rôle dans la dynamique du dialogue social et permet d'envisager celui-ci comme un levier pour conduire le changement.**

[400] Les procédures semblent respectées au vu des documents transmis et des échanges (rythme de réunion, respect des compétences des instances) et le dialogue social semble relativement fluide, malgré des épisodes de tension.

[401] La mission a entendu l'expression d'un fort attachement des organisations syndicales rencontrées à leur hôpital et perçu une posture d'ouverture. Dans le passé, les projets avortés (hôpital intercommunautaire) ou les restructurations (fusion de deux structures en 2000, avec première étape dès 1991, fermeture de la maternité, de la chirurgie) n'ont pas permis d'améliorer la situation de l'établissement, voire ont pu la dégrader (maintien de certains coûts structurels sans les recettes d'activités afférentes, perte de lisibilité sur les activités maintenues à Montceau-les-Mines pour les usagers, dont la mission a rencontré les représentants). Ces échecs ont laissé des traces ; néanmoins, les OS ont semblé à la mission, ouvertes pour discuter sur des évolutions dès lors qu'elles permettraient cette fois de redresser la situation de l'établissement de manière pérenne et de répondre au besoin de santé de la population.

4.3.2 Une articulation des compétences à améliorer entre la conférence territoriale de dialogue social et les instances des établissements

[402] A l'échelle du groupement hospitalier de territoire, les organisations syndicales critiquent un manque de coordination entre les informations présentées dans les instances de chaque établissement, en terme de niveau d'information et de délais qui sont différents. A la lecture des compte-rendu des réunions du CTE, la mission a pu confirmer ce constat, au moins dans quelques exemples (présentation du projet stratégique de GHT au CTE de Chalon, mais pas de présentation en parallèle, dans le CTE de Montceau-les-Mines, ou encore présentation des investissements en matière biomédicale par la direction commune dans les instances du CH de Montceau-les-Mines à la demande des organisations syndicales). Cela peut contribuer à tendre le dialogue social, et à nourrir une défiance à l'égard du GHT, en donnant le sentiment aux organisations syndicales que certaines informations et décisions leur échapperaient désormais.

[403] S'agissant de la conférence territoriale de dialogue social, la mission relève qu'elle ne se réunit qu'une seule fois par an et que les nombreux projets de mutualisation des fonctions supports (équipements, biomédical, SI) n'y sont pas présentés. Or les textes précisent qu'elle est informée des projets de mutualisation⁷⁰.

[404] Par ailleurs, certains projets de mutualisation pourront relever directement de la compétence des instances des établissements ou de la commission spécialisée SST du CSE lorsque celui-ci sera en place (ou le CHSCT lorsque les nouvelles instances n'ont pas encore été mises en place) par exemple lorsque « la modification de l'outillage, un changement de produit ou de l'organisation du travail », conduit à une modification des postes de travail⁷¹. Le cas échéant, ces projets devraient être présentés dans les instances des trois établissements, dans des délais similaires.

[405] **Il serait souhaitable d'établir, dans le cadre de la conférence territoriale de dialogue social, la liste des projets de mutualisation qui ont vocation à lui être présentés.** Par ailleurs, la direction commune devrait s'assurer de la coordination des présentations qui concernent directement ou indirectement le GHT dans les instances de chaque établissement.

5 Une situation financière très préoccupante, en partie masquée par des aides massives, qui nécessite un plan d'action à court terme afin d'enrayer la spirale négative constatée sur l'endettement, la capacité d'investissement et la trésorerie

[406] L'analyse est concentrée sur les trois hôpitaux de la direction commune ayant des activités de court séjour et présentant les enjeux majeurs en termes de volumes financiers (Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, Autun).

[407] Le tableau ci-dessous synthétise les principaux indicateurs pour les trois CH pour l'année 2019 (dernier exercice budgétaire non impacté par la crise sanitaire).

⁷⁰ Article R 6132-14 du code de la santé publique

⁷¹ Articles 35 et 53 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux des établissements publics de santé, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public

Tableau 53 : Principaux indicateurs sur l'exercice budgétaire 2019 (CF, budget H)

	Chalon-sur-Saône	Montceau-les-Mines	Autun
Charges	192,6 M€	NR	27,4 M€
Produits	188,8 M€	NR	26,6 M€
Résultat	-3,8 M€	NR	- 0,8 M€
Taux de marge brute	6,55 %	6,74 %	1,14 %
Taux de marge brute hors aides	0,12 %	-12,59 %	-20,44 %
Marge brute hors aides	0,2 M€	-7,5 M€	-1,7 M€
CAF nette	-4,1 M€	-4,5 M€	-2,6 M€

Source : *Diamant et ARS*

[408] La situation observée sur ces trois sites est au global extrêmement préoccupante. Si les montants sont de niveaux différents, les problématiques et tendances sont semblables : dégradation de la situation financière, endettement croissant et non maîtrisé, conséquences directes sur la capacité à investir alors même que les taux de vétusté sont élevés (Autun, Montceau-les-Mines) ou commencent à l'être (Chalon-sur-Saône), trésorerie en forte dégradation entraînant des délais de paiement fournisseurs en augmentation constante avec des risques (déjà en partie avérés) de cessation de livraisons.

[409] La situation est d'autant plus inquiétante que les trois hôpitaux font l'objet d'aides massives de la part de l'ARS, et ce depuis plusieurs années. Il est à souligner à ce titre que l'aide attribuée depuis 2011 à l'hôpital de Chalon-sur-Saône au titre du nouvel hôpital (12 millions d'euros par an) va progressivement se réduire à partir de l'exercice 2025 puis totalement disparaître à compter de 2029.

[410] Les engagements pris dans le cadre de la contractualisation du Plan Ségur ne sont pas réalistes, avec sur Chalon-sur-Saône un redressement de trajectoire annoncé de manière trop optimiste et étayé principalement par des objectifs d'activité supplémentaires rendus possibles par des réductions importantes des IPDMS, et qui ne reposent pas sur des études médico-économiques approfondies. Les trajectoires 2022-2024 maintiennent une situation financière dégradée sur Montceau-les-Mines et Autun, voire prévoient une poursuite de la dégradation de celle-ci. Ces perspectives pluriannuelles ne sont pas de nature à enrayer la spirale négative observée sur l'endettement et la trésorerie.

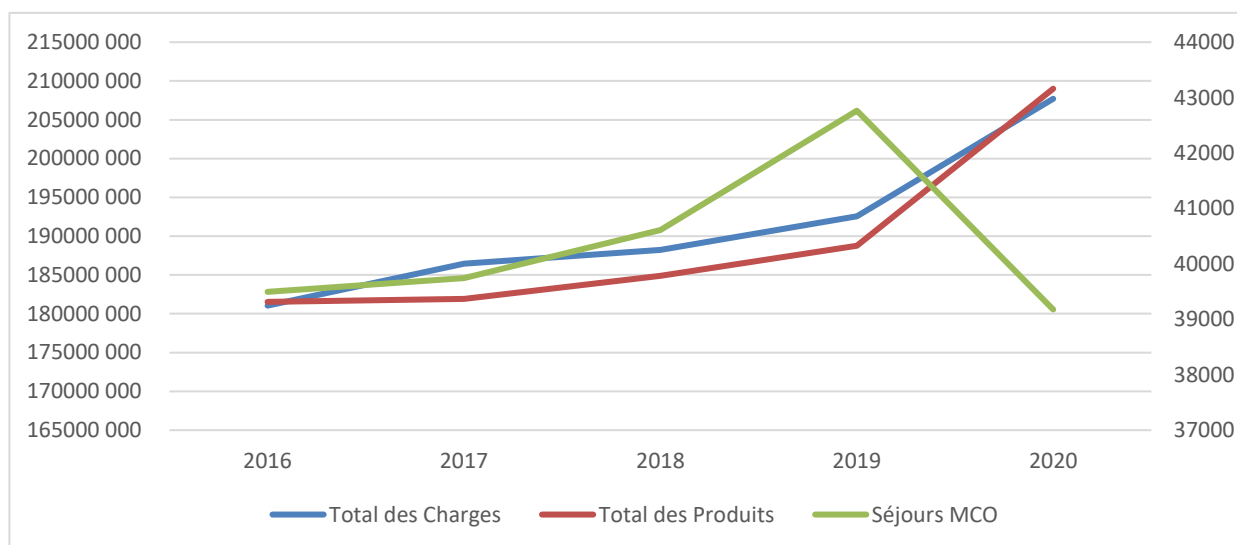
[411] Il est donc indispensable d'agir rapidement et efficacement afin d'enrayer ces évolutions très défavorables, en mettant en œuvre à très court terme un pilotage resserré de l'ensemble des dépenses, une structuration renforcée de l'instruction de projets de développements d'activités associés à des investissements ciblés et dégageant un ROI. La mission insiste sur l'impérative nécessité d'un plan de redressement, mis en œuvre en pratique, sur la base du constat que les plans d'actions successifs COPERMO 2015-2020 définis de manière « théorique » n'ont pas jusqu'à présent permis dans les faits d'inverser la tendance sur la situation financière. Dans ce cadre général, le sujet de l'EHPAD de Chalon-sur-Saône, avec un déficit constaté à hauteur de 2,2 millions d'euros en 2021, doit faire l'objet d'un plan d'action spécifique, dès 2022.

5.1 Des résultats comptables fortement dégradés, malgré des aides très importantes qui masquent en partie la réalité de la situation budgétaire

[412] Le présent rapport comporte une analyse détaillée concernant Chalon-sur-Saône. La même analyse figure en annexe concernant les sites de Montceau-les-Mines et d'Autun.

5.1.1 Une évolution des charges non corrélée à celle observée pour les produits et l'activité MCO

Graphique 11 : Activité, produits et dépenses tous titres confondus au CH de Chalon-sur-Saône (budget H)



Source : Diamant, 2021, traitement IGAS

[413] Il est constaté sur la période 2016-2019 une augmentation régulière des charges, supérieure aux tendances observées sur les produits. L'année 2020 marque une rupture expliquée par la crise COVID, avec une diminution très marquée de l'activité, une augmentation forte des charges compensées par une évolution des produits légèrement supérieure (impact du mécanisme de garantie de financement).

[414] Sur la période 2016-2020, Chalon-sur-Saône enregistre les évolutions d'activités suivantes :

Tableau 54 : Activité CH de Chalon-sur-Saône entre 2016 et 2020 (nombre de séjours)

ASO	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2016/2019
M - Médecine	28 656	28 997	29 181	31 556	29 855	10,1 %
C - Chirurgie	8 020	79 59	85 11	8 305	6 553	3,6 %
O - Obstétrique	2 817	2 789	29 18	2 904	2 769	3,1 %
Total général	39 493	39 745	40 610	42 765	39 177	8,3 %

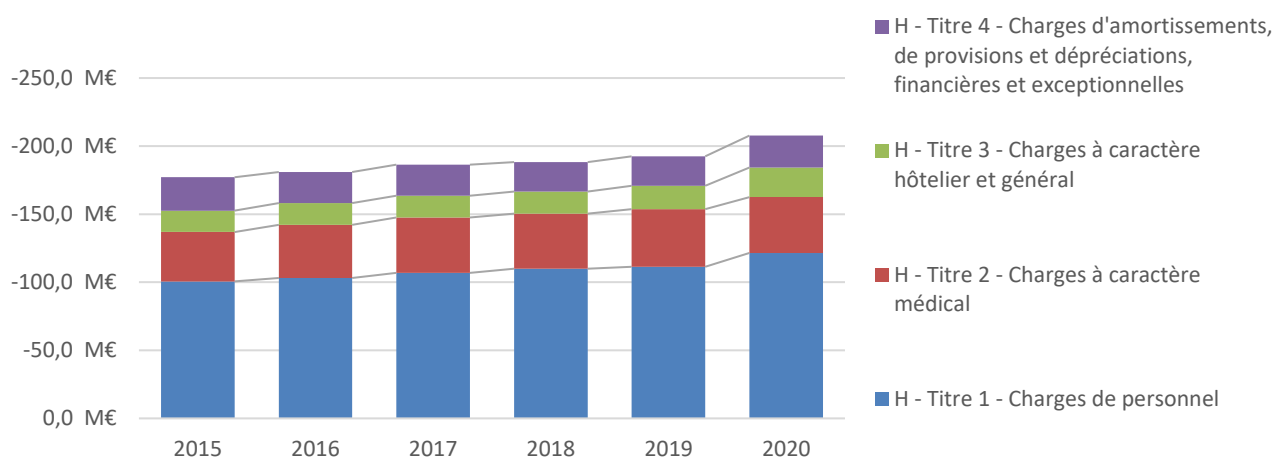
Source : Diamant, 2021

[415] Entre 2016 et 2019, l'activité de médecine augmente régulièrement (+10 %), plus rapidement qu'au niveau national (+6 % sur la même période) et alors qu'elle décline sur l'ensemble du GHT

(- 7 % sur l'ensemble des huit établissements)⁷². Les activités de chirurgie et d'obstétrique sont stables ou augmentent peu. En 2020, l'activité enregistre un ralentissement notable, en lien avec la crise sanitaire.

5.1.2 Une hausse régulière des charges

Graphique 12 : Charges du CH de Chalon-sur-Saône (budget H)



Source : *Diamant, 2021, traitement IGAS*

[416] Les charges évoluent régulièrement sur la période 2015-2019, avec une nette accélération observée sur l'année 2020.

[417] L'analyse des charges de titre 1 fait l'objet d'un développement particulier dans la partie 4. Elles progressent de 15,64 % entre 2019 et 2021, avec la création de 40 postes d'ETP PNM et 22,77 postes d'ETP de PM.

[418] Les dépenses de titre 2 passent de 42,4 millions d'euros en 2019 à 43,9 millions d'euros en 2020. L'année 2021 marque une hausse importante des dépenses constatées, à hauteur de 52,67 millions d'euros sur l'exercice. La progression est donc de 24,2 % entre 2019 et 2021 (soit + de 10,3 millions d'euros), très nettement supérieure aux évolutions enregistrées concernant l'activité médicale.

[419] Cette progression des dépenses de titre 2 porte sur les sujets suivants :

- Augmentation des produits pharmaceutiques : + 4,8 millions d'euros (dont 3,9 millions au titre des molécules onéreuses, compensées en recettes correspondantes)
- Hausse des consommations de fourniture de produits finis et de matériel médical : +2,2 millions d'euros
- Hausse de la sous-traitance : + 1,7 millions d'euros
- Augmentation des fournitures de laboratoires : + 0,8 millions d'euros

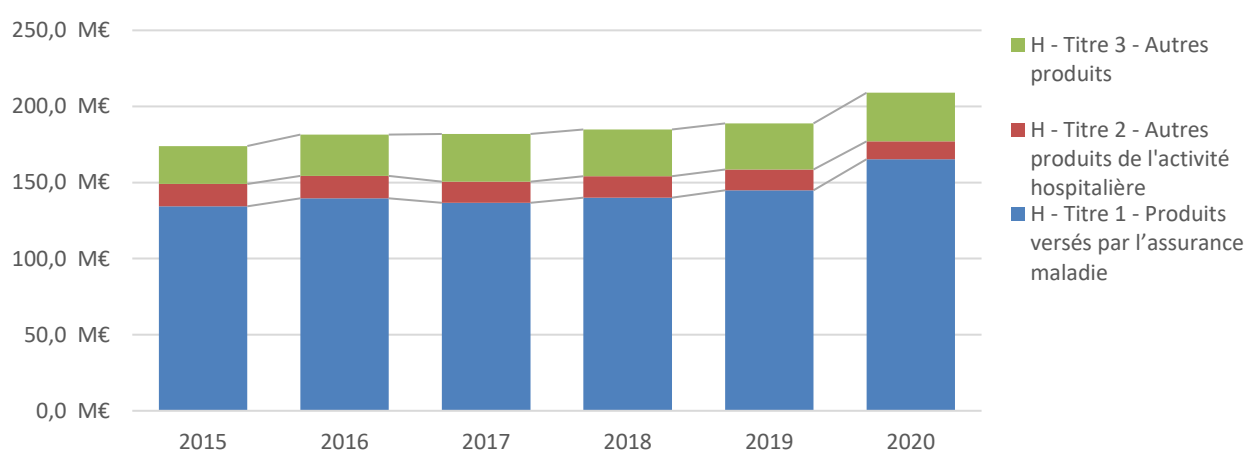
⁷² Source activité médecine en France et dans le GHT : diamant 2021

[420] Les dépenses de titre 3 passent de 17 millions en 2019 à 18,86 millions d’euros en 2020. La hausse se poursuit sur l’année 2021, avec un total de 19,41 millions. La progression est de + 13,64 % entre 2021 et 2019, soit + 2,33 millions d’euros.

[421] De manière globale, on observe que les charges continuent de progresser sur les dernières années, à un rythme supérieur à celui constaté pour l’activité médicale. Ce constat met en lumière qu’aucun plan de réduction des dépenses à la hauteur de la difficulté de la situation financière n’a été mis en œuvre alors même que ce contexte financier est difficile depuis plusieurs exercices.

5.1.3 Une évolution des produits insuffisante pour couvrir les charges

Graphique 13 : Produits du CH de Chalon-sur-Saône (budget H)



Source : *Diamant, 2021, traitement IGAS*

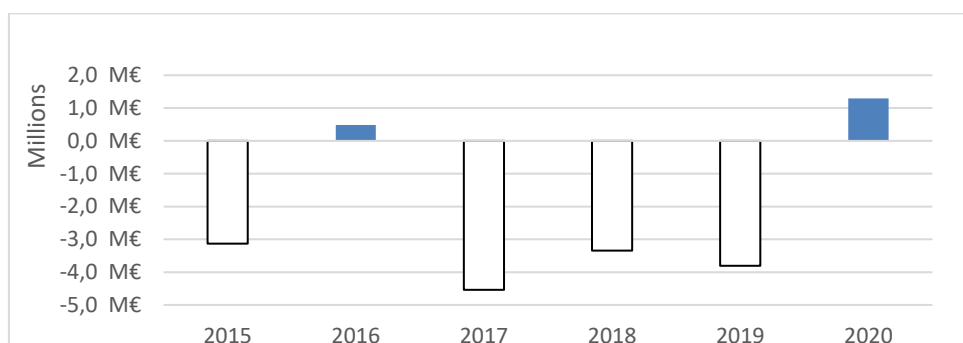
[422] Les produits restent globalement stables sur la période 2015-2019. L’année 2020 enregistre une progression marquée sur le titre 1, liée au mécanisme de garantie de financement mise en place durant la crise COVID.

[423] Sur l’année 2021, les produits progressent de 5,35 %, ventilés de la manière suivante :

- Titre 1 (produits versés par l’assurance maladie) : + 6,3 %
- Titre 2 (autres produits de l’activité hospitalière) : + 2,2 %
- Titre 3 (autres produits) : + 1,7 %

5.1.4 Un compte de résultat fortement déficitaire si on neutralise les aides qui sont d'un niveau très important

Graphique 1 : Evolution du compte de résultat du CH de Chalon-sur-Saône (budget H)



Source : Diamant, 2021, traitement IGAS

[424] Les résultats constatés sont donc globalement négatifs sur la période, exception faite de 2016 et surtout de l'exercice 2020 où le mécanisme de garantie de financement lié à la crise COVID a permis d'atteindre un résultat positif à hauteur de 1,296 millions d'euros soit 0,62 % des produits.

[425] Le résultat de l'exercice 2021 est évalué à moins 2,296 millions d'euros au stade RIA 2, soit une nette dégradation par rapport à l'année 2020. Ce déficit s'explique par une augmentation des charges plus rapide que celle des produits observés sur cette année 2021 : + 7,1 % contre + 5,3 %. Là encore, le contexte COVID rend complexe l'analyse des évolutions observées.

[426] **Il est important de souligner que ces résultats incluent des aides (nationales et régionales) attribuées depuis plusieurs années et qui sont d'un montant très important (cf. annexe 5); ces aides masquent la réalité de la situation budgétaire.** En outre, une aide structurelle annuelle de 12 millions d'euros est attribuée depuis 2010 au titre de la construction du nouvel hôpital. Sur l'exercice 2021, une aide ponctuelle en trésorerie de 5 millions d'euros a également été attribuée à l'hôpital de Chalon-sur-Saône, ainsi qu'une aide d'un montant de 9,2 millions d'euros au titre du volet 1 de l'article 50 du Ségur de la santé (restauration des marges financières). Sans ces trois aides, le déficit du budget H sur l'exercice 2021 aurait été de 28,5 millions d'euros, soit 13 % des produits et non de 2,3 millions d'euros. Le résultat affiché, déjà en lui-même préoccupant, est donc artificiel du fait des aides versées.

[427] Malgré ces aides massives, le déficit cumulé au 31 décembre 2021 de l'hôpital de Chalon-sur-Saône s'élève à 50,8 millions d'euros.

[428] **Sur l'ensemble du périmètre des trois établissements de court séjour, la mission souligne l'importance des aides en trésorerie et aides diverses au titre d'établissements en difficulté apportées, de manière croissante, par l'ARS sur les derniers exercices.** Elles s'élèvent ainsi à un total de 14,5 millions d'euros sur 2021 (compte non tenu de l'aide de 9,2 M€ accordée à Chalon-sur-Saône au titre du volet 1 du Ségur de la santé), contre 7,5 M€ en 2019⁷³ et 9,5 M€ en 2020.

⁷³ Source ARS, données fournies à la demande de la mission, avril 2022.

5.2 Une situation financière très difficile qui provoque un cercle vicieux sur l'endettement, la trésorerie et la capacité d'investissement

[429] La dégradation de la situation financière globale oblige les trois établissements, pour faire face aux remboursements du poids de la dette, à prélever sur le fonds de roulement, avec en conséquence des impacts majeurs sur l'investissement et la trésorerie.

5.2.1 Les trois établissements de court séjour de la direction commune sont confrontés à une forte problématique d'endettement, de nature différente et à des niveaux variés

5.2.1.1 Un endettement fort sur chacun de trois sites, cumulé sur plusieurs exercices

[430] Les tableaux suivants synthétisent la situation de l'endettement sur chacun des trois sites.

Tableau 55 : Evolution de la dette du CH de Châlons-sur-Saône

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
évolution de l'encours de la dette (en valeur)	cpte anticipé	-3 064	-9 980	-3 558	-7 104	-6 703	-9 147	-9 219
		225	583	404	724	504	904	404
taux d'évolution de la dette	cpte anticipé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-4,8
durée apparente de la dette exprimée en années	CF	NC	30,5	22,6	32,0	34,1	30,7	15,1
taux d'indépendance financière	CF	NC	84,1 %	85,3 %	66,2 %	87,8 %	89,7 %	91,6 %

Source : ARS

[431] Le poids de la dette est donc important au CH de Chalon-sur-Saône. Les trois critères réglementaires relatifs aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé du Code de la santé publique ne sont pas respectés au regard du constat suivant à fin 2021⁷⁴ :

- Encours de la dette / total des produits : 74,5 % (seuil maximum réglementaire fixé à 30 %)
- Durée apparente de la dette : 22 ans (seuil fixé à 10 ans)
- Indépendance financière : 93,4 % (seuil fixé à 50 %)

[432] La situation de l'endettement est également très préoccupante sur les sites de Montceau-les-Mines et d'Autun, comme le montrent les tableaux suivants.

Tableau 56 : Evolution de la dette du CH de Montceau-les-Mines

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
évolution de l'encours de la dette (en valeur)	-3 603 625	-2 307 373	-56 909	-1 069 616	-1 258 426	-911 429	-905 284
taux d'évolution de la dette	-21,55 %	-17,59 %	-0,53 %	-9,95 %	-13,00 %	-10,82 %	-12,05 %
durée apparente de la dette exprimée en années	NC	-156,92	-30,41	-33,32	1,52	1,53	1,22
taux d'indépendance financière	NC	1344,54 %	-487,91 %	-161,15 %	102,85 %	424,49 %	585,70 %

Source : ARS

⁷⁴ Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011

Tableau 57 : Evolution de la dette du CH d'Autun

	2014	2015	2016	2017	2018	2019		2020
évolution de l'encours de la dette (en valeur)	-1 234 262	-1 177 951	3 050 861	-795 838	-800 082	-607 264	cpte anticipé	-926 563
taux d'évolution de la dette	-11,5 %	-12,4 %	36,6 %	-7,0 %	-7,6 %	-6,2 %	cpte anticipé	-10,1 %
durée apparente de la dette exprimée en années	NC	43	-18	-17	-22	-6	cpte anticipé	-50
taux d'indépendance financière	NC	70,4 %	81,6 %	91,9 %	105,1 %	183,2 %	cpte anticipé	150,3 %

Source : ARS

[433] La situation sur ces deux sites est d'autant plus inquiétante que s'y ajoute un sujet spécifique portant sur les dettes fiscales et sociales.

5.2.1.2 Sur les sites de Montceau-les-Mines et d'Autun s'ajoute une problématique de dettes fiscales et sociales.

Tableau 58 : Dette fiscale et sociale du CH de Montceau-les-Mines

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dette fiscale fin d'exercice	7 634 146	7 127 344	7 407 663	6 442 130	5 395 419	6 223 940	7 378 510
Dette sociale fin d'exercice	18 588 306	19 683 770	17 676 004	11 734 595	10 790 203	14 033 455	19 545 001
<i>Dette fiscale et sociale</i>	26 222 452	26 811 114	25 083 667	18 176 725	16 185 622	20 257 395	26 923 511
Dette fournisseurs fin d'exercice	5 001 719	7 274 743	10 659 946	14 258 961	16 033 333	12 002 344	5 177 185
DGP fin d'exercice (en jours d'exploitation)	145	169	249	317	405	329	136
<i>Dette totale</i>	31 224 171	34 085 857	35 743 613	32 435 686	32 218 955	32 259 739	32 100 696

Source : ARS. NB : Il n'a pas été possible d'obtenir le même tableau détaillé pour Autun.

[434] Cette situation très difficile concernant la dette sociale et fiscale des hôpitaux de Montceau-les-Mines et de Autun a fait l'objet d'un courrier en date du 10 mars 2022 adressé au DG de l'ARS de Bourgogne Franche Comté par le directeur des finances publiques de Saône et Loire, ciblé sur la taxe sur les salaires. Ce courrier rappelle l'importance des sommes en jeu (4,5 millions non payés au titre de la taxe sur les salaires concernant Autun ; 8,3 millions pour Montceau-les-Mines) et prend acte du plan d'apurement ayant été signé le 24 février 2022 avec le CH de Montceau-les-Mines, pour une échéance mensuelle de 75.000 euros sur le passif fiscal. Il est mentionné dans ce courrier que la procédure de négociation est encore en cours concernant Autun et qu'une procédure de surveillance des plans d'apurement est mise en place.

5.2.1.3 La mission a pu dresser, en lien avec l'ARS, un bilan précis de la charge de la dette totale pesant sur chacun des trois hôpitaux à fin 2021.

Tableau 59 : Charges de la dette à fin 2021

	Chalon	Montceau	Autun
Dette fiscale de fin d'exercice	0	8 millions d'euros	4,8 millions d'euros
Dette sociale de fin d'exercice	0	20,3 millions d'euros	6,3 millions d'euros
Total dette fiscale et sociale	0	28,3 millions d'euros	11,1 millions d'euros
Dettes fournisseurs	24 millions d'euros	4 millions d'euros	5,8 millions d'euros
Dette totale	24 millions d'euros	32,3 millions d'euros	16,9 millions d'euros

Source : ARS

[435] Concernant Chalon-sur-Saône, la dette a pu être ramenée à 19 millions d'euros compte tenu de l'aide en trésorerie à hauteur de 5 millions d'euros intervenue en fin d'exercice 2021.

[436] Au total, la dette cumulée des trois hôpitaux s'élève à 73,2 millions d'euros (chiffage mission IGAS et ARS, à la date de mars 2022).

[437] Cet endettement massif entraîne un allongement conséquent des délais de paiement des fournisseurs. Ce délai est de 160 jours au 31/12/2021 pour Chalon, 156 jours pour Autun et 98 jours pour Montceau, soit nettement au-dessus du seuil maximum réglementaire de 50 jours pour les trois établissements.

[438] La situation sur ce sujet de l'endettement est donc particulièrement grave, d'autant qu'il perdure depuis plusieurs exercices.

5.2.1.4 Un accompagnement par l'ARS important au titre du volet 1 de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, mais qui ne pourra à lui seul résorber le sujet de l'endettement.

[439] Des contrats ont été signés entre l'ARS et le CH de Chalon-sur-Saône le 31 décembre 2021. Il en est de même pour le CH d'Autun. A ce stade, aucun contrat n'a été signé entre l'ARS et le CH de Montceau-les-Mines, les discussions étant encore en cours.

[440] Les deux contrats signés mentionnent les crédits affectés par l'ARS au titre du volet 1 de l'article 50 destiné à la restauration des capacités financières⁷⁵ :

- 1,777 millions d'euros attribués au CH d'Autun, avec un échéancier de versement sur les années 2021 à 2029 dont 0,355 millions d'euros à verser au titre de l'exercice 2021
- 46,1 millions d'euros au CH de Chalon, avec le même échéancier de versement, dont 9,22 millions d'euros versés au titre de l'exercice 2021.

⁷⁵ Les contreparties attendues dans le cadre de cette contractualisation au titre de l'article 50 sont analysées dans le point 6.4. du présent rapport

[441] Ces sommes, bien qu'importantes, ne suffiront pas à elles-seules à résorber le niveau de la dette.

[442] **La charge de la dette est donc massive sur l'ensemble du périmètre de la direction commune.** Malgré les aides apportées dans le cadre du Ségur, les trois hôpitaux de court séjour ne pourront pas y faire face sans un plan d'actions spécifique. La direction de Chalon-sur-Saône a précisé à la mission qu'une étude avait déjà été faite par Finance Active qui concluait qu'une renégociation des emprunts n'était pas intéressante du fait de pénalités de sortie trop importantes⁷⁶.

[443] **Compte tenu des enjeux liés au poids de la dette, la mission propose la recommandation suivante :**

Recommandation n°21 Réaliser des études techniques de renégociation de la charge de la dette et de sa structure, avec au moins deux cabinets spécialisés, sur les trois sites

5.2.2 Compte tenu de leur situation financière dégradée, les hôpitaux financent le poids de la dette par des prélèvements sur le fonds de roulement avec en conséquence une trésorerie en situation difficile

[444] Au CH de Chalon-sur-Saône, le besoin en fonds de roulement (BFR) se dégrade régulièrement sur les dernières années, avec une trésorerie évoluant à des niveaux très bas.

Tableau 60 : Evolution de la trésorerie du CH de Chalon-sur-Saône

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FRNG en jours de charges nettes d'exploitation courante	NC	41,13	32,99	31,53	21,06	11,22	9,54
BFR en jours de charges nettes d'exploitation courante	NC	41,42	26,08	26,57	18,50	8,98	3,72
niveau de la trésorerie au 31.12 (en valeur)	NC	-59 543	3 159 456	2 350 927	-454 657	1 127 006	3 143 691
trésorerie en jours de charges nette d'exploitation courante	NC	-0,29	6,90	4,95	-0,94	2,24	5,82

Source : ARS

[445] Le niveau de la trésorerie continuait de se dégrader début 2022, avec un sujet supplémentaire d'interruption de la facturation externe en raison d'un problème du logiciel Cpage (6,2 M€ non facturés). Le problème devait être résolu à fin mars 2022.

[446] Sur Montceau-les-Mines, la situation est également très tendue même si elle peut paraître facialement plus favorable du fait des aides versées (montant total des financements apportés par l'ARS au titre des aides en trésorerie ou des aides exceptionnelles aux établissements de santé en difficulté : 5,5 M€ en 2021, 5 M€ en 2020, 8 M€ en 2019, 11 M€ en 2018, 9 M€ en 2017, 2 M€ en 2016).

⁷⁶ Source : diaporama intitulé « situation financière, hôpital de Chalon, mars 2022

Tableau 61 : Evolution de la trésorerie du CH de Montceau-les-Mines

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FRNG en jours de charges nettes d'exploitation courante	NC	-98,12	-102,17	-114,67	-82,49	-71,20	-52,47
BFR en jours de charges nettes d'exploitation courante	NC	-113,65	-115,25	-125,26	-103,43	-101,32	-107,88
niveau de la trésorerie au 31.12 (en valeur)	NC	2 926 754	2 430 462	2 081 095	3 783 989	5 380 769	10 287 949
trésorerie en jours de charges nette d'exploitation courante	NC	15,53	13,08	10,59	20,95	30,13	55,41

Source : ARS

[447] Sur Autun, la trésorerie évolue de manière négative sur les six derniers exercices.

Tableau 62 : Evolution de la trésorerie du CH d'Autun

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
FRNG en jours de charges nettes d'exploitation courante	NC	-51,64	-68,68	-85,35	-99,86	-97,71	-95,12
BFR en jours de charges nettes d'exploitation courante	NC	-21,74	-59,82	-77,81	-95,63	-93,13	-94,21
niveau de la trésorerie au 31.12 (en valeur)	NC	116 043	-792 928	-621 256	-351 875	-388 378	-86 735
trésorerie en jours de charges nette d'exploitation courante	NC	1,47	-8,86	-7,54	-4,24	-4,58	-0,92

Source : ARS

[448] Là encore, ces résultats négatifs sont enregistrés malgré l'importance des aides ARS (montant total des financements apportés par l'ARS au titre des aides en trésorerie ou des aides exceptionnelles aux établissements de santé en difficulté : 5 M€ en 2021, 4 M€ en 2020, 2 M€ en 2019, 3 M€ en 2018, 1,6 M€ en 2017, 1,5 M€ en 2016).

[449] **Sur l'ensemble des trois CH, les niveaux de trésorerie insuffisants entraînent une forte dégradation des relations avec les fournisseurs.** Les acteurs locaux rencontrés par la mission nous ont fait part des négociations permanentes qui sont menées afin d'éviter au maximum toute rupture de livraisons. Des plans d'apurement sont mis en place et des ordres de paiements priorisés en fonction de la pression des fournisseurs, ce qui amène à les hiérarchiser en fonction de la nature des produits ou des prestations.

5.2.3 La capacité d'investissement est en dégradation et est insuffisante au regard des besoins.

[450] Sur Chalon, le taux de marge brute hors aides se dégrade sur la période 2014-2015. La CAF nette atteint des niveaux négatifs sur les années 2018 à 2020.

Tableau 63 : Evolution de la capacité d'autofinancement du CH de Chalon-sur-Saône

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
marge brute hors aide	3 330 491	3 447 879	4 983 850	536 205	583 803	214 773	-2 532 509
taux de marge brute	9,06 %	9,29 %	9,53 %	6,96 %	6,67 %	6,55 %	8,50 %
taux de marge brute hors aides	1,99 %	2,03 %	2,83 %	0,30 %	0,31 %	0,12 %	-2,32 %
capacité d'autofinancement prévue	8 052 211	7 753 155	10 057 315	5 369 353	4 012 610	5 703 469	3 010 913
évolution de la CAF prévue	-30,84 %	-3,71 %	29,72 %	-46,61 %	-25,27 %	42,14 %	-47,21 %
CAF nette	-647 789	-2 600 698	737 745	2 109 685	-813 057	-4 125 936	-3 661 188
taux de CAF	4,50 %	4,28 %	5,44 %	3,41 %	3,02 %	3,16 %	5,54 %

Source : ARS

[451] Sur l'exercice 2021, le taux de CAF nette s'élève à -1,58 % avec une CAF nette à - 3,7 M€.

[452] L'évolution négative observée est d'autant plus inquiétante que les taux de vétusté des équipements et des travaux commencent à devenir préoccupants sur le site de Chalon-sur-Saône, dix années après l'ouverture du nouvel hôpital. Concernant les équipements, le taux de vétusté est ainsi passé de 68 % en 2017 à 77,8 % en 2021, soit une progression de 13,24 % ; concernant les bâtiments, l'évolution observée est une augmentation de 62,3 % sur la période 2017-2021 (taux de vétusté de de 36 % en 2021 contre 22 % en 2017)

[453] Compte tenu du montant des aides versées, l'indicateur pertinent à retenir concernant Montceau-les-Mines est la CAF nette. Celle-ci évolue de manière défavorable sur les derniers exercices, pour atteindre - 6,5 M€ en 2020.

Tableau 64 : Evolution de la capacité d'autofinancement du CH de Montceau-les-Mines

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
marge brute hors aide	-3 713 570	-2 803 117	-2 671 769	-5 407 079	-5 245 770	-7 490 361	-3 942 543
taux de marge brute	-1,21 %	0,33 %	-0,70 %	-1,08 %	8,38 %	6,74 %	6,14 %
taux de marge brute hors aide	-6,30 %	-4,71 %	-4,46 %	-9,08 %	-8,36 %	-12,59 %	-22,89 %
capacité d'autofinancement prévue	-115 288	-71 920	-4 667 639	-768 337	4 949 811	-2 072 587	2 217 441
évolution de la CAF prévue	117,14 %	-37,62 %	6390,06 %	-83,54 %	744,22 %	141,87 %	206,99 %
CAF nette	-3 718 913	-2 376 257	-6 123 178	-4 406 886	-4 751 948	-4 514 556	-6 572 211
taux de CAF	-0,16 %	-0,10 %	-0,52 %	-0,41 %	7,49 %	6,97 %	7,34 %

Source : ARS

[454] Or, la problématique des taux de vétusté est majeure sur ce site : en 2021, le taux de vétusté comptable des équipements est de 88 %, celui des bâtiments de 71 %.

[455] Sur l'hôpital d'Autun, tous les indicateurs sont en dégradation sur les derniers exercices. La marge brute hors aides passe de 2,5 M€ en 2015 à - 5,2 M€ en 2020. La CAF nette évolue défavorablement sur les trois derniers exercices, pour atteindre -3,5 M€ en 2020.

Tableau 65 : Evolution de la capacité d'autofinancement du CH d'Autun

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
marge brute hors aide	-337 511	2 509	67 239	-213 322	106 329	-1 716	-5 226
taux de marge brute	7,08 %	19,66 %	3,67 %	8,26 %	4,35 %	1,14 %	-0,53 %
taux de marge brute hors aide	-1,46 %	8,97 %	0,28 %	-0,83 %	0,42 %	-7,18 %	-20,44 %
capacité d'autofinancement	-598 721	263 098	-711 583	-631 738	-2 454	-1 553	-163 510
évolution de la CAF prévue	104,44 %	-	-370,46 %	-11,22 %	288,58 %	-36,72 %	-89,47 %
CAF nette	-1 832	NC	-2 888	-1 747	-1 994	-2 624	-3 563
taux de CAF	-2,08 %	0,63 %	-1,66 %	-1,91 %	-1,44 %	0,10 %	0,00 %

Source : ARS

[456] La capacité d'autofinancement est insuffisante pour faire face aux besoins courants. Les taux de vétusté sur l'année 2021 sont de 82 % pour les équipements et de 68 % pour les bâtiments.

5.3 Au regard de cette situation difficile depuis plusieurs années, des plans d'action COPERMO définis mais qui, mis en œuvre de manière partielle, n'ont pas permis d'améliorer la trajectoire financière

5.3.1 Des établissements inscrits en COPERMO performance depuis 2015

[457] Les trois établissements de court séjour sont inscrits dans le dispositif COPERMO performance depuis 2015. Plusieurs plans d'actions ont été formalisés sur la période, dont la mesure effective la plus forte a été la fermeture de la chirurgie complète et ambulatoire de Montceau-les-Mines en juillet 2018.

[458] Ces plans d'actions successifs, pourtant bien formalisés par les directions locales concernées en lien avec l'ARS, n'ont été que partiellement mis en œuvre et n'ont de fait pas permis d'obtenir un redressement de la situation financière.

[459] Ainsi, le rapport de présentation du dossier COPERMO en date de 24 mars 2020, souligne que « lors du dernier examen de la situation en date du 29 janvier 2019, le comité avait mis en avant que le plan d'actions transmis ne prenait pas complètement en compte les recommandations formulées en décembre 2017 : pas de proposition de schéma capacitaire cible, ni d'optimisation des maquettes organisationnelles, ni de redimensionnement de l'ensemble des fonctions supports. Le comité avait demandé de décliner des pistes d'actions supplémentaires portant à la fois sur leur efficacité interne, sur l'organisation de l'offre et sur les fonctions supports, notamment sur le CH de Chalon-sur-Saône en tant qu'établissement support de GHT ».

[460] En conséquence, le COPERMO de janvier 2019 n'avait pas validé le plan d'actions et la trajectoire financière proposés et avait formulé les quatre recommandations suivantes :

- Recommandation 1 : construire une nouvelle trajectoire financière permettant d'atteindre un taux de marge brute hors aides de 3,3 % en 2022 puis de 8 % en 2026, sur le périmètre consolidé des trois établissements. Il était mentionné la nécessité d'un effort particulier à faire porter sur la nécessaire amélioration de la performance des organisations de Chalon.

- Recommandation 2 : conformément aux recommandations formulées par le COPERMO en décembre 2017, et dans la suite du travail déjà engagé, aboutir sur la définition du schéma d'offre et capacitaire cible des trois établissements, (optimisation des organisations médicales, implication dans la réorganisation de l'offre sur le territoire, lisibilité et structuration des filières).
- Recommandation 3 : continuer à mettre en œuvre le plan d'action et le compléter de nouvelles mesures, dont celles déjà identifiées, en mobilisant l'ensemble des leviers d'efficience existants, notamment sur Chalon-sur-Saône : développement de l'ambulatoire, optimisation du schéma d'implantation des capacités au sein de chaque site, optimisation des maquettes organisationnelles médicales et soignantes, efficience des fonctions médicotechniques, mutualisation des fonctions supports entre les trois établissements.
- Recommandation 4 : continuer à respecter le plan d'apurement de la dette sociale et fiscale de Montceau-les-Mines et d'Autun.

[461] Il était également spécifié que les équipes hospitalières pourraient bénéficier d'un accompagnement de l'ANAP dans le cadre de ses appuis thématiques pour compléter les mesures du plan d'action.

5.3.2 Une dernière procédure d'instruction COPERMO en 2020 dressant un constat sévère et définissant une feuille de route précise

[462] Après une analyse très approfondie des mesures proposées et de leurs impacts sur la trajectoire financière, le rapport de présentation du dossier COPERMO du 24 mars 2020 dresse un bilan sévère sur les actions réellement mises en œuvre au regard des recommandations du COPERMO 2019 (cf. annexe 5). Compte tenu de la crise sanitaire, cette séance n'a pu faire l'objet d'un avis validé par l'instance.

[463] Au regard de ce constat, le rapport de présentation COPERMO du 24 mars 2020 indique que « le plan d'action et la trajectoire financière ne peuvent pas être validés en l'état ».

[464] Dans le cadre de ce dossier, l'ARS Bourgogne Franche Comté définit les attentes qu'elle fait porter sur la direction commune des trois établissements : « il est attendu du COPERMO qu'il impose dans des délais très contraints la mise en œuvre des actions déjà demandées en janvier 2019 ainsi que la mise en œuvre de nouvelles actions structurantes ».

[465] En conséquence, le rapport de présentation COPERMO comporte une liste précise d'objectifs qui portent pour nombre d'entre eux sur des sujets déjà fléchés dans le cadre des COPERMO antérieurs, rappelés à l'annexe 5.

[466] La crise COVID, bien qu'ayant selon l'ARS moins impacté le fonctionnement des trois sites par rapport à d'autres établissements de la région Bourgogne France Comté, n'a probablement pas facilité leur mise en œuvre. Si l'on part du principe (qui doit se vérifier dans les mois à venir) que cette crise COVID est en grande partie terminée, il est impératif que soient désormais décidées et mises en application effective des mesures fortes de redressement.

[467] Il est d'autant plus urgent de le faire que les trajectoires proposées à ce stade dans le cadre de la contractualisation prévue par le Ségur de la santé sur les années à venir ne sont pas à la hauteur de la gravité de la situation financière.

5.4 Des projections à horizon 2024 peu réalistes et insuffisantes pour inverser la tendance sur l'endettement et la trésorerie

[468] Au regard de la situation financière difficile, et dans le cadre du nouveau dispositif de contractualisation aménagé par le Ségur de la santé, la direction commune s'est engagée à la fin de l'année 2021 sur une trajectoire pluri annuelle à horizon 2030 pour les trois hôpitaux ayant des activités de court séjour. Même si le contrat avec Montceau-les-Mines n'a pas été encore signé, l'ARS dispose d'un engagement pour ce CH en termes de trajectoire financière pluriannuelle.

[469] La mission a analysé ces engagements avec un focus sur la période 2022-2024, la période des trois années à venir étant jugée plus réaliste et « maitrisable » qu'un horizon 2030. L'urgence à agir rapidement valide également la pertinence de cet horizon resserré.

5.4.1 Chalon-sur-Saône : une trajectoire 2022-2024 peu crédible et ne résolvant pas le sujet de la trésorerie

Tableau 66 : Soutenabilité financière projetée au CH de Chalon-sur-Saône (EPRD)

	2022	2023	2024
résultat prévisionnel CRPP	-10 142 174	-5 306 354	-817 790
résultat/ total des produits du CRPP	-4,75 %	-2,44 %	-0,36 %
résultat comptable toutes activités confondues	-12 700 404	-6 839 293	-2 112 886
marge brute	4 562 643	10 583 271	14 865 905
Soutien régional à l'investissement au compte de résultat	7 444 190	7 444 190	7 444 190
Soutien national à l'investissement au compte de résultat	4 373 836	4 373 836	4 373 836
marge brute hors aide	-7 255 383	-1 234 755	3 047 879
taux de marge brute	2,03 %	4,61 %	6,30 %
taux de marge brute hors aides	-3,23 %	-0,54 %	1,29 %
variation de la marge brute dans l'exercice	-5,70 %	131,95 %	40,47 %
capacité d'autofinancement prévue	-1 657 811	4 615 798	9 121 190
évolution de la CAF prévue	-8,88 %	-378,43 %	97,61 %
CAF nette	-12 667 401	-6 819 427	-2 865 517
taux de CAF	-5,62 %	-2,96 %	-1,21 %
couverture des investissements par la CAF	-15,17 %	49,18 %	117,57 %
évolution de l'encours de la dette (en valeur)	-7 405 029	-7 435 225	-7 986 707
taux d'évolution de la dette	-4,20 %	-4,40 %	-4,94 %
durée apparente de la dette exprimée en années	-101,95	36,61	17,65
taux d'indépendance financière	95,29 %	92,86 %	91,02 %
FRNG en jours de charges nettes d'exploitation courante	-15,87	-27,79	-30,24
BFR en jours de charges nettes d'exploitation courante	-4,88	-4,89	-4,85
niveau de la trésorerie au 31.12 (en valeur)	-6 507 908	-13 502 235	-15 115 352
trésorerie en jours de charges nette d'exploitation courante	-10,99	-22,90	-25,40

Source : ARS

[470] Cette trajectoire 2022-2024 contient un engagement de redressement du résultat prévisionnel de 10,6 millions d'euros sur 3 ans. La marge brute hors aide redeviendrait positive en 2024. La CAF nette progresserait de près de 10 millions d'euros sur la période. Le fonds de roulement se dégrade fortement sur la période, avec en conséquence une évolution négative de la trésorerie qui s'aggrave.

La trésorerie reste négative et continue même de se dégrader à hauteur de près de 9 millions d'euros à horizon 2024.

[471] La mission a sollicité auprès de la direction précédente la transmission des dossiers et éléments d'analyse ayant étayé l'élaboration de cette trajectoire pluriannuelle. Une méthode de travail spécifique a été mise en œuvre à partir de mi 2021 afin de préparer cette trajectoire pluriannuelle, avec la constitution d'un groupe de travail associant la présidence de la CME, le DIM, un chef de pôle et la direction. Plusieurs présentations ont été faites en Directoire, dont la dernière en date du 14 décembre 2021 sur la base d'un diaporama transmis à la mission⁷⁷. Dans ce document, il est précisé que « *les hypothèses prises pour l'amélioration de l'efficacité* » sont les suivantes :

- « *Parcours patients territoriaux pour tendre vers un IPDMS à 0,92 : + 8,5 M€ par an* »
- *Nouveaux projets : extension dialyse, plateau technique interventionnel, vasculaire, laser et robot urologie, imagerie : + 2,3 M€ par an*
- *Optimisation des ressources : + 3,3 M€ par an (gains d'achats, économie d'énergie, QVT, management participatif, démarche d'amélioration continue de la qualité, vigilance sur les prescriptions)*
- *Sujet EHPAD : USLD 60 lits : + 0,7 M€ par an ; optimisation des ressources : + 0,3 M€ par an (économies d'énergie QVT et management participatif, démarche continue d'amélioration de la qualité)* ».

[472] Le diaporama précise que des « investissements soutenus » sont prévus sur la période 2022-2030, avec « souscription d'un nouvel emprunt chaque année à hauteur de 4 M€ ».

[473] La méthode de travail est résumée en quatre points : « *Décliner en sous-objectifs puis en actions les macros-objectifs, s'approprier les outils d'analyse (tableaux de bord trimestriels puis analyses plus approfondies) pour étayer le dialogue de gestion, actualiser le projet médical partagé de territoire puis mobilisation des services pour optimiser le parcours patient, impliquer les équipes par le management participatif : allègement de la charge de travail, suppression des irritants, revoir certaines habitudes de travail* ».

[474] Les conditions de réussite mentionnées sont les suivantes : « *Faire des points d'étape et suivre l'atteinte des sous-objectifs, être convaincu que relever ce défi exceptionnel est faisable en se mobilisant tous* ».

[475] La mission est réservée sur la crédibilité de ce plan d'action ayant étayé la trajectoire pluriannuelle proposée. Les leviers reposent principalement sur des gains d'activité par nature hypothétiques, un retour sur des opérations d'investissements non sécurisés par des études d'impacts d'acquisition, des gains attendus sur des sujets d'ordre qualitatif tels que la QVT ou la démarche d'amélioration de la qualité. Il n'y a contrario aucune action concrète et chiffrée sur les dépenses, en particulier la masse salariale. Il n'y a rien de chiffré non plus en ce qui concerne les dépenses de titre 2, et de simples orientations non étayées de manière détaillée portent sur les dépenses de titre 3.

[476] Les éléments de méthode et le contenu proposés paraissent donc nettement insuffisants pour garantir une conduite de projet structurée et une implication des acteurs au sein de la communauté. La mission a partagé cette perception avec les responsables financiers de l'ARS Bourgogne Franche-

⁷⁷ Source : diaporama intitulé « Trajectoire financière du centre hospitalier de Chalon sur Saône », directoire du 14 décembre 2021

Comté, ainsi qu'avec la nouvelle direction ayant pris ses fonctions au 1^{er} mars 2022. Ces acteurs font la même analyse.

5.4.2 Montceau-les-Mines : une situation financière qui reste très difficile dans le cadre de la trajectoire 2022-2024

Tableau 67 : Soutenabilité financière projetée du CH de Montceau-les-Mines (EPRD)

	2022	2023	2024
résultat prévisionnel CRPP	-7 684 561	-6 769 239	-5 285 406
résultat/ total des produits du CRPP	-13,62 %	-12,07 %	-9,26 %
résultat comptable toutes activités confondues	-7 921 488	-7 014 899	-5 484 281
marge brute	-6 441 788	-5 348 251	-3 811 879
marge brute hors aide	-6 441 788	-5 348 251	-3 811 879
taux de marge brute	-10,04 %	-8,24 %	-5,78 %
taux de marge brute hors aide	-10,04 %	-8,24 %	-5,78 %
variation de la marge brute dans l'exercice	3,72 %	-16,98 %	-28,73 %
capacité d'autofinancement prévue	-6 553 088	-5 479 025	-3 931 157
évolution de la CAF prévue	-44,50 %	-16,39 %	-28,25 %
CAF nette	-7 328 088	-6 132 814	-4 363 660
taux de CAF	-10,05 %	-8,30 %	-5,86 %
couverture des investissements par la CAF	-259,32 %	-119,43 %	-103,29 %
évolution de l'encours de la dette (en valeur)	-775 000	-653 789	-432 503
taux d'évolution de la dette	-13,48 %	-13,15 %	-10,01 %
durée apparente de la dette exprimée en années	-0,75	-0,92	-1,17
taux d'indépendance financière	-29,17 %	-22,00 %	-16,65 %
FRNG en jours de charges nettes d'exploitation courante	-171,52	-210,18	-240,26
BFR en jours de charges nettes d'exploitation courante	-123,98	-128,69	-133,84
niveau de la trésorerie au 31.12 (en valeur)	-13 517 187	-15 690 275	-20 341 834
trésorerie en jours de charges nette d'exploitation courante	-69,88	-81,50	-106,42

Source : ARS

[477] Une progression du résultat prévisionnel est annoncée à hauteur de + 2,4 € sur la période, laissant subsister un important déficit de 9,26 % des produits en 2024. La CAF nette s'améliorerait légèrement, sans permettre de dégager une capacité d'investissements permettant de réenclencher un cycle d'investissements positifs afin de traiter le sujet des taux de vétusté des locaux et des équipements.

[478] Le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement poursuivent leurs évolutions négatives, avec en conséquence une trésorerie qui continue de se dégrader très fortement, atteignant une valeur négative de 20,3 M€ en 2024.

[479] Cette trajectoire pluriannuelle proposée sur Montceau-les-Mines ne répond donc pas à l'exigence d'un redressement fort et produisant des effets à court terme.

5.4.3 Autun : une trajectoire financière 2022-2024 encore plus dégradée que par le passé

Tableau 68 : Soutenabilité financière projetée du CH d'Autun (EPRD)

	2022	2023	2024
résultat prévisionnel CRPP	-2 745 079	-2 460 944	-3 101 083
résultat/ total des produits du CRPP	-9,49 %	-8,14 %	-10,18 %
résultat comptable toutes activités confondues	-3 664 856	-3 369 675	-3 992 790
marge brute	-2 044 467	-1 593 324	-2 188 602
Soutien régional à l'investissement au compte de résultat	589 954	589 954	589 954
marge brute hors aide	-2 634 421	-2 183 278	-2 778 556
taux de marge brute	-6,28 %	-4,53 %	-6,18 %
taux de marge brute hors aide	-8,10 %	-6,21 %	-7,84 %
variation de la marge brute dans l'exercice	-243,82 %	-22,07 %	37,36 %
capacité d'autofinancement prévue	-2 241 519	-1 790 870	-2 369 757
évolution de la CAF prévue	-32,44 %	-20,10 %	32,32 %
CAF nette	-2 854 518	-2 403 868	-2 982 755
taux de CAF	-7,01 %	-5,09 %	-6,68 %
couverture des investissements par la CAF	-104,26 %	-87,36 %	-175,54 %
évolution de l'encours de la dette (en valeur)	-612 999	-612 999	-612 998
taux d'évolution de la dette	-7,94 %	-8,62 %	-9,44 %
durée apparente de la dette exprimée en années	NC	NC	NC
taux d'indépendance financière	-317,11 %	-396,91 %	-274,08 %
FRNG en jours de charges nettes d'exploitation courante	-192,62	-222,32	-259,19
BFR en jours de charges nettes d'exploitation courante	-89,91	-83,12	-81,19
niveau de la trésorerie au 31.12 (en valeur)	-9 558 390	-14 012 258	-18 345 013
trésorerie en jours de charges nette d'exploitation courante	-102,71	-139,20	-178,01

Source : ARS

[480] Une dégradation de la situation est identifiée sur tous les items principaux, en particulier sur le résultat prévisionnel, la CAF nette, le fonds de roulement. La trésorerie continue de se dégrader fortement, atteignant une valeur négative de 18,3 M€ en 2024. Là encore, cette projection 2022-2024 n'est pas en adéquation par rapport à la nécessité de redressement d'une situation financière très préoccupante sur Autun.

[481] **Sur l'ensemble des trois sites de court séjour de la direction commune, les trajectoires financières proposées sont en décalage par rapport à la réalité de la situation financière.** La mission souligne que le plan d'action du dossier COPERMO du 24 mars 2020, pourtant très clair, ne semble pas servir de fil conducteur à respecter pour la réflexion devant être conduite au sein du périmètre de la direction commune.

[482] Il est indispensable à ce stade que la nouvelle gouvernance, sur cette base, définisse rapidement un plan d'action opérationnel à la hauteur de la gravité de la situation.

5.5 En conséquence, un plan de redressement indispensable à court terme, avec un contrôle de gestion à renforcer sur l'ensemble des dépenses, un pilotage resserré des activités médicales et des investissements qui doivent dégager un ROI sécurisé

[483] Il est proposé cinq leviers d'actions qui concernent l'ensemble des trois sites de court séjour de la direction commune. Un sixième levier porte de manière ciblée sur le sujet de l'EHPAD de l'hôpital de Chalon-sur-Saône.

5.5.1 Des actions fortes à poursuivre sur le schéma capacitaire et les IPDMS, dans le cadre de la feuille de route sur les activités médicales proposée par la mission

[484] Les différents plans d'actions COPERMO prévoyaient une redéfinition du capacitaire en lits de chacun des trois sites de court séjour de la direction commune. Ce travail a été enclenché mais il doit être mené à son terme, dans le cadre de la nouvelle feuille de route des activités médicales proposées par la mission (cf. partie 2).

[485] Des actions efficaces sur la réduction de l'IPDMS ont été conduites sur certains services ciblés de Chalon-sur-Saône, avec des résultats très positifs obtenus, dans des délais courts. A titre d'exemple, le service de rhumatologie a vu son IPDMS passer de 1,2 en 2020 à 0,8 à fin 2021. Cette dynamique doit s'étendre à d'autres services cliniques, avec un copilotage DIM-contrôle de gestion.

5.5.2 Une maîtrise des dépenses à accentuer sur tous les titres

[486] Les évolutions des charges constatées sur les deniers exercices montrent que, malgré les efforts entrepris, celles-ci ont continué de croître à des niveaux supérieurs à celles des produits et de l'activité. Un contrôle de gestion plus structuré et strict doit être mis en place sur l'ensemble des titres de dépenses.

[487] La partie du présent rapport consacrée aux ressources humaines détaille les mesures ainsi proposées par la mission concernant le titre 1.

[488] Sur les dépenses de titre 2, un effort particulier doit être porté sur les dépenses de produits pharmaceutiques, les consommations de fourniture de produits finis et de matériel médical, les fournitures de laboratoires et la sous-traitance. Un travail sur la juste prescription médicamenteuse, de biologie et d'imagerie pourrait être entrepris, sur la base des expériences positives déjà engagées dans de nombreux établissements de santé.

[489] Sur les dépenses de titre 3, des actions doivent également être menées concernant notamment la restauration, le nettoyage, le pilotage des stocks. Les actions déjà engagées sur les achats doivent être poursuivies.

5.5.3 Une conduite de projets à renforcer sur les fonctions médicotechniques

[490] Les projets de fond qui sont en cours de réflexion depuis plusieurs années sur la biologie, l'imagerie, la pharmacie doivent être menés à leurs termes, sur le périmètre de la direction commune.

[491] Le recours à des consultants pour porter ces différents projets doit diminuer et être remplacé par un portage en interne, avec des chefs de projets identifiés, animant des groupes opérationnels et pluridisciplinaires et rendant des comptes régulièrement devant la gouvernance médico-

administrative. Cette mise en mode projet doit être formalisée par la gouvernance, au plus haut niveau de la direction commune.

[492] Des lettres de mission pourraient être ainsi être adressées aux différents chefs de projets, co-signées par le directeur général et le PCME, fixant objectifs attendus, indicateurs de résultats et calendrier de réalisation.

5.5.4 Une instruction des projets de développements d'activités à mieux structurer

[493] La partie 1 a mis en évidence la forte concurrence à laquelle sont confrontés les établissements de court séjour de la direction commune. Il est donc nécessaire d'avoir une stratégie offensive dans le pilotage des activités médicales, permettant aux établissements de maintenir et d'augmenter leurs parts de marchés.

[494] Compte tenu de la situation financière très difficile, il paraît essentiel de retenir en priorité les projets d'activités nouvelles dégageant une marge positive. Dans cette perspective, il est proposé de systématiser une procédure d'instruction approfondie des projets, permettant de chiffrer avec rigueur l'ensemble des recettes et des dépenses afférentes et de sécuriser ainsi la marge réelle dégagée. La proposition méthodologique faite par l'ANAP en février 2020 pourrait dans ce cadre être utilement reprise⁷⁸.

[495] La mission propose qu'une fois cette procédure d'instruction menée à terme et la décision de validation prise au plus niveau de la gouvernance, le projet retenu fasse l'objet d'un contrat écrit, signé par le Directeur général de la direction commune, le PCME, le chef de pôle et le chef de service concernés. Il doit faire l'objet d'un suivi annuel au regard des objectifs attendus.

5.5.5 Des opérations d'investissements à sécuriser

5.5.5.1 Une programmation pluriannuelle des investissements à revoir.

[496] La gouvernance précédente avait prévu un certain nombre d'opérations d'investissements sur les années à venir, avec une souscription de nouveaux emprunts pour les financer. Ces opérations portent à la fois sur les investissements courants et des opérations ciblées. A titre d'exemple, il est prévu 4 à 5 M€ d'investissements courants par an sur le site de Chalon-sur-Saône.

[497] Compte tenu de la situation financière globale, la mission propose que la nouvelle gouvernance de la direction commune revoie de manière approfondie cette programmation pluriannuelle, en s'assurant des retours sur investissement réels, en sécurisant les modalités de financement et en révisant les choix initialement faits le cas échéant. Ce travail doit être mené en lien étroit avec les services de l'ARS.

5.5.5.2 Une analyse spécifique à faire sur les opérations retenues à ce stade au titre du Ségur de la santé.

[498] Ces opérations portent sur les sujets suivants.

⁷⁸ Document « Le positionnement territorial : construire une offre de soins adaptée à une population », chapitre 4 « définir et structurer mes opportunités d'évolutions d'activité. »

- Hôpital de Chalon-sur-Saône :
 - Extension de la dialyse avec création de 9 postes supplémentaires (échéance 2022) : 1,6 M€
 - USLD (conversion de 60 lits d'EHPAD en lits de SLD, adaptation des locaux ; échéance 2022) : 0,6 M€
 - Développement des techniques de chirurgie mini invasives (dont un robot pour la chirurgie urologique et la chirurgie digestive ; échéance 2026) : 2,3 M€
 - Développement de la chirurgie vasculaire (échéance 2026) : 2,6 M€
- Hôpital de Montceau-les-Mines :
 - Rénovation des urgences : 1,1 M€
 - Rénovation des services de médecine : 5,1 M€
 - Amélioration des performances énergétiques : 3,5 M€
- Hôpital d'Autun : rénovation des urgences : 1,5 M€

[499] Il ressort des entretiens que la mission a eus avec l'équipe de direction lors de sa deuxième visite sur sites que les retours sur investissements des opérations prévues sur les sujets d'ordre médical ne sont pas totalement chiffrés et donc sécurisés. Il convient donc de mener rapidement cette instruction complémentaire. Par ailleurs, la mission recommande que soit réinterrogée la priorisation de ces investissements au regard de la feuille de route qu'elle propose sur les activités médicales.

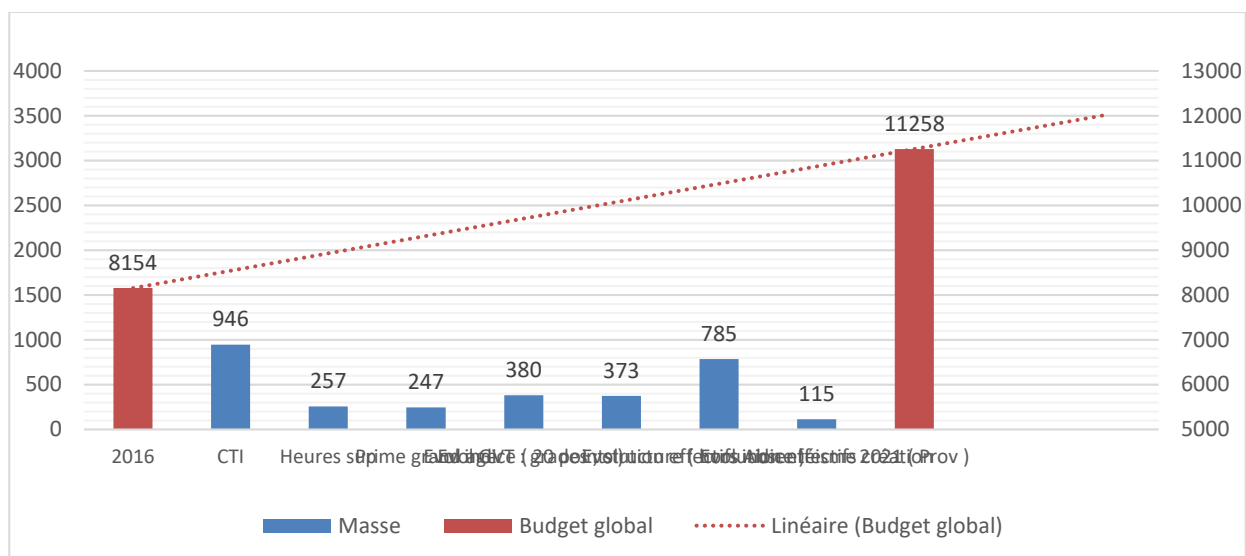
[500] Enfin, la mission signale un point de difficulté ciblé qui porte sur le sujet de l'angioplastie. Ce projet de développement de l'activité d'angioplastie sur le site de Chalon, instruit depuis plusieurs mois dans le cadre d'un accord global entre le CH de Chalon-sur-Saône, le CH de Macon et le CHU de Dijon, va faire l'objet d'une prochaine décision d'autorisation par l'ARS. Cette opération implique un financement de 3,6 M € en investissements (2 M€ en travaux, 1,6 M€ en équipements). Il semble que le financement des investissements nécessaires ne soit pas à ce stade sécurisé. Ce sujet est à traiter très rapidement, en lien étroit avec l'ARS.

5.5.6 Une action rapide à engager sur l'EHPAD de Chalon.

[501] Un déficit prévisionnel est inscrit dans l'EPRD 2022 à hauteur de 2,55 M€ (budget E). La poursuite d'un déficit très élevé est donc actée, alors même qu'il existe depuis plusieurs années et qu'il s'aggrave régulièrement : - 1,8 M€ en 2019, - 2,1 M€ en 2020, - 2,2 M€ en 2021.

[502] L'origine principale de cette situation financière historiquement déséquilibrée réside dans l'augmentation régulière et importante des dépenses de titre 1 sur les six dernières années, qui sont passés de 8,1 M€ en 2016 à 11,2 M€ en 2021.

Graphique 2 : Décomposition de l'augmentation de la masse salariale entre 2016 et 2021 (EHPAD)



Source : Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône (Diaporama « maquette, suivi effectifs, masse salariale » du 29 mars 2022)

[503] Cette situation ne peut perdurer ; un plan d'action portant sur la maîtrise des effectifs et de la masse salariale doit être mis en œuvre le plus rapidement possible sur l'année 2022. Par ailleurs, l'opération consistant à transformer 60 lits d'EHPAD en lits de soins de longue durée doit être bien sécurisée en termes de recettes / dépenses ; elle doit contribuer à la réduction du déficit de l'EHPAD de Chalon-sur-Saône.

Recommandation n°22 Mettre en œuvre à court terme un plan de redressement de la situation financière portant sur les cinq axes suivants :

- Tirer les conséquences de la feuille de route des activités médicales proposée par la mission sur le capacitaire, l'organisation des activités médicales sur les différents sites et les ressources qui y sont affectées
- Mettre en place un contrôle de gestion sur l'ensemble des postes de dépenses des titres 1, de titres 2 (pertinence des prescriptions médicamenteuses de biologie et d'imagerie) et 3 (poursuivre le travail de rationalisation des achats engagé ; accentuer les actions sur les sujets restauration, nettoyage, pilotage des stocks)
- Accélérer les études en cours sur les sujets biologie, imagerie, pharmacie dans une logique de mutualisation inter-sites
- Systématiser une procédure d'instruction médico-économique approfondie des projets de développement d'activités nouvelles, permettant de chiffrer avec rigueur l'ensemble des recettes et des dépenses afférentes et de sécuriser ainsi la marge réelle dégagée
- Sécuriser en termes de ROI les investissements retenus à ce stade dans le cadre du Ségur de la santé et réinterroger leur priorisation au regard de la feuille de route médicale proposée par la mission.

LETTRE DE MISSION



Le Ministre

Pégase D-21-029271

Paris, le 25 NOV. 2021

Note

A l'attention de Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : mission de diagnostic et propositions relative au groupement hospitalier du territoire du Nord de la Saône et Loire

Le groupement hospitalier territorial (GHT) du Nord de la Saône et Loire comporte un grand nombre d'établissements de santé et d'EHPAD, dont certains font face à des difficultés multiples et récurrentes de gouvernance, de fonctionnement interne, de réalisation de leur projet médical et d'équilibre économique et financier.

Dans ce contexte, et à l'occasion du renouvellement en cours de la direction d'un grand nombre de ces établissements, je souhaite que l'IGAS puisse réaliser une mission d'évaluation de type TO portant sur ce groupement, plus particulièrement sur les hôpitaux en direction commune de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun.

Cette mission a pour objet :

- De dresser un état des lieux de l'offre de soins, de la situation financière et de la soutenabilité du programme d'investissement de ces trois établissements, en intégrant les financements alloués dans le cadre du « Ségur de la santé » ;
- D'analyser les forces et faiblesse de la gouvernance de ces établissements : fonctionnement de l'équipe de direction commune, gouvernance médicale, instances associant les élus locaux, articulation avec la gouvernance du GHT ;
- D'établir un diagnostic du fonctionnement de certaines des principales filières de soins (urgences, gynécologie-obstétrique-pédiatrie, anesthésie-chirurgie, gériatrie...) à l'échelle du territoire du GHT ;
- D'identifier les axes de coopération à renforcer ou à créer avec les autres établissements du Nord de la Saône-et-Loire (autres établissements du GHT – CHS de Sevrey, CH de Louhans, établissements privés, HAD) mais aussi avec le GHT de Bourgogne méridionale et avec le CHU de Dijon.

—/—

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 58 60 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et intervient dans le cadre des missions confiées aux missions locales.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ig@solidarites-sante.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/informations/les-donnees-personnelles-et-cobites>

Vous formulerez toute proposition de nature à assurer l'offre de soins dont a besoin ce bassin de population, dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients et les professionnels de santé, et dans des conditions économiques soutenables. Il importe à cet égard que les financements exceptionnels prévus dans le cadre du « Ségur de la santé » puissent recevoir le meilleur usage, de manière à soutenir une dynamique de redressement pour ces établissements. Vous formulerez également toute proposition pouvant contribuer à rétablir une gouvernance efficace et apaisée et un climat de confiance au sein des communautés hospitalières.

Votre rapport est attendu pour début 2022. Il permettra d'accompagner la mise en place d'une nouvelle direction commune de ces hôpitaux et nourrira la définition de sa feuille de route.

Vous réaliserez ces travaux en lien étroit avec les établissements concernés et avec l'ARS de Bourgogne Franche-Comté.


Olivier VERAN

ANNEXES

ANNEXE 1 : Choix de l'échantillon de comparaison

[504] Conformément à la méthodologie IGAS de réalisation des missions d'évaluation dites T0 qui recommande la constitution d'un échantillon de comparaison de 3 ou 4 CH poches en termes de budget, d'activité et d'effectifs, la mission a réalisé un premier tri en fonction du budget, en retenant les CH ayant des recettes totales de plus ou moins 15 % par rapport au CH de Chalon-sur-Saône.

[505] Dans la mesure où le territoire est confronté à un vieillissement supérieur à la moyenne nationale qui peut influencer sur la prise en charge des patients, souligné par la communauté médicale lors du premier déplacement et à un certain déclin démographique qui peut limiter la capacité à accroître l'activité en nombre de séjours et à la mission a pris en compte des critères démographiques pour sélectionner parmi cette première liste de CH de recettes comparable, les CH ayant une dynamique démographique proche. Ont ainsi été retenus les CH situés dans des départements dont l'évolution de la population est comprise entre + 0 et - 0,30 (l'évolution de la population de la Saône-et-Loire étant de -0,15) et un indice de vieillissement compris entre +135 et 100 = + 15 % à -15 % (Chalon 117). Enfin, la mission a exclu les CH situés dans des territoires de densité trop éloignée (forte densité) ou ayant des caractéristiques géographiques trop différentes (zones de Montagne).

[506] Les CH en gras dans le tableau ci-dessous sont ceux qui répondaient aux critères déterminés par la mission et qui ont ainsi été retenus pour constituer l'échantillon de comparaison. Ils sont tous support de GHT, à l'exception de celui de Brive-la-Gaillarde qui est dans un GHT dont l'établissement support est un CHU.

[507] En terme de résultat, ces CH sont dans des situations hétérogènes, certains sont à l'équilibre d'autres déficitaires. Toutefois au cours des investigations, il est apparu que compte tenu de l'importance des aides et de leur accroissement, le résultat ne reflète pas la situation réelle du CH de Chalon-sur-Saône (et il en va de même pour celui de Montceau-les-Mines voire celui d'Autun). Ces aides, s'avèrent par ailleurs dans l'ensemble moins importantes dans les autres CH de l'échantillon. Aussi, la mission a estimé que pour la partie financière, la comparaison à cet échantillon n'était pas pertinente. Concernant les ressources humaines et les productivités, la mission a utilisé l'échantillon mais en soulignant ses limites.

[508] L'échantillon a ainsi été principalement utilisé pour comparer la performance des activités médicales (partie 1.4). Il a également été utilisé pour la partie sur les ressources humaines mais en mettant en perspective les résultats au regard du rôle joué par les aides.

Tableau 69 : CH de chiffres d'affaires comparables avec densité et évolution de population et indice de vieillissement

CH	Recettes	Résultat	Commune		département				
			Évol. Pop /an 2013 - 2019	Indice vieil. 2018	départ.	Densité pop. 2018	Évol. Pop /an 2013-2018	Indice de vieil. 2018	Nat. 2020
Châteauroux	179 083 363,04 €	1 760 670,31 €	-0,4	105,7	Indre	32,5	-0,67	136,8	8
Vesoul	166 536 674,91 €	3 628 425,47 €	-0,2	95,2	Haute-Saône	44	-0,25	98	8,4
Auxerre	159 699 481,85 €	-3 858 300,38 €	-0,3	100	Yonne	45,4	-0,23	106,1	9,3
Cherbourg-Octeville	159 119 634,83 €	-10 546 186,35 €	-0,3	84,5	Manche	83,3	-0,18	110,6	8,7
Périgueux	199 062 469,50 €	898 487,19 €	0,1	111,5	Dordogne	45,6	-0,17	147,3	7,3
Chalon-sur-Saône	185 140 948,20 €	-3 807 270,77 €	0,1	94,9	Saône-et-Loire	64,4	-0,15	117,2	8,5
Mâcon	164 422 244,93 €	-2 396 179,78 €	0,5	89	Saône-et-Loire	64,4	-0,15	117,2	8,5
Blois	173 710 145,72 €	147 710,59 €	0,1	91,2	Loir-et-Cher	52,1	-0,11	109	9
Angoulême	183 324 299,40 €	688 241,93 €	0,1	100,4	Charente	59,1	-0,1	118,4	8,4
Saint-Quentin	207 881 089,49 €	-2 717 055,82 €	-0,4	83,3	Somme	92,5	-0,04	80,3	9,6
Chartres	181 012 736,99 €	-5 728 987,35 €	0,2	76,9	Eure-et-Loir	73,5	-0,04	80,2	10,4
Brive-la-Gaillarde	166 387 626,63 €	1 016 428,42 €	0,1	116,7	Corrèze	41,1	-0,02	135,3	7,8
Boulogne-sur-Mer	211 899 376,85 €	-1 819 783,09 €	-0,4	76,4	Pas-de-Calais	219,9	0,02	71,6	10,5
Dunkerque	171 078 166,67 €	-4 119 486,62 €	-0,3	74,4	Nord	453,8	0,08	63,3	11,6
Douai	161 550 558,92 €	-3 091 651,34 €	-0,2	70,5	Nord	453,8	0,08	63,3	11,6
Cannes	160 373 943,12 €	-624 506,43 €	0	122,5	Alpes-Maritimes	252,7	0,1	114,9	10,3
Évreux	180 161 848,25 €	-5 999 191,95 €	-0,1	66,1	Eure	99,3	0,16	74,1	10,4
Roanne	174 587 148,77 €	1 761 664,12 €	0	111,5	Loire	159,7	0,18	91	10,5
Creil	168 002 156,40 €	-13 000 088,82 €	0,29	63,5	Creil Oise 60	141,1	0,29	63,5	11,2
Compiègne	160 472 864,32 €	-6 418 747,79 €	0,3	73,3	Oise	141,1	0,29	63,5	11,2
Beauvais	160 379 282,83 €	-2 108 736,40 €	0,4	66,3	Oise	141,1	0,29	63,5	11,2
Saintes	159 524 914,00 €	-29088,13	0,4	112,4	Charente-Maritime	94,3	0,42	133,2	7,6
Mont-de-Marsan	191 516 500,56 €	-3 644 106,36 €	0	100,8	Landes	44,4	0,65	118,1	8,2
Valence	207 990 855,90 €	-3 869 816,27 €	0,2	109,9	Drôme	78,8	0,8	88,6	10
Montélimar	200 200 663,25 €	-18 263 425,72 €	1,1	81	Drôme	78,8	0,8	88,6	10

RAPPORT IGAS N°2021-111R

Villefranche-sur-Saône	166 984 354,09 €	-574 918,95 €	0,88	66	Rhône	572,3	0,88	66	12,9
Bourg-en-Bresse	165 688 582,60 €	-5 974 108,16 €	0,6	84,5	Ain	112,4	0,89	67,9	10,3
Saint-Malo	163 492 407,18 €	-1 956 859,49 €	0,9	131,6	Ille-et-Vilaine	157,8	0,95	70	10,6
Contamine-sur-Arve	159 381 055,69 €	5 777 866,48 €	1,19	67,7	Haute-Savoie	186,1	1,19	67,7	11,6
Béziers	187 679 069,51 €	-388 010,76 €	0,9	106,7	Hérault	190	1,2	93,2	10,4

ANNEXE 2 : Parts de marchés par domaine d'activité et par groupement de racines GHM

Tableau 70 : Parts de marché par domaine d'activité sur le territoire du GHT (supérieures à 1 %)

	MCO		D01 - Digestif		D02 - orthopédie		D04 - Rhumato.		D07 - Cardio-vasc		D09 - Pneumo		D15 - Uro-néphro	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
CH WILLIAM MOREY	27,1 %	27,6 %	22,3 %	24,6 %	21,4 %	22,1 %	33,2 %	34,0 %	27,0 %	30,0 %	29,6 %	30,0 %	25,3 %	26,5 %
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE MARIE	14,5 %	15,0 %	23,6 %	21,3 %	9,0 %	9,4 %	1,0 %	2,0 %	10,7 %	8,8 %	9,2 %	7,9 %	25,2 %	26,6 %
HOTEL-DIEU DU CREUSOT	13,7 %	13,6 %	15,8 %	17,5 %	7,3 %	9,0 %	17,8 %	17,4 %	13,7 %	12,8 %	15,3 %	13,4 %	19,5 %	16,8 %
CHU DE DIJON	6,7 %	6,7 %	3,9 %	4,3 %	2,4 %	2,4 %	8,6 %	9,6 %	7,1 %	7,1 %	5,6 %	5,3 %	4,4 %	4,7 %
CH JEAN BOUVERI - GALUZOT	7,4 %	6,3 %	9,0 %	6,8 %	3,7 %	1,9 %	12,6 %	14,3 %	14,8 %	13,4 %	15,3 %	16,5 %	4,6 %	4,0 %
CH AUTUN	3,4 %	3,4 %	3,6 %	3,6 %	0,8 %	1,1 %	4,3 %	3,6 %	4,9 %	4,8 %	8,0 %	8,5 %	2,1 %	2,0 %
CLINIQUE DU PARC	2,7 %	2,5 %	3,4 %	3,1 %	11,8 %	12,3 %	0,5 %	NA	1,1 %	0,9 %			1,6 %	2,1 %
C ORTHOPEDIQUE MEDICO-CHIR	2,9 %	2,4 %			20,6 %	17,6 %	1,6 %	0,8 %						
HOSPICES CIVILS DE LYON	2,3 %	2,4 %	1,5 %	1,6 %	1,0 %	1,0 %	5,0 %	3,6 %	1,9 %	1,5 %	2,2 %	2,5 %	4,0 %	3,9 %
CH JURA SUD	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,4 %	2,2 %	2,4 %	2,4 %	3,2 %	3,5 %	3,3 %	3,4 %	3,4 %	1,9 %	2,1 %
HÔPITAL PRIVÉ DIJON BOURGOGNE	2,2 %	2,3 %	1,2 %	1,3 %	6,1 %	6,4 %			1,1 %	1,3 %			0,4 %	0,5 %
CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	1,7 %	2,1 %	1,6 %	1,9 %	2,1 %	3,0 %	0,8 %	1,1 %	1,3 %	1,5 %	1,5 %	1,7 %	1,0 %	1,2 %
CH LES CHANAUX MACON	1,7 %	1,8 %	1,3 %	1,5 %	1,6 %	1,3 %	2,2 %	2,1 %	2,6 %	3,2 %	2,6 %	2,3 %	1,1 %	0,9 %
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	1,4 %	1,4 %	1,6 %	1,6 %	1,5 %	1,7 %	0,6 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %
CENTRE LECLERC	1,0 %	1,1 %	0,7 %	0,6 %			NA	0,6 %	0,7 %	0,9 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %
CLINIQUE CONVERT BOURG-EN-B.	0,8 %	0,8 %	1,2 %	1,0 %	0,8 %	1,0 %			1,0 %	1,2 %	0,3 %	0,5 %	0,7 %	0,8 %
POLYCLINIQUE DU VAL DE SAONE	0,8 %	0,7 %	1,0 %	1,1 %	0,8 %	0,8 %			0,4 %	0,3 %			1,5 %	1,2 %
CH BRESSE LOUHANNAISE - HLBL	0,3 %	0,3 %					1,1 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %		

Source : Hospidiag

Tableau 71 : Parts de marché en chirurgie par groupement de racines GHM sur le territoire du GHT en 2019 (première partie du tableau)

	MCO		C6 digestive		C9 locomoteur		C11 locom. autr.		C13 stimulat.		C14 vasculaire		C15 ORL stomato	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE MARIE	14,5 %	15,0 %	30,7 %	29,4 %	5,7 %	6,1 %	6,3 %	7,4 %	14,8 %	14,4 %	7,0 %	NA	13,6 %	13,5 %
CH WILLIAM MOREY	27,1 %	27,6 %	25,6 %	26,5 %	25,3 %	27,2 %	21,9 %	22,4 %	47,2 %	42,7 %	40,6 %	46,7 %	20,2 %	19,9 %
HOTEL-DIEU DU CREUSOT	13,7 %	13,6 %	13,5 %	14,7 %	7,8 %	8,7 %	7,0 %	9,5 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	2,7 %	10,1 %	10,3 %
CHU DE DIJON	6,7 %	6,7 %	6,2 %	7,5 %	1,9 %	1,5 %	2,9 %	3,1 %	8,8 %	8,3 %	7,9 %	7,2 %	11,1 %	14,7 %
CLINIQUE DU PARC	2,7 %	2,5 %	1,6 %	2,7 %	16,9 %	17,8 %	12,6 %	12,2 %	2,3 %	NA	6,7 %	7,8 %	3,0 %	3,5 %
CENTRE GEORGES-FRANCOIS LECLERC	1,0 %	1,1 %	2,1 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
HOSPICES CIVILS DE LYON	2,3 %	2,4 %	2,5 %	2,2 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	2,3 %	NA	0,0 %	0,0 %	3,7 %	4,2 %
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	1,4 %	1,4 %	NA	1,7 %	0,8 %	0,9 %	1,9 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	2,2 %
POLYCLINIQUE DU VAL DE SAONE	0,8 %	0,7 %	1,3 %	1,5 %	1,4 %	1,0 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	3,2 %	2,1 %	2,0 %	1,3 %
CH LES CHANAUX MACON	1,7 %	1,8 %	1,3 %	1,4 %	2,1 %	2,1 %	1,4 %	0,8 %	2,3 %	2,1 %	2,6 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %
CH JURA SUD	2,3 %	2,3 %	2,5 %	1,4 %	2,5 %	2,6 %	2,2 %	2,8 %	3,5 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %	NA	0,8 %
CENTRE ORTHOPEDIQUE MEDICO-CHIR	2,9 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	21,9 %	20,1 %	18,3 %	16,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	1,7 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	4,0 %	2,1 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	1,6 %	4,7 %	2,8 %
CLINIQUE DU JURA SA	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,2 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,6 %	3,6 %	1,9 %
HÔPITAL PRIVÉ DIJON BOURGOGNE	2,2 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,7 %	10,7 %	11,4 %	NA	2,1 %	7,3 %	8,9 %	3,3 %	1,3 %
CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	NA	0,6 %	NA	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE CONVERT BOURG-EN-B.	0,8 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,6 %	0,9 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	3,4 %	1,9 %	1,8 %
HÔPITAL PRIVÉ JEAN MERMOZ	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CH BOURG EN BRESSE	0,7 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	NA	0,0 %	0,0 %
POLYCLINIQUE DU PARC DREVON	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	7,9 %
CLINIQUE SAINT-CHARLES	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE DU PARC	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CHU BESANCON	0,5 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	NA	1,8 %	0,0 %	0,0 %
MEDIPOLE HÔPITAL PRIVÉ	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE CHARCOT	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CH PASTEUR DOLE	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

RAPPORT IGAS N°2021-111R

Effectif(s) masqué(s)* + autres Finess																
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Source : Hospidiag

Tableau 72 : Parts de marché en chirurgie par groupement de racines GHM sur le territoire du GHT en 2019 (suite du tableau)

	C16 ophtalmo		C17 gynéco		C18 sein		C19 uro		C20 génital m		C21 hémato		C22 tyroïde		C23 plaie, greffes peau	
	20 18	20 19	20 18	20 19	20 18	20 19	20 18	20 19	20 18	20 19	20 18	20 19	20 18	20 19	20 18	20 19
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE MARIE	54, 6 %	64, 5 %	17, 9 %	19, 7 %	37, 1 %	31, 6 %	36, 0 %	39, 4 %	40, 8 %	40, 0 %	17, 4 %	23, 1 %	27, 9 %	29, 8 %	38, 3 %	34, 4 %
CH WILLIAM MOREY	8,8 %	3,3 %	27, 6 %	26, 2 %	13, 8 %	19, 6 %	21, 3 %	22, 8 %	15, 8 %	21, 0 %	33, 3 %	28, 1 %	14, 0 %	14, 2 %	3,2 %	3,3 %
HOTEL- DIEU DU CREUSOT	0,0 %	0,0 %	18, 9 %	18, 8 %	10, 3 %	8,7 %	22, 4 %	15, 7 %	14, 4 %	10, 3 %	11, 9 %	13, 1 %	22, 2 %	20, 2 %	16, 5 %	19, 8 %
CHU DE DIJON	6,7 %	6,0 %	12, 2 %	11, 0 %	1,7 %	2,2 %	4,4 %	4,4 %	4,4 %	4,2 %	12, 4 %	11, 6 %	11, 2 %	13, 9 %	5,3 %	7,7 %
CLINIQUE DU PARC	4,8 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	1,1 %	5,4 %	6,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	2,4 %
CENTRE GEORGES- FRANCOIS LECLERC	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,7 %	17, 7 %	19, 0 %	0,6 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
HOSPICES CIVILS DE LYON	1,6 %	1,2 %	1,2 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	3,1 %	3,7 %	2,3 %	2,4 %	NA	7,5 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	NA
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	0,5 %	0,3 %	2,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,1 %	0,8 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
POLYCLINI QUE DU VAL DE SAONE	2,6 %	1,7 %	1,7 %	1,9 %	4,6 %	5,0 %	1,7 %	1,9 %	2,1 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	4,1 %
CH LES CHANAUX MACON	0,2 %	NA	1,3 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CH JURA SUD	0,0 %	0,0 %	2,9 %	2,7 %	NA	1,7 %	1,2 %	1,5 %	1,0 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CENTRE ORTHOPED IQUE MEDICO- CHIR	0,5 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12, 3 %	7,2 %
CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	2,7 %	4,5 %	2,4 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	NA	0,8 %	NA	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE DU JURA SA	2,5 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
HÔPITAL PRIVÉ	1,8 %	1,6 %	1,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %	7,2 %

RAPPORT IGAS N°2021-111R

DIJON BOURGOGNE																	
CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE CONVERT BOURG-EN- B.	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,9 %	0,7 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
HÔPITAL PRIVÉ JEAN MERMOZ	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CH BOURG EN BRESSE	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,9 %	1,2 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
POLYCLINI QUE DU PARC DREVON	2,6 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	NA	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	6,6 %	1,7 %	2,7 %	
CLINIQUE SAINT- CHARLES	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE DU PARC	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CHU BESANCON	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	NA	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
MEDIPOLE HÔPITAL PRIVÉ	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CLINIQUE CHARCOT	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CH PASTEUR DOLE	0,2 %	0,2 %	0,7 %	NA	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Effectif(s) masqué(s)* + autres Finess																	

Source : Hospidiag

Tableau 73 : Parts de marché en médecine par groupement de racines GHM sur le territoire du GHT en 2019 (supérieur à 1 %)

	X08 - Pneumologie		X09 - ORL, Stomato		X10 - Ophtalmologie		X11 - Gynécologie		X12 - Uro-Néphro.		X14 - Maladies immu.		X15 - Diabète, Endocrino.		X16 - dermat.		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	
Raison sociale																	
CH WILLIAM MOREY	30 %	31 %	0 %	NA	30 %	35 %	39 %	47 %	30 %	31 %	34 %	34 %	30 %	26 %	43 %	40 %	
HÔPITAL PRIVÉ SAINTE MARIE	8 %	6 %	0 %	NA	0 %	0 %	10 %	8 %	13 %	15 %	6 %	7 %	2 %	1 %	2 %	2 %	
HOTEL-DIEU DU CREUSOT	16 %	14 %	0 %	NA	29 %	28 %	15 %	14 %	20 %	19 %	9 %	9 %	38 %	42 %	13 %	14 %	
CHU DE DIJON	5 %	5 %	0 %	0 %	20 %	19 %	5 %	5 %	5 %	5 %	18 %	14 %	5 %	7 %	10 %	12 %	
CH JEAN BOUVERI - GALUZOT	16 %	17 %	0 %	NA	5 %	4 %	7 %	7 %	8 %	8 %	8 %	9 %	7 %	6 %	13 %	13 %	
CH AUTUN	8 %	9 %	0 %	NA	2 %	3 %	6 %	5 %	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	3 %	7 %	6 %	
HOSPICES CIVILS DE LYON	2 %	2 %	0 %	NA	NA	2 %	0 %	0 %	6 %	5 %	6 %	5 %	3 %	3 %	1 %	2 %	
CH JURA SUD	4 %	4 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %	3 %	3 %	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %	
CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	2 %	2 %	0 %	NA	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	
CH LES CHANAUX MACON	3 %	2 %	0 %	NA	0 %	0 %	3 %	NA	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	
CENTRE GEORGES-FRANCOIS LECLERC	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	NA	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	
CHU BESANCON	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	3 %	3 %	0 %	0 %	1 %	1 %	

Source : Hospidiag

ANNEXE 3 : Evolution des charges, des produits et de l'activité des CH de Montceau-les-Mines et d'Autun

Centre hospitalier de Montceau-les-Mines

[509] L'activité globale enregistre une forte baisse des séjours réalisées à hauteur de -38 % sur la période 2016-2020. Cette évolution est logique au regard de la fermeture de la chirurgie intervenue en 2018. Il est à noter cependant que la tendance baissière intervient avant même cette échéance, dès les années 2016 et 2017. Par ailleurs, la baisse de l'activité régulière concernant la médecine entre 2016 et 2019 est très préoccupante (-23 % sur les séjours), aucune évolution majeure sur la structure même des activités de médecine n'étant intervenue sur cette période.

[510] Malgré la fermeture de la chirurgie, les charges ne diminuent que légèrement sur la période, alors qu'elles auraient dû décroître fortement. Les dépenses de titre 1 restent même stables entre 2020 et 2018. Il n'y a donc pas eu d'adaptation de la masse salariale dépensée aux évolutions des activités médicales enregistrées. Les recettes de titre 1 évoluent à un rythme supérieur à celui de l'activité en séjours.

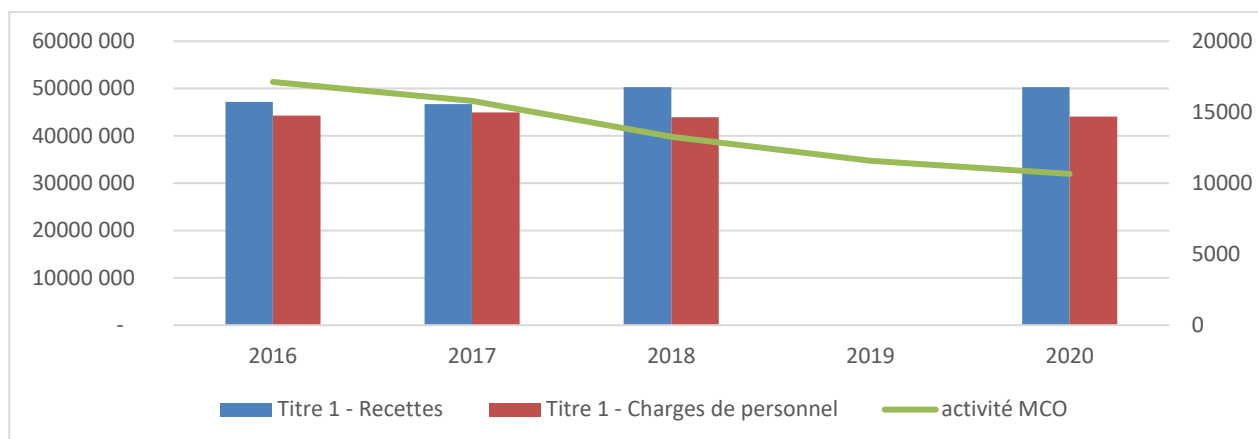
[511] L'analyse des comptes de résultats annuels doit prendre en compte l'importance des aides financières attribuées par l'ARS Bourgogne Franche-Comté sur les derniers exercices. Ainsi le montant total des financements apportés au titre des seules aides en trésorerie ou aides exceptionnelles aux établissements de santé en difficulté s'est élevé à 5,5 M€ en 2021, 5 M€ en 2020, 8 M€ en 2019, 11 M€ en 2018, 9 M€ en 2017, 2 M€ en 2016.

[512] Sur les deux derniers exercices pour lesquels les chiffres sont disponibles, les résultats réels intégrant ces seules aides (sans compter les autres sources de financements extérieurs apportées au titre d'autres enveloppes) auraient été un déficit de -1,5 M€ en 2020 et de -6,9 M€ en 2018.

[513] Il est à noter que les données chiffrées concernant l'année 2019 n'ont pas été renseignées par Montceau-les-Mines dans la plateforme ANCRE.

- Evolutions globales constatées sur les charges, les produits et l'activité MCO

Graphique 3 : Evolution des charges, des produits et de l'activité MCO au CH de Montceau-les-Mines (budget H)



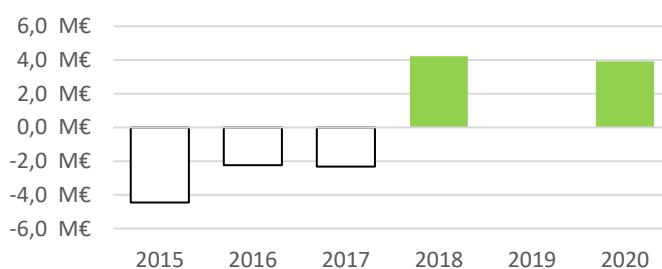
Source : Diamant

Tableau 74 : Evolutions des charges, des produits et de l'activité MCO au CH de Montceau-les-Mines (budget H)

	2016	2017	2018	2019	2020	évolution 2016-2020
Produits	62 371 033	62 534 218	66 501 560	NC	65 213 815	5 %
Charges	64 612 009	64 859 049	62 282 656	NC	61 304 196	-5 %
activité MCO	17126	15793	13263	11566	10653	-38 %

Source : Diamant

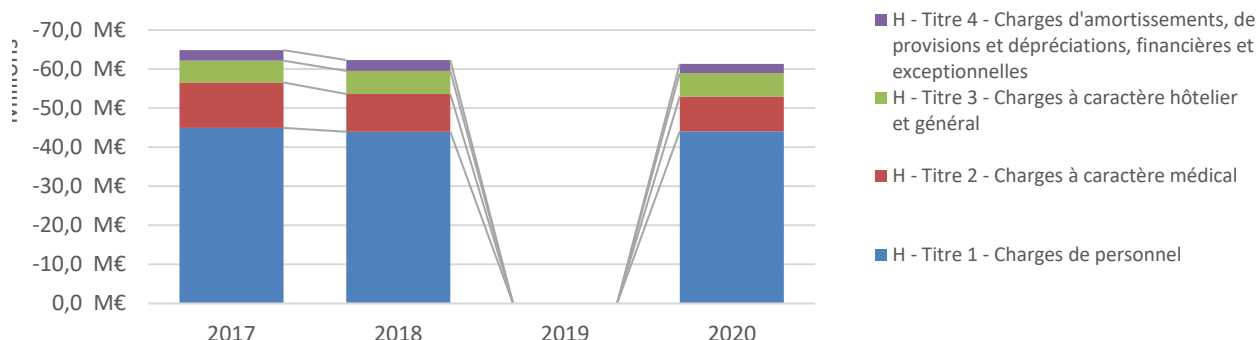
Graphique 4 : Evolutions du compte de résultat au CH de Montceau-les-Mines (budget H)



Source : Diamant

● Evolution des charges

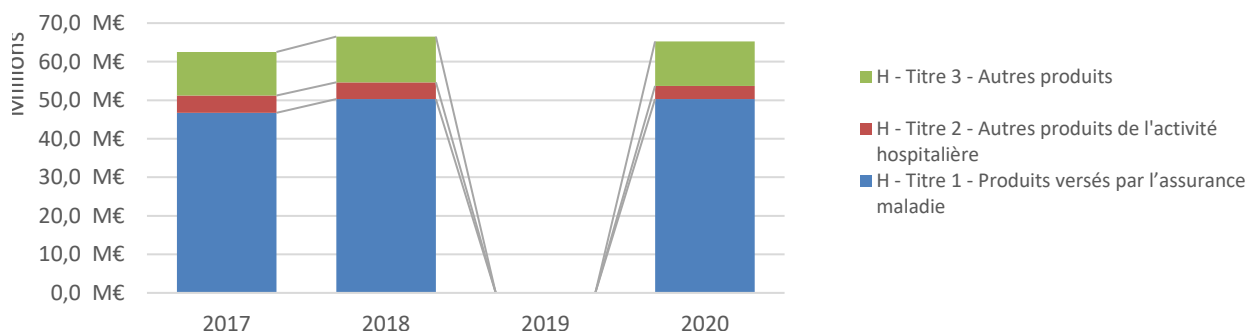
Graphique 5 : Charges du CH de Montceau-les-Mines (budget H)



Source : Diamant

● Evolution des produits

Graphique 6 : Produits du CH de Montceau-les-Mines (budget H)



Source : Diamant

Centre Hospitalier d'Autun

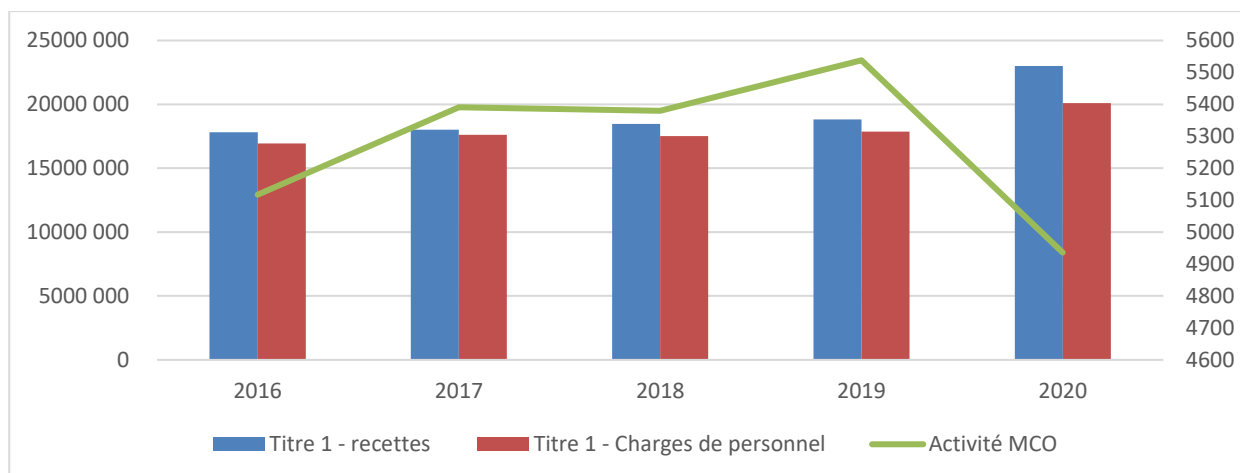
[514] L'activité exprimée en séjours progresse à hauteur de + 8 % sur la période 2016-2019. La diminution de 10 % constatée en 2020 est liée à la crise COVID.

[515] Si l'on neutralise cet effet COVID sur l'exercice 2020, l'évolution des charges et des produits est bien corrélée sur cette même période 2016-2019, avec des diminutions à hauteur respectivement de -21 % et de -20 %. Une même corrélation est observée sur les titres 1 en dépenses et en recettes.

[516] A l'instar du CH de Montceau, l'analyse des résultats constatés doit prendre en compte l'importance des aides ARS. Sur les financements apportés au titre des seules aides en trésorerie ou des aides exceptionnelles aux établissements de santé en difficulté, les sommes allouées au CH d'Autun sont très conséquentes et en augmentation constante sur la période 2016-2021 : 5 M€ en 2021, 4 M€ en 2020, 2 M€ en 2019, 3 M€ en 2018, 1,6 M€ en 2017, 1,5 M€ en 2016.

● Evolution du compte financier par titre

Graphique 7 : Evolutions des charges et des produits et de l'activité MCO du CH d'Autun (budget H)



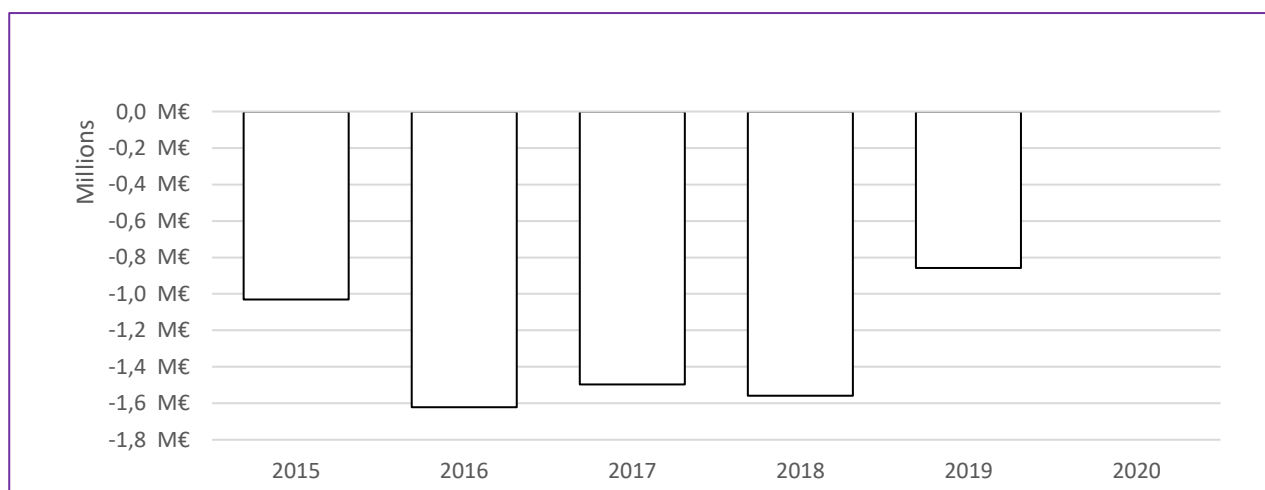
Source : Diamant

Tableau 75 : Evolutions des charges, des produits et de l'activité MCO au CH d'Autun (budget H)

	2016	2017	2018	2019	2020 (RIA M12)	évolution 2016-2019
Produits	33 264	27 660	25 538	26 587	29 719	-20 %
Charges	34 885	29 157	27 096	27 444	31 139	-21 %
Activité MCO	5117	5391	5380	5538	4936	8 %

Source : Diamant

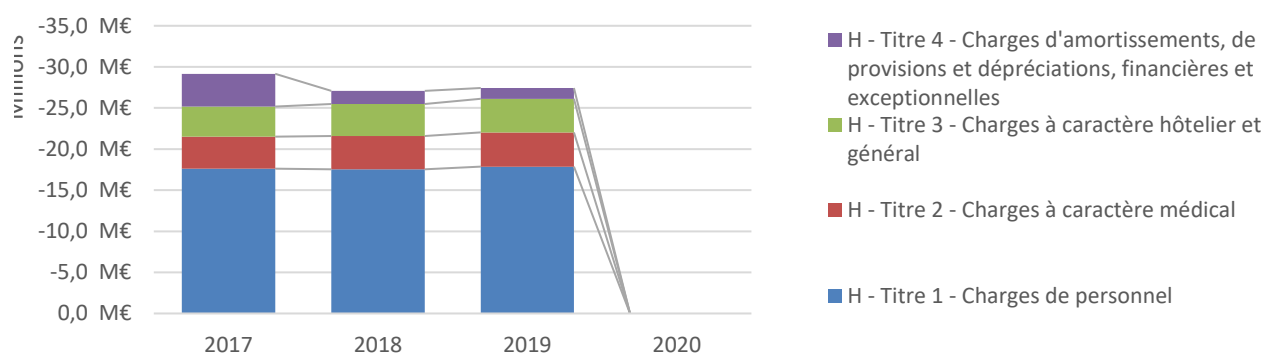
Graphique 8 : Evolutions du compte de résultat du CH d'Autun



Source : Diamant. NB : Le CF de l'année 2020 n'a pas été renseigné par le CH.

● Evolution des charges

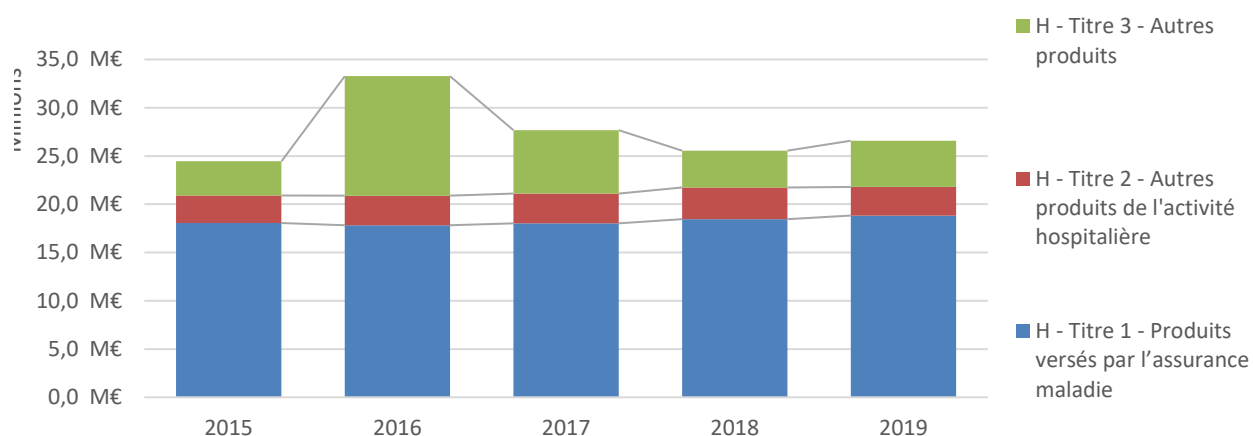
Graphique 9 : Evolutions des charges du CH d'Autun



Source : Diamant. NB : Le CF de l'année 2020 n'a pas été renseigné par le CH.

● Evolution des produits

Graphique 10 : Evolutions des produits du CH d'Autun



Source : Diamant. Le CF de l'année 2020 n'a pas été renseigné par le CH.

ANNEXE 4 : Aides financières exceptionnelles versées par l'ARS

Tableau 76 : Aides financières versées au CH de Chalon-sur-Saône

année	Enveloppe	Montant Notifié	Montant annuel	Type d'aide	commentaire ARS
2020	AC	1 500 000	1 500 000	Surcoûts COVID	Aide en trésorerie suite à enquête atterrissage 2020 ou RIA 2
2021	AC	5 000 000	5 000 000	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté	

Source : ARS

Tableau 77 : Aides financières versées au CH de Montceau-les-Mines

année	Env.	Montant Notifié	Montant annuel	Type d'aide	commentaire ARS
2016	AC	2 250 000	2 250 000	soutien aux établissements en difficulté	
2017	AC	4 000 000	9 000 000	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté	
	AC	5 000 000		Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté	
	AC	1 000 000		11 500 000	Mesure d'aide en trésorerie
AC	3 000 000	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté	Aide nationale de 4 M€ suite au COPERMO		
AC	1 000 000	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté	Mesures d'investissement de 1 M€ - Solde de l'aide nationale de 4 M€ suite au COPERMO		
AC	3 000 000	Aide exceptionnelle aux ES en difficulté	Aide en trésorerie		
AC	3 500 000	Aides exceptionnelles aux établissements en difficulté	Aide visant à soutenir la trésorerie 2019 - aide en exploitation		
2019	AC	2 000 000	10 000 000	Aide en trésorerie	
	AC	2 000 000		Aide en trésorerie	Aide exceptionnelle à un établissement en difficulté
	AC	4 000 000		Mesure ponctuelle	Aide exceptionnelle aux établissements en difficulté
	AC	2 000 000		NAT- Mesures ponctuelles	Aide exceptionnelle aux établissements en difficulté - soutien de la trésorerie de l'exercice en cours.
2020	AC	1 000 000	6 000 000	Aide en trésorerie	
	AC	1 000 000		Surcoûts COVID	Aide en trésorerie suite à enquête atterrissage 2020 ou RIA 2
		4 000 000		Aide à la trésorerie	
2021	AC	1 000 000	5 500 000	Aide en trésorerie	
	FIR	4 500 000		Aide à la trésorerie	

Source : ARS

Tableau 78 : Aides financières versées au CH d'Autun

Montant	Montant annuel	Type d'aide	commentaire ARS
1 500 000	1 500 000	soutien aux établissements en difficulté	
1 000 000	1 600 000	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté	
200 000		Optimisation du délai de recouvrement fournisseurs	
400 000		Soutien au maintien maternité d'Autun	
2 000 000	3 400 000	Aide exceptionnelle aux ES en difficulté	Aide en trésorerie
1 000 000		Aides exceptionnelles aux établissements en difficulté	Aide visant à soutenir la trésorerie 2019 - aide en exploitation
400 000		Soutien au maintien maternité d'Autun	
1 500 000	2 300 000	Mesure ponctuelle	Aide exceptionnelle aux établissements en difficulté
400 000		Mesure ponctuelle	Soutien au maintien d'une maternité de 313 accouchements du fait de sa particularité géographique. Avance 2020 en lieu et place du FIR 2020
200 000		Soutien au maintien maternité d'Autun	
200 000		Soutien au maintien maternité d'Autun	
1 000 000		5 500 000	Aide ponctuelle - Aide exceptionnelle aux établissements en difficulté
1 500 000	Aide en trésorerie		
2 000 000	Aide en trésorerie		
1 000 000	Surcoûts COVID		Aide en trésorerie suite à enquête atterrissage 2020 ou RIA 2
1 000 000	Compensation surcoûts crise COVID 19		
1 000 000	5 000 000	Aide en trésorerie	
1 000 000		Aide en trésorerie	
2 000 000		Aide à la trésorerie	

Source : ARS

ANNEXE 5 : Extrait du rapport de présentation du dossier COPERMO du 24 mars 2020

Extrait du rapport de présentation du dossier COPERMO du 24 mars 2020, relatif à la mise en œuvre du plan d'action au regard des recommandations du COPERMO 2019:

[517] Développement des alternatives à l'hospitalisation complète. Le CH de Chalon-sur-Saône ne s'inscrit pas dans cette démarche alors qu'il possède un des taux de chirurgie ambulatoire les plus faibles de la région. Le taux global était de 8,7 % et de 65,5 % sur le périmètre des 55 gestes marqueurs à fin 2018. Même s'il s'est inscrit dans la démarche de benchmark régional des blocs opératoires et des unités de chirurgie ambulatoire (phase d'audit lancée par l'agence en septembre 2018), il n'a pas souhaité s'inscrire dans la phase d'accompagnement proposée, préférant porter une réflexion et une analyse en interne qui se traduisent à ce jour par une absence de plan d'action. L'agence a sollicité l'ANAP afin d'accompagner l'établissement. Il est fort dommageable que l'établissement ne s'empare pas du sujet sachant qu'il possède un potentiel intéressant de développement.

[518] Schéma capacitaire. Le schéma capacitaire cible du CH de Chalon-sur-Saône n'est pas arrêté. L'établissement met en avant une architecture incompatible à toute évolution capacitaire de ses services (22 lits). De plus, aucune réduction capacitaire n'a été jusqu'alors envisagée sérieusement alors que les indicateurs mettent en avant un nombre non négligeable de lits en surnombre. La direction et le corps médical tablent sur une augmentation d'activité à court et moyen terme pour améliorer la situation. Il est à signaler que le CH de Chalon-sur-Saône s'est inscrit dans la démarche initiée par l'agence (en collaboration avec le CERCLH) sur la pertinence des journées d'hospitalisation de médecine. Le schéma capacitaire cible du CH de Montceau-les-Mines doit lui aussi être arrêté. Vu les perspectives peu favorables en terme d'évolution d'activité sur le bassin, le regroupement des services de médecine doit s'inscrire dans une démarche d'efficience au regard des critères COPERMO. Le schéma capacitaire cible du CH d'Autun est quasiment stabilisé et sera très difficile à atteindre au risque de déséquilibrer le fonctionnement des services.

[519] Optimisation des maquettes organisationnelles médicales et soignantes. Le CH de Chalon-sur-Saône n'a pas travaillé ses maquettes organisationnelles. Le CH de Montceau-les-Mines doit lui aussi stabiliser ses maquettes organisationnelles après les lourdes restructurations qu'il a connues et prendre en considération les recommandations de l'équipe régionale d'appui. Au regard des absences de véritable responsable des ressources humaines, le CH de Chalon-sur-Saône doit jouer son rôle d'établissement support et déployer les outils méthodologiques proposés par l'équipe régionale d'appui.

[520] Trajectoire financière des trois établissements. La trajectoire financière du CH de Chalon-sur-Saône s'est dégradée sur la durée du plan. La trajectoire financière du CH Montceau-les-Mines continue de se dégrader malgré l'arrêt de l'activité de chirurgie qui n'a pas produit tous les effets escomptés. La direction du CH de Chalon-sur-Saône n'a pas réalisé de bilan de l'impact financier sur les établissements de Chalon-sur-Saône et Montceau. La trajectoire financière du CH Autun continue elle aussi de se dégrader et peu de marges de manœuvre semblent mobilisables. Seule la fermeture de la maternité et de la pédiatrie serait de nature à réduire sensiblement le déficit mais une telle transformation ne saurait s'envisager sous un prisme uniquement financier.

[521] Dimension GHT. En tant qu'établissement support, le CH de Chalon-sur-Saône doit formaliser et structurer de manière concrète et opérationnelle les filières prévues dans le PMSP. Il doit également s'engager résolument dans la réorganisation de l'offre sur le territoire.

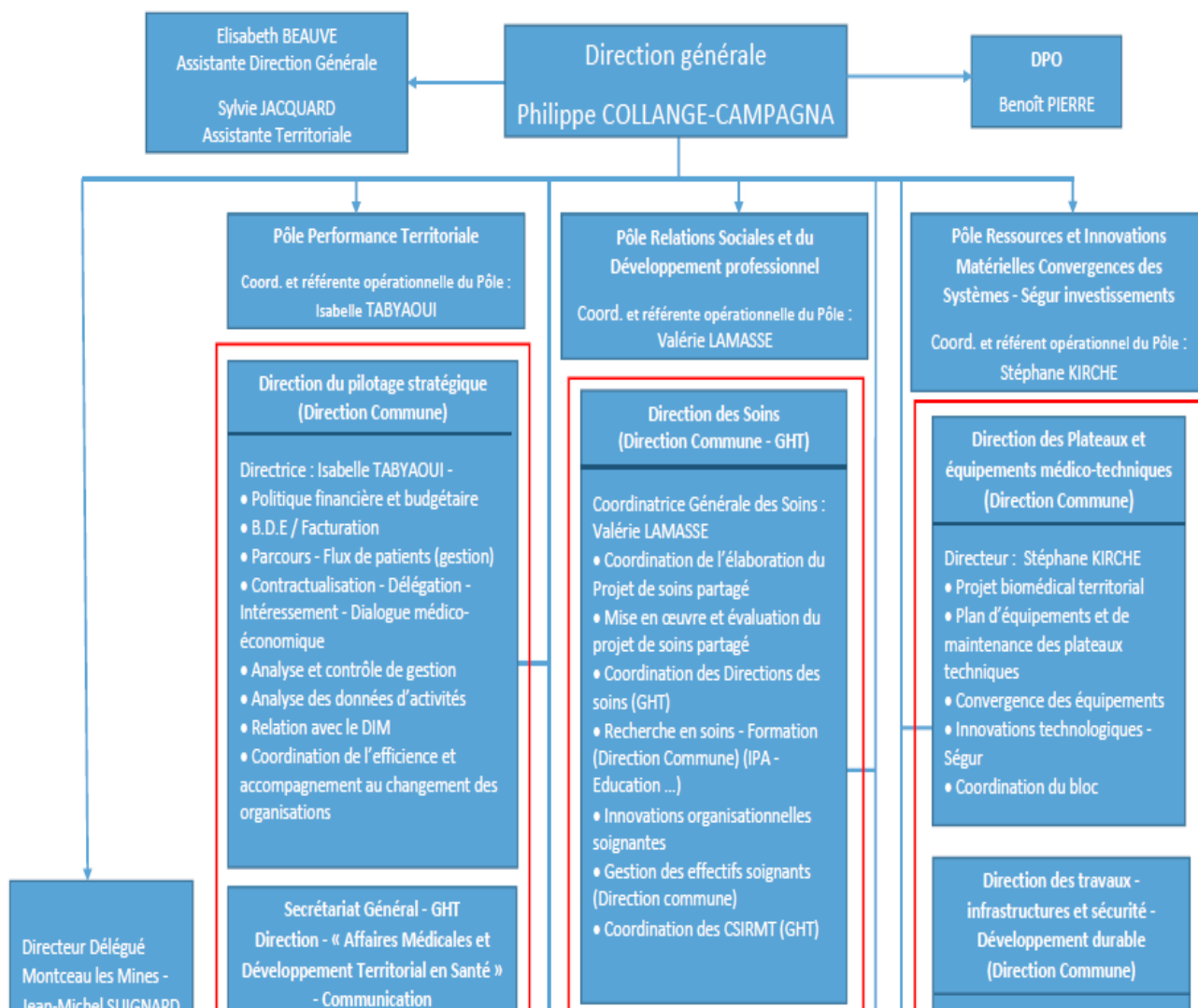
Extrait du rapport de présentation du dossier COPERMO du 24 mars 2020, relatif à « la mise en œuvre des actions déjà demandées en janvier 2019 ainsi que la mise en œuvre de nouvelles actions structurantes » :

- Faire vivre la direction commune avec des fonctions territoriales mutualisées et notamment structurer les fonctions DAF et DRH sur le périmètre du GHT (RH, finances, contrôle de gestion, systèmes d'information).
- Optimiser le parcours patient à l'échelle du GHT (travail à coordonner par le CH de Chalon, définition d'une nouvelle répartition de l'offre sanitaire) :
- Mettre en œuvre un pôle territorial des urgences
- Trouver les voies d'une complémentarité accrue de l'offre de soins entre le GHT et l'HD du Creusot
- Installer 60 lits de SLD sur le CH de Chalon-sur-Saône et 20 lits en provenance du CH Autun sur le CH de Montceau-les-Mines (2020-2021)
- -Installer une unité de soins palliatifs de 12 lits dès 2020, renforcer les capacités d'aval du CH de Chalon-sur-Saône par transformation du CH de Chagny en établissement SSR,
- Installer 30 lits de SSR en provenance des CH de Toulon et La Guiche suite au regroupement des services de médecine (2020 – 2021)
- Accentuer le virage ambulatoire en chirurgie et en médecine
- Réduire le capacitaire en hospitalisation complète par suppression d'une ou deux unités pour le CH de Chalon-sur-Saône (2020 – 2021)
- Repréciser le projet de création d'une HDJ soins palliatifs sur le CH de Montceau-les-Mines tant sur le volet capacitaire que sur l'organisation.
- Optimiser les fonctions médico-techniques (regroupement des laboratoires de Montceau-les-Mines et Chalon, regroupement des pharmacies) et l'organisation RH (maquettes organisationnelles notamment)
- Mutualiser totalement les fonctions supports (logistiques, techniques et administratives) entre les 3 établissements
- Mettre en œuvre l'ensemble des remarques présentées à l'issue du diagnostic RH réalisé en décembre 2018 par l'équipe régionale d'appui sur le CH de Montceau
- Mettre en place un plan d'action permettant de limiter l'impact de l'augmentation des temps partiels thérapeutiques sur les charges de personnel
- Regrouper les 5 services de médecine du CH de Montceau-les-Mines en 4 de taille efficiente avec des maquettes organisationnelles revues (2020)
- Prise en compte des pistes d'actions identifiées mais non intégrées dans le plan proposé par le GHT

- Budgéter la disparition progressive du statut FEHAP (Montceau)
- Réviser en profondeur le dispositif de remplacement et réécrire toutes les maquettes organisationnelles soignantes
- Equilibrer ou supprimer le bloc médecine (Montceau)
- Réduire les coûts relatifs aux soins continus (Montceau)
- Créer des capacités supplémentaires de SSR.
- Mettre en œuvre des plans d'action afin de réduire les déficits des EHPAD
- Fournir l'autodiagnostic de la fonction achat, mettre en œuvre le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) et la politique d'achat sur l'ensemble du GHT
- S'inscrire dans tous les accompagnements proposés par l'agence ou le niveau national en lien avec les objectifs COPERMO.

PIÈCES JOINTES

PIECE JOINTE 1 : organigramme de la direction commune au 9 mars 2022





Source : GHT

PIECE JOINTE 2 : organisation des pôles d'activités médicales au CH de Chalon-sur-Saône

<p>Pôle : 1 Chef de Pôle : Patrick BUTTARD Référent Direction : Valérie LAMASSE Cadre de Pôle : Véronique VALA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪USIC ▪ Neurologie ▪USINV ▪ Diabétologie - Endocrinologie ▪ Hôpital de Semaine ▪ Hémovigilance 	<p>Pôle : 2 Chef de Pôle : Nicolas KOUTLIDIS Référent Direction : Emmanuel BARRAUT Cadre de Pôle : Jacqueline FAUQUEMBERGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie Viscérale ▪ Chirurgie Orthopédique ▪ Chirurgie Vasculaire ▪ Chirurgie Urologique ▪ Chirurgie Ambulatoire ▪ Bloc Opératoire ▪ Activité « tête et cou » ▪ <u>Handiconsult</u> 	<p>Pôle : 3 Chef de Pôle : Danièle NGUYEN-BARANOFF Référent Direction : Anne HOCHEDÉL Cadre de Pôle : Jacqueline FAUQUEMBERGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémato-Oncologie ▪ Hôpital de Jour ▪ Pneumologie ▪ Hépatogastro-Entérologie ▪ SUDE ▪ SDSP 	<p>Pôle : 4 Chef de Pôle : Julien VINIT Référent Direction : Hervé VAN DE KERCKHOVE Cadre de Pôle : Anne-Marie RECORDON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémodialyse ▪ Néphrologie ▪ Médecine Interne ▪ Rhumatologie ▪ Maladies Infectieuses ▪ Dermatologie ▪ UMA ▪ UMSP ▪ <u>CeGIDD</u>
<p>Pôle : 5 Chef de Pôle : Michel FRANÇOISE Référent Direction : Eric TOQUE Cadre de Pôle : Myriam BERSALI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maternité ▪ Gynécologie-Obstétrique ▪ Chirurgie Gynécologique ▪ Néonatalogie ▪ Pédiatrie 	<p>Pôle : 6 Chef de Pôle : David CORÈGE Référent Direction : Mathieu MASCOT Cadre de Pôle : Christian BORNET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SAU ▪ SAMU 71-SMUR ▪ Centre 15 ▪ UHCD Post Urgences ▪ Anesthésiologie ▪ Consultation Douleur ▪ Réanimation surveillance continue ▪ CHPOT ▪ CESU ▪ Unité Sanitaire ▪ Chambre Mortuaire ▪ Addictologie ▪ PASS 	<p>Pôle : 8 Chef de Pôle : Jérémie L'HABITANT Référent Direction : Sylvain ROLLLOT Cadre de Pôle : Anne-Marie RECORDON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecine Gériatrique ▪ SSR ▪ UMG ▪ Ehpad 	<p>Pôle : 9 Chef de Pôle : Jérôme COUTET Référent Direction : Stéphane KIRCHE Cadre de Pôle : Christine REBOURGEON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Archives Médicales ▪ DIM ▪ Hygiène Hospitalière ▪ Laboratoire - Biologie Médicale ▪ Imagerie Médicale ▪ Kinésithérapie ▪ Pharmacie ▪ Stérilisation ▪ Diététique

G_Pôles d'Activités_organisation 14 mars 2022

Source : GHT

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Agence régionale de santé de Saône-et-Loire

Pierre PRIBILE, directeur général
Mohamed SI ABDALLAH, directeur général adjoint
Anne-Laure MOSER-MOULA, directrice de l'organisation des soins
Nadia GHALI, Responsable du département accès aux soins primaires et urgents,
Nathalie PLISSONNIER, déléguée départementale adjointe Saône-et-Loire
Bertrand HURELLE, responsable du département performance des soins hospitaliers
Luc MOULLIERE, chargé de mission
Jérôme MOREAU, chargé de mission
Natacha SEGAUD, directrice parcours personnes âgées
Agnès MEILLIER, médecin inspecteur de santé publique
Cédric DUBOUDIN, directeur de la stratégie
Didier CAREL, chargé de mission
Edith PEGLIERINI, cheffe de projet HAD
Catherine BRETILLON, co-cheffe de projet HAD

Direction générale de l'offre de soin (DGOS)

Anne-Charlotte ROUSSEAU, cheffe de bureau PF1
Elise MICHALOUX, adjointe à la cheffe de bureau PF1
Edith RIOU, cheffe de bureau R5
Céline CASTELIN-JEDOR, cheffe de bureau R3
Michèle BRONNER, adjointe au chef de bureau R2
Ornella GROS-FLANDRE, chargée de mission bureau R2

Conseils de surveillance des centres hospitaliers de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines et Autun

Vincent CHAUVET, maire d'Autun
Marie-Claude JARROT, maire de Montceau-les-Mines et présidente du CTEL
Gilles PLATRET, maire de Chalon-sur-Saône

Comité territorial des élus locaux du groupement hospitalier de territoire

Frédéric BOUCHET, maire de Louhans
Lionel DUPARAY, adjoint au maire de Montceau-les-Mines
Bernard LABROSSE, maire de Toulon-sur-Arroux
Sébastien LAURENT, maire de Chagny
Bruno LEGOURD, adjoint au maire de Chalon-sur-Saône en charge de la santé
Jocelyne MOLLET, maire de La Guiche

Conseil territorial de santé

Rémy REBEYROTTE, député de la 3ème circonscription de Saône-et-Loire et président du CTS

Direction commune du groupement hospitalier de territoire

Christine UNGERER, directrice jusqu'au 1er mars 2022
Philippe COLLANGE-CAMPAGNA directeur à compter du 1er mars 2022
Isabelle TABYAOUI, Directrice Pilotage Stratégique et Contractualisation
Fabrice CORDIER, directeur Délégué
Sylvain ROLLOT, directeur Adjoint Territorial
Mathieu MASCOT, directeur des Achats
Stéphane KIRCHE, directeur Innovation et Ingénierie Biomédical
Hervé VAN DE KERCKHOVE, directeur Système d'information

Eric TOQUE, directeur des Services Techniques
Valérie LAMASSE, directrice des Soins
Rachel DARMON, directrice Qualité, Clientèle, Risque
Anne HOCHEDÉL
Emmanuel BARRAUT, responsable Organisation Bloc Opératoire
Maimouna AUDARD, directrice Délégué EHPAD
Pascale LORIOT, directrice des Soins IFSI/IFAS
V. LEVEN, contrôleuse de gestion
S. PREFOT, contrôleuse de gestion
A. LEMENU, contrôleuse de gestion

Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

Syndicats du CH de Chalon-sur-Saône

Catherine PAILLARD, Force Ouvrière
Catherine PILLON, Force Ouvrière
Stéphane RATEAU, Force Ouvrière
Jacques DJEBARI, CGT
Alain CHALLOT, CGT
Valérie ROUSSOT, CGT

Commission médicale d'établissement du CH de Chalon-sur-Saône

M. le Dr Philippe DUBOT, président de la CME
M. le Dr Jérôme COUTET, vice-président de la CME et responsable de pôle

Département d'information médicale du CH de Chalon-sur-Saône

M. le Dr Philippe BOLARD, Médecin DIM

Chefs de pôles du CH de Chalon-sur-Saône

Dr Patrick BUTTARD, Pôle 1
Dr Nicolas KOUTLIDIS, Pôle 2
Dr Danièle NGUYEN-BARANOFF, Pôle 3
Dr Julien VINIT, Pôle 4
Dr Michel FRANCOISE, Pôle 5
Dr Mohamad MOHAMAD, Adjoint au Chef de Pôle 5
Dr David COREGE, Pôle 6
Dr Jérémie L'HABITANT, Pôle 8
Dr Jérôme COUTET, Pôle 9

Cadres de pôles du CH de Chalon-sur-Saône

Véronique VALA, Pôle 1
Jacqueline FAUQUEMBERGUE, Pôle 2 et 3
Anne Marie-RECORDON, Pôle 4 et 8
Myriam BERSALI, Pôle 5
Christian BORNET, Pôle 6 (et bed manager)
Christine REBOURGEON, Pôle 9

Chefs de service du CH de Chalon-sur-Saône

Emmanuel BARRAUT
Dr Yvan MARTELLONI
Dr David COREGE
Dr Danièle NGUYEN-BARANOFF
Dr Jérémie L'HABITANT

Cadres supérieurs et cadres de santé du CH de Chalon-sur-Saône

Myriam BERSALI, cadre Supérieur du Pôle 5
Céline BRAVAIS, cadre de Santé - Réanimation Surveillance Continue
Corinne BURTIN, cadre de Santé - HDJ Hématologie-Oncologie-Pneumologie
Maria CASSANO, EHPAD Terres de Diane
Jacqueline FAUQUEMBERGUE, cadre Supérieur des Pôles 2 et 3
Corinne FAYET, cadre de Santé - Diabétologie Endocrinologie
Karine FERRARE, cadre de Santé - Bloc Opératoire, Anesthésie
Romain VILLENEUVE, cadre de Santé FF - SSR
Tiphanie GAUDILLIER, cadre de Santé - Référente GTA
Sylvie GOUX, cadre de Santé - Pharmacie Stérilisation
Isabelle PROTHEAU, cadre de Santé - Pédiatrie
Anne Marie RECORDON, cadre Supérieur des Pôles 4 et 8
Lucie RODOT, cadre de Santé - Chirurgie Orthopédique
Bernadette VIGNERON, cadre de Santé - Biologie

Centre hospitalier de Montceau-les-Mines

Direction déléguée du CH de Montceau-les-Mines

Jean-Michel SUIGNARD, directeur Délégué
Edwige GANDRE, coordonnateur Général des soins
Sabine POLO, directrice déléguée du pôle sénior
Fabien BAVEREL, directeur financier
Pascale BEGUE, Finances
Emmanuelle ALBERT, Responsable RH
Véronique JOANNU, Attachées RH

Syndicats du CH de Montceau-les-Mines

Christelle SERIDI, CGT
Corinne LARAGE, CGT
Stéphanie PEREIRA, FO Public
Catherine SWENDROWSKI, FO Public
Aurélien COULON, FO FEHAP
Hélène FIERRO, FO FEHAP
Maria CREPIN, CFDT FEHAP
Catherine PACZINSKI, CFDT Publique
Isabelle LAPRAY, CFDT Publique

Médecin du travail

Dr Arlette DEFAUCHY

Commission médicale d'établissement du CH de Montceau-les-Mines

Dr Nabil MNASRI, président de CME
Dr Carine BOURET, pharmacien

Département d'information médicale du CH de Montceau-les-Mines

Dr Claude PETIT MARNIER, DIM

Chefs et cadres de pôles du CH de Montceau-les-Mines

Christelle LEGRIS, cadre du pôle médecine
Pascale CHESSA, cadre du pôle médicotechnique
Dr Grégory COMMEAU, chef du Pôle médecine
Dr Francis MILLECAM, chef du Pôle médecine
Dr Abdelkamel MEKHOUS, chef du Pôle médicotechnique

Chefs de service du CH de Montceau-les-Mines

Dr Jean-Louis JACOB, chef de service de la biologie
Dr Véronique PETIT, chef de service de la gériatrie
Dr Robert SIMONS, chef de service de la pneumologie
Dr Olivier JARRY
Dr Chantal NGNIE

Représentants des médecins du CH de Montceau-les-Mines

Dr Yamina SIDI YHKLEF, médecin représentant des généralistes
Dr Dalila SAHRAOUI, médecin SSR
Dr Véronique VERGNE, médecin oncologue
Dr Frédéric CHAMBRE, médecin addictologue

Cadres de santé du CH de Montceau-les-Mines

Catherine PACZINSKI, Cs Chirurgie – CPP - Stage
Eve DUPERRET, SSR
Rachel LANGLOIS, HDJ
Nadège BEAUPIED, Laboratoire
Jean-Christophe GANDRE, Unité de Soins Continus – PT Pneumologie
Arnaud BAKOWSKI, Urgences – SMUR - UHCD
Anne DOUHERET, Oncologie – SSR La Fabrique
Dominique DURIX, Court Séjour Gériatrique
Pascal LORDEY, EHPAD

Cadres de pôle du CH de Montceau-les-Mines

Christelle LEGRIS, Pôle Médecine
Pascale CHESSA, Pôle Médico-tech

Bed manager du CH de Montceau-les-Mines

Valérie BATHIARD

Centre hospitalier d'Autun

Direction du CH d'Autun

PALETTA Joseph, Qualiticien (Direction)
MEUNIER Pierrick, responsable service économat et logistique
DUCHAINÉ Cécile, responsable du bureau des admissions
DOMINGUEZ Sandrine, responsable des Finances
HOCHART Laurence, responsable des Ressources Humaines
PACAUT Brigitte, direction des Soins

Syndicats du CH d'Autun

M BARBERET, CGT
M FRADE, CGT
M GUYOT, CGT
Mme LAMALLE, CFDT
Mme TOMASZEWSKI, CFDT
M TRONQUIT, CFDT

Médecins du CH d'Autun

Docteur BISSO Alain, chef du service des Urgences Médecins
Docteur GRILLET Sandra, pharmacien
Docteur CHAUSSE Stéphane, chef du service de l'USLD
Docteur BERNADAT Corinne, chef du service de Médecine 2
Docteur YOU Sophie, chef du service de Médecine 1

Docteur RACINE Aude, PH du service de Médecine 1
Docteur LE COANT, PH du service de Médecine 1
Docteur YACINE-KASSAB Firas, chef du service de Gynécologie
Docteur JOSEPH Azzam, chef du service de la Pédiatrie
Dr Stéphane CHAUSSE, Médecin Gériatre

Cadres de santé du CH d'Autun

LABRUYERE Marie-Laure, cadre de Santé du service des Urgences
TUYPENS Sandrine, cadre de Santé du service de Maternité
MOREAU Céline, cadre de Santé Médecine 1
GORINI Angéline, cadre de Santé Médecine 2
VERNIZY Ghyslaine, cadre supérieure de Santé
MOREAU Béatrice, cadre de Santé EHPAD
PELLETIER Aurélie, faisant Fonction Cadre de Santé service USLD
CARRE Marie-Thérèse, infirmière Référente du Bloc Opérateur

Bed manager du CH d'Autun

Anne-Laure COMMEAU

Membres de la CDU de Groupement pour les établissements de Chalon, Autun et Montceau (Représentants des usagers)

Thérèse BESSETTE, RU/Membre Ligue contre le Cancer
Annick GIRAUDET, Représentante des Usagers
Anne-Marie BONNOT, UDAF 71, Vice-Présidente CDU
Dr Jean-Marc DUMEIX, Médecin Médiateur, Président CDU
Michel SEBASTIEN, Alzheimer Saône et Loire
Danièle DESMERGER, CISS Bourgogne

Centre hospitalier de Toulon-sur-Arroux

Christophe BRIDAULT, directeur délégué

Centre hospitalier de de Chagny

Dominique PILLOT, directrice déléguée

Centre hospitalier de Louhans

Jacqueline ROGE, directrice

CHU de Dijon

Nadiège BAILLE, directrice du CHU de Dijon

Clinique du parc d'Autun

Valérie LEROY, directrice générale de la clinique du parc
Claire GOUJON, responsable des ressources humaines

Hôtel Dieu Le Creusot

Michaël MUNIER, directeur général du Groupe SOS Santé
Stéphanie BEAL, directrice adjointe de l'Hôtel-Dieu du Creusot

Dispositif d'appui à la coordination

Dr Gérard JANIN, président
Cyril CHAUX, directeur

Groupement régional d'appui au développement de la e-santé

Nicolas LIMOGE, directeur

Union régionale des professionnels de santé

Eric BLONDET, président de l'URPS médecins

Conseil Départemental

Nicola ROTIVAL, directeur adjoint

Marie JOBARD, cheffe de projet

Marie Hélène AUBERT, chargée de mission

SIGLES UTILISÉS

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
BFC	Bourgogne Franche Comté
CAF	Capacité d'autofinancement
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CD	Conseil départemental
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Commission médicale de groupement
CPP	Centre périnatal de proximité
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSE	Comité social et économique
CTE	Comité technique d'établissement
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAF	Direction des affaires financières
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DH	Directeur d'hôpital
D3S	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DIM	Département de l'information médicale
DPI	Dossier patient informatisé
DRH	Direction des ressources humaines
DSI	Direction des systèmes d'information
DU	Diplôme universitaire
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS	Evènement indésirable grave lié aux soins
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPU	Enseignement post universitaire
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
eTICSS	Territoire innovant coordonné santé social
ETP	Equivalent temps plein
ETPR	Equivalent temps plein rémunéré
FAI	Forfait activité isolée
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FIR	Fonds d'intervention régional
FMIH	Fédération médicale inter hospitalière

FPH	Fonction publique hospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRADeS	Groupement régional d'appui au développement de la e santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices civils de Lyon
HDJ	Hospitalisation de jour
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IPDMS	Indicateur de performance de la durée moyenne de séjour
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MERRI	Mission d'enseignement , de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'appui à la coordination
MIR	Médecine intensive et de réanimation
OS	Organisation syndicale
PACS	Picture Archiving and Communication System
PCME	Président de la commission médicale d'établissement
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PM	Personnel médical
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMSP	Projet médico soignant partagé
PNM	Personnel non médical
PPCR	Parcours professionnel, carrière et rémunération
PTG	Prothèse totale de genou
PTH	Prothèse totale de hanche
PUI	Pharmacie à usage intérieur
PRS	Projet régional de santé
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
RIA	Rapport infra annuel
RPS	Risques psycho sociaux
QVT	Qualité de vie au travail
SIH	Syndicat inter hospitalier
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSPI	Service de soins post interventionnels
SST	Santé sécurité au travail
T2A	Tarifification à l'activité
TLM	Télé médecine
TPT	Temps partiel thérapeutique
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USC	Unité de surveillance continue
USIP	Unité de soins intensifs polyvalents
SSR	Soins de suite et rééducation
USLD	Unité de soins de longue durée