



Centre Hospitalier
de **Montceau**

CH de Montceau les Mines :
Construction d'un Hôpital neuf dans le cadre du projet de
labellisation « Hôpital de proximité »



Sommaire

1	INTRODUCTION	3
2	IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT	4
3	GENESE DU PROJET :	5
3.1	UN ETABLISSEMENT CONSTRUIT DANS LES ANNEES 60 ET QUI CONNAIT DES DIFFICULTES FINANCIERES RECURRENTES.....	5
3.2	UN ETABLISSEMENT CONTRAINT PAR UN CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE FRAGILE ET UN PASSE TUMULTUEUX... ..	6
3.2.1	<i>Une population vieillissante sur le territoire.....</i>	6
3.2.2	<i>Une Histoire douloureuse.....</i>	7
4	UNE SITUATION QUI NE PEUT PAS PERDURER !	10
5	UN AVIS CONFORTE PAR LA MISSION IGAS DIT « T0 ».....	11
6	DEMAIN, UN NOUVEL HOPITAL : METHODOLOGIE DE L'EQUIPE PROJET.....	11
7	L'OFFRE DE SOINS PROJETEE DANS LE CADRE DE LA LABELLISATION DU CH DE MONTCEAU « HOPITAL DE PROXIMITE ».....	13
7.1	DIMENSIONNEMENT DU PROJET.....	13
7.2	REDEFINITION DE L'OFFRE DE SOINS.....	14
7.3	SYNTHESE DE L'EVOLUTION DU PROGRAMME CAPACITAIRE	16
8	LES CONDITIONS DE LA REUSSITE DE LA LABELLISATION	16
8.1	LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL DE MONTCEAU : UN INCONTOURNABLE POUR SON AVENIR !.....	17
9	LES NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX DE PROXIMITE.....	18
10	LES AMBITIONS DU PROJET	19
10.1	DONNER DE LA COHERENCE A L'ORGANISATION POLAIRE.....	19
10.2	MODERNISER L'INFRASTRUCTURE, OPTIMISER L'ORGANISATION ET AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	19
10.3	CONSTRUIRE DURABLEMENT : DES BATIMENTS INNOVANTS ET ECO RESPONSABLES.....	20
10.4	AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS.....	20
10.4.1	<i>Optimiser l'organisation.....</i>	20
10.4.2	<i>Standardiser et mutualiser des locaux.....</i>	21
11	LE PROJET ARCHITECTURAL ET LES DONNEES D'ENTREE	21
11.1	PLAN ACTUEL DE L'HOPITAL DE MONTCEAU.....	24
11.2	PLAN GLOBAL D'IMPLANTATION DU NOUVEL HOPITAL DE MONTCEAU.....	24
11.3	IMPLANTATION DU NHM EN VUE AERIENNE.....	25
11.4	PROGRAMME TECHNIQUE DETAILLE DU NHM.....	26
11.5	REPARTITION DES SERVICES PAR ETAGE.....	28
11.6	PROGRAMME GENERAL DE DEMOLITION DES BATIMENTS.....	32
11.7	JUSTIFICATION DE LA PROCEDURE RETENUE (MOP CLASSIQUE, CONCEPTION-REALISATION, CONCEPTION- REALISATION-EXPLOITATION).....	35
12	ANALYSE DE LA COHERENCE DU PROJET AVEC L'OFFRE DE SOINS TERRITORIALE.....	36
12.1	ÉVOLUTION DE LA POPULATION, A L'HORIZON 2030 SUR LE TERRITOIRE DE SANTE ET LE DEPARTEMENT	36
12.2	OPPORTUNITE DU PROJET SUR LES DOMAINES D'ACTIVITES PMSI CONCERNES	39
12.3	PARTS DE MARCHE DE L'ETABLISSEMENT SUR LE BASSIN DE VIE.....	41
13	ANALYSE ET VALIDATION DU PLAN DE FINANCEMENT ENVISAGE	43
13.1	PLAN DE FINANCEMENT ENVISAGE ET TRAJECTOIRE FINANCIERE DANS LE CADRE DE LA RECONSTRUCTION TOTALE DE L'ETABLISSEMENT	43
13.1.1	<i>Le coût des opérations de travaux.....</i>	43
13.1.2	<i>Les financements (cf. tableaux en annexe).....</i>	43
13.1.3	<i>Les économies.....</i>	44
13.2	ANALYSE DES IMPACTS FINANCIERS	44

13.2.1	Charges de titre 1.....	44
13.2.2	Charges de titre 2.....	45
13.2.3	Charges de titre 3.....	45
13.2.4	Charges de titre 4.....	45
13.2.5	Recettes du titre 1.....	46
13.2.6	Recettes du titre 2 (notamment recettes propres régimes particuliers) ou partage d'activités.....	46
13.2.7	Recettes du titre 3.....	46
13.2.8	In fine.....	47
13.2.9	La gestion de la période intermédiaire.....	47
14	IMPACTS SUR LES RESSOURCES HUMAINES DE CETTE NOUVELLE ORGANISATION.....	48
15	CONCLUSION.....	50
	ANNEXES	52
15.1	TABLEAU DE FINANCEMENT PREVISIONNEL SI HOPITAL NEUF.....	53
15.2	COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL	54
15.3	LEXIQUE DES ACRONYMES.....	55

Le Centre Hospitalier de Montceau (CHM) a, aujourd'hui, rendez-vous avec son destin.

Comme nombre d'établissements hospitaliers à l'échelle nationale, il doit faire face à des enjeux vitaux pour son devenir à court terme. En effet, l'obsolescence de ses bâtiments, sa situation financière dégradée depuis de nombreuses années, son défaut d'attractivité, le manque de lisibilité et les nombreux changements dans le périmètre de son offre de soins ont conduit à le fragiliser. Cette situation a généré une défiance des professionnels, des usagers et de la population générale à l'égard du centre hospitalier.

Etablissement partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Saône et Loire Bresse Morvan (SLBM), le CH de Montceau-les-Mines est pourtant un acteur majeur dans l'offre de soins de premier recours. Il doit en ce sens être conforté dans sa mission et retrouver les marges de manœuvre nécessaires à sa pérennité. Ainsi, sa labellisation en tant qu'hôpital de proximité semble s'imposer. La mission IGAS dite « T0 », dont le rapport définitif a été remis au GHT en Mai 2022, a conforté la nécessité pour le CH de Montceau de cette labellisation.

De plus, le travail concomitant de structuration du Projet Médico Soignant Partagé de Territoire (PMSPT) offre l'opportunité d'inscrire durablement cet établissement en tant que partie prenante incontournable dans la structuration des différentes filières de soins au sein du territoire.

Riche de ces constats, le directeur général du GHT a souhaité qu'une équipe projet multidisciplinaire, composée de professionnels de Chalon et de Montceau travaille à la mise en œuvre des recommandations de l'IGAS et à de nouvelles perspectives pour l'hôpital de Montceau les Mines.

A l'aulne des données démographiques et historiques de cet établissement, le dossier ci-dessous décline un projet architectural offrant un périmètre d'activités recentré et adapté aux besoins actuels de la population locale. Il vise à conforter le rôle essentiel que le CH de Montceau doit jouer en tant que futur hôpital de proximité.

Ce dossier met en évidence, dans une seconde partie, la plus-value de cette reconstruction pour les usagers, les personnels ainsi que la population locale, le tout en inscrivant l'établissement dans une gestion vertueuse essentielle pour son devenir.

2 Identité de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Montceau, établissement public de santé, compte 357 lits et places soit 182 lits et 15 places sanitaires (5 SSR et 5 Oncologie), 160 places d'EHPAD dont 48 en Unité de Vie Protégée (UVP) et en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) réparties sur des communes voisines (Sanvignes-les-Mines, Montceau-les-Mines, Saint Vallier et Blanzy).

Cet hôpital est un établissement partie au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Saône et Loire Bresse Morvan. Il couvre une population de 52.250 habitants dont 10.400 personnes âgées de plus de 75 ans.

L'établissement emploie 794.4 ETP, dont 726,6 ETP personnels non médicaux et 67,8 ETP médicaux répartis comme suit :

- Budget H (au 31 Août 2022): 572.8 ETP non médicaux + 66.7 ETP médicaux
- Budget E (inscription à l'EPRD 2022) : 136 ETP non médicaux + 1.1 ETP médicaux
- Budget C (inscription à l'EPRD 2022) : 17.8 ETP non médicaux

Ouvert sur son environnement, le CH de Montceau entretient, depuis de nombreuses années, d'étroites collaborations avec ses partenaires du territoire, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou associatifs.

Par ailleurs, cet établissement joue un rôle important en matière de santé publique. Il entretient historiquement des relations privilégiées avec diverses associations comme par exemple avec l'association « le Pont », dont la vocation est de lutter contre l'exclusion sociale et de faciliter le retour à l'autonomie. Ce partenariat s'est concrétisé par l'accueil de Lits d'Accueil Médicalisé (LAM), gérés par l'association mais hébergés dans un bâtiment dédié du CHM.

De la même façon, l'hôpital de Montceau a su structurer un partenariat fructueux avec la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) porteuse du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), hébergée au sein des locaux de l'établissement. Ce dispositif permet, entre-autres, d'optimiser la prise en charge des personnes âgées.

Parallèlement, la CHM a développé une relation de proximité avec le centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône, site pivot du GHT, avec qui il entretient des liens de coopération très étroits.

Cet ancrage au sein du GHT lui permet de bénéficier d'une collaboration singulière avec les autres établissements du groupement favorisant la structuration et l'harmonisation des filières (la filière gériatrique, la filière cardiologique...) au travers d'outils de collaborations modernes.

Le CH de Montceau intervient également, au moyen d'équipes mobiles et de liaison, dans la prise en charge de patients suivis en gériatrie, en addictologie. Ces dernières interviennent aussi au domicile des usagers dans le cadre des soins palliatifs sur l'ensemble du territoire.

De plus, il est à noter que cet établissement dispose d'une « hotline gériatrique » qui permet aux médecins libéraux d'organiser des admissions directes depuis le domicile.

Enfin, il convient de souligner les longues et fructueuses collaborations entre le CH de Montceau et le CHS de Sevrey ainsi qu'avec le CH de la Guiche-Mont Saint Vincent.

Cette longue tradition collaborative avec les acteurs du territoire sera, à n'en pas douter, un atout majeur dans le cadre de sa potentielle labellisation en tant qu'hôpital de proximité.

3 Genèse du projet :

3.1 Un établissement construit dans les années 60 et qui connaît des difficultés financières récurrentes

- Un bâti obsoléscent

Les bâtiments de médecine ont été construits dans les années 60 (ouverture en 1968). Ces derniers, très vétustes, se sont fortement dégradés au cours de la dernière décennie, notamment en raison d'importantes difficultés financières. Ce contexte n'a effectivement pas permis de maintenir en état les différents bâtiments ni de réaliser un plan pluriannuel d'investissement suffisant pour permettre leur réhabilitation. Parallèlement, ces constructions anciennes sont amiantées, mal isolées thermiquement et acoustiquement.

Le taux de vétusté comptable des bâtiments est de 71% quand son médian national est de 64%. Ce taux de vétusté ne reflète pas scrupuleusement la réalité puisqu'il intègre, dans son calcul, le bâtiment chirurgical dont la construction est bien plus récente (1996).

Le vieillissement du bâti nécessite un effort de maintenance très important, qui mobilise quotidiennement les services supports et occasionne des surcoûts d'exploitation importants.

Parallèlement, les installations sanitaires du CH de Montceau sont quantitativement et qualitativement insuffisantes. En effet, certains services ne disposent ni de douches ni de toilettes individuels au sein des chambres des patients.

Les investissements, nombreux, mais essentiellement curatifs, n'ont pas permis de rendre pérennes des installations trop vétustes ne correspondant plus au standard d'accueil du XXI^{ème} siècle, notamment en termes de respect de la dignité.

Enfin, certains équipements ne sont plus maintenus en fonctionnement (exemple de certains ascenseurs), ce qui complexifie grandement le quotidien des professionnels et des usagers.

- Des difficultés financières

Le CH de Montceau traverse, depuis de nombreuses années, des difficultés financières majeures avec des dettes sociales et fiscales importantes et un déficit cumulé conséquent.

Le taux de marge brute de la structure est de - 2,2 % fin 2021 et ce, malgré de nombreuses aides accordées par les organismes financeurs. Sans ces aides, le taux de marge brut¹ de l'établissement serait de -34,5%. Pour rappel, les standards attendus vis-à-vis de cet indicateur sont de 8 %. Paradoxalement, cette structure a un taux d'endettement relativement faible (7,74%), notamment en ce qui concerne son budget principal (Budget H). Ce faible endettement sera un atout pour le CH de Montceau lorsqu'il aura besoin de recourir à l'emprunt.

¹ Le taux de marge brute mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements.

Toutefois ces opérations bancaires devront être associées à un plan d'aide pluriannuel de l'ARS BFC voire du niveau national.

Le projet de construction d'un nouvel hôpital de Montceau doit aussi concourir à la relance d'une dynamique économique vertueuse et à une gestion financière rigoureuse.

3.2 Un établissement contraint par un contexte démographique fragile et un passé tumultueux...

3.2.1 Une population vieillissante sur le territoire

La population totale de Montceau tend à diminuer de façon continue depuis plusieurs décennies. En effet, en 1968, la ville de Montceau-les-Mines comptait 27.241 habitants contre 21.620 en 2019.

De plus, le bassin de population montcellien est vieillissant. En effet, selon les données INSEE 2019, 15,8 % de la population y est âgée de 75 ans et plus. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent, quant à elles, 36,6% de la population.

Le vieillissement de la population sur ce territoire s'accélère avec, sur ces dix dernières années, une diminution du nombre de personnes de moins de 60 ans et une nette augmentation des personnes âgées de 60 à 74 ans.

En 2022, l'indice de vieillissement de la commune de Montceau-les-Mines est de 154 alors que l'indice de vieillissement à l'échelle nationale est de 86,6². Pour rappel, l'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Au niveau de de la Communauté Urbaine « Le Creusot – Montceau » l'évolution est similaire. En effet, les personnes de 75 ans et plus représentent en 2019, 13,7% de la population. La tranche d'âge des 60 ans et plus représente, quant à elle, 35,3% de la population totale.

Ces éléments corroborent un solde démographique local vieillissant et en diminution continue (Cf. tableau ci-dessous) :

Indicateurs démographiques de la population montcellienne depuis 1968 ³

	De 1968 à 1975	De 1975 à 1982	De 1982 à 1990	De 1990 à 1999	De 1999 à 2008	De 2008 à 2013	De 2013 à 2019
Variation annuelle moyenne de la population en %	0,4	-0,6	-1,9	-1,2	-0,5	-0,7	-1,2
Due au solde naturel en %	0,3	0,3	0,0	-0,3	-0,4	-0,4	-0,5
Due au solde apparent des entrées sorties en %	0,1	-0,9	-2,0	-0,9	-0,1	-0,4	-0,6
Taux de natalité (‰)	15,5	15,4	13,6	10,7	9,7	10,7	9,8
Taux de mortalité (‰)	12,3	12,4	13,2	13,6	13,5	14,3	15,2

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/indicatdemogra/indicatdemogra.asp-prov=CF-depar=CO.htm>

³ Insee, RPI 1968 à 1999 dénombremments, RP2008 au RP2019 exploitations principales - État civil.

Ces évolutions démographiques majeures doivent être appréhendées dans la conduite du projet décrit dans ce document. Elles doivent effectivement alimenter la réflexion globale concernant le devenir de l'hôpital de Montceau et les besoins de son bassin de vie.

3.2.2 Une Histoire douloureuse...

Le CH de Montceau-les-Mines a connu, en vingt-cinq ans, de nombreuses évolutions de son offre de soins, sans qu'aucun des projets menés n'ait permis de le stabiliser dans son organisation ou son financement.

Les multiples évolutions qui ont jalonnées l'histoire du CHM ont essentiellement été motivées par un souhait de réorganiser l'offre de soins sur le territoire et de diminuer les difficultés financières de l'établissement.

Ces changements ont généré de la défiance chez les hospitaliers, les usagers et les partenaires (notamment la médecine de ville) qui ont alors appréhendé l'établissement comme instable. Cette perte de sens a été telle que tous revendiquent, aujourd'hui, de la lisibilité dans l'offre de soins de cet établissement et des perspectives d'avenir. En effet, l'histoire a été marquée par de nombreux renoncements et très peu de succès.

Un des premiers changements significatifs dans l'histoire de l'établissement a été le regroupement de deux établissements hospitaliers historiques, à savoir le Centre Médico Chirurgical (CMC= Saint Exupéry : hôpital chirurgical situé au centre-ville de Montceau et le CH Jean Bouveri sur le site actuel dit « Galuzot »).

Pour ce faire, il a été créé en 1991 un syndicat inter-hospitalier (SIH), structure juridique ad hoc, permettant de regrouper administrativement le CHM et le CMC St Exupéry (établissement privé à but non lucratif).

Six années ont été nécessaires pour que soit concrétisée la réunion géographique de ces deux entités. Dès lors, un bâtiment de chirurgie dédié au CMC St Exupéry a été adjoint au bâtiment de médecine de l'Hôpital Jean Bouveri.

L'intégration culturelle, quant à elle, a été bien plus longue !

En 2006 – 2007, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) de Bourgogne a souhaité que les coopérations s'intensifient entre le CH de Montceau réunifié et l'Hôtel Dieu du Creusot, établissement lui-même en grande difficulté financière.

Le souhait des services de l'état était de réorganiser l'offre de soins territoriale et de supprimer les activités en doublon entre ces deux établissements.

Un travail de répartition des activités entre les deux sites s'est alors engagé. Il a eu pour point de départ un séminaire médical de trois jours, réunissant les acteurs des deux institutions.

Le rapprochement entre les structures a été complexe, notamment en lien avec le passé chaotique unissant les villes du Creusot et de Montceau-les-Mines. En effet, l'histoire de ce territoire est marquée par d'importantes rivalités entre les deux agglomérations qui puisent leurs racines dans des passés sociologiques distincts ; la commune de Montceau les Mines étant fortement imprégnée d'une tradition minière, celle du Creusot d'une tradition sidérurgique.

Cette rivalité s'est fortement exprimée lors des échanges concernant l'évolution des deux structures. Cette difficulté a été exacerbée par les tentatives de coopération et les regroupements déçus entre les deux entités.

En effet, un premier Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « expérimental », donnant une structuration juridique de coopération aux deux établissements a été contesté en justice par Monsieur le Député Maire de Montceau les Mines en 2008. Le référé lui a donné raison.

Quelques mois plus tard, un nouveau GCS a été mis en place sur la base d'un projet médical partagé qui a conduit, pour Montceau-les-Mines :

- ✓ A la fermeture de la maternité ;
- ✓ A la fermeture des services de chirurgie viscérale et urologique. (*Le bloc opératoire a toutefois été maintenu pour assurer la chirurgie ortho-traumatologique et ophtalmologique*) ;
- ✓ A la fermeture de la réanimation ;
- ✓ Au développement de l'oncologie et de la cardiologie transférées au CH de Montceau.

La répartition des activités entre les deux structures a été très mal vécue par certains professionnels, contraints d'aller exercer sur le site où avait été repositionnée leur spécialité. Cette nouvelle organisation a d'ailleurs entraîné le départ de médecins et de personnels du CH de Montceau.

Concomitamment les usagers ont témoigné à de nombreuses reprises de leurs difficultés à se repérer au sein du parcours patient et dans l'offre de soins proposée par chacun des deux établissements et ce malgré une importante campagne de communication.

Ce projet de coopération devait être la première étape de la construction d'un hôpital neuf communautaire, situé à Montchanin. Une première pierre a d'ailleurs été déposée symboliquement par les partenaires sociaux de l'hôpital de Montceau. Malheureusement, ce nouvel hôpital n'a jamais vu le jour !

Malgré ces efforts, la situation financière des deux structures a continué de se dégrader tout en amplifiant la perte de lisibilité pour les usagers et les professionnels libéraux. Pire, ceci a fait naître, chez eux, un manque de confiance vis-à-vis de l'institution.

En 2010, face à la dégradation majeure de la situation de ces établissements, le CH de Montceau a été placé sous administration provisoire. Elle avait pour objectif de redéfinir l'offre en santé et d'assurer la viabilité financière de l'hôpital.

L'Hôtel Dieu du Creusot quant à lui, a été placé en redressement judiciaire cette même année. Il a ensuite bénéficié d'un plan de continuité des activités décidé par le tribunal de commerce. Cela a abouti, en 2015, à une procédure de liquidation, avec reprise de l'entité par le groupe « SOS Santé ».

La coopération entre ces deux structures a donc cessé, chaque établissement reprenant ses activités antérieures, à l'exception de la maternité, qui est restée localisée sur le site du Creusot. Le CHM a dû rouvrir ses activités de chirurgie viscérale et urologique. Cela a nécessité d'investir à nouveau dans du matériel neuf de bloc opératoire.

Les personnels qui avaient accompagné le transfert des disciplines concernées ont été réintégrés dans leur établissement d'origine. Des sages-femmes sont, par exemple, revenues sur Montceau les Mines, alors que l'établissement ne disposait plus de maternité !

Il a, dès lors, fallu rechercher des postes sur le territoire et au-delà pour ces professionnelles, qui s'en trouvaient subitement privées.

Force est de constater qu'en dépit de toutes ces restructurations, le CHM n'a pas résolu ses difficultés financières majeures bien qu'il ait bénéficié de nombreuses et conséquentes aides en trésorerie ainsi que d'aides à l'investissement de la part des autorités de financement.

Au 1^{er} Janvier 2018, l'établissement a intégré le GHT Saône et Loire Bresse Morvan ainsi que la direction commune Nord 71, par délibération de ses instances. Il s'agissait là de débiter de nouvelles collaborations, notamment avec le CH de Chalon devenu site pivot du GHT. Rapidement, plusieurs fonctions supports ont été mutualisées conformément aux obligations réglementaires.

Dans ce contexte, un premier projet médico-soignant partagé de territoire a été écrit, prévoyant des exercices médicaux partagés entre les établissements de Chalon, de Montceau et d'Autun. Ce premier PMSPT a été l'opportunité de construire les prémices des parcours de soins gradués sur ce territoire.

Parallèlement, l'histoire du CHM a été marquée par la présentation de quatre dossiers de « *COPERMO établissement en difficultés* » ce qui a aussi contribué à faire évoluer l'offre de soins.

Lors du dernier COPERMO, en 2018, il a, par exemple, été préconisé de fermer la chirurgie conventionnelle et ambulatoire. Les autorisations de chirurgie complète et de chirurgie ambulatoire n'ont donc pas été renouvelées. Cela a conduit à la fermeture de la chirurgie et au transfert d'une partie des personnels de bloc et de ses spécialités sur le CH de Chalon. A ce moment-là, certains chirurgiens ont préféré partir travailler au CH d'Autun, à l'Hôtel Dieu du Creusot ou encore à Paray Le Monial.

Malgré ces nouvelles orientations prises en termes d'activités, la situation financière de l'établissement a continué de se dégrader.

A ce jour, les dettes sociales et fiscales du CH de Montceau les Mines s'élèvent à 28 M€, les dettes fournisseurs à 8 M€.

Dans ces conditions, l'établissement n'est plus en mesure d'investir alors même que ses besoins en la matière sont prépondérants.

De la même façon, les personnels de cette structure ainsi que les usagers émettent des inquiétudes fortes quant au devenir de l'hôpital de Montceau. Ces préoccupations sont également partagées par les professionnels libéraux du territoire.

Il est donc essentiel d'adresser un signal fort à toutes ces personnes en définissant un projet sécurisant et lisible pour cet établissement. Ce dernier a indéniablement un rôle central à jouer sur son territoire en termes d'offre de soins de premier recours.

Ce projet doit être porteur de sens pour les professionnels et ainsi concourir à leur recrutement et à leur fidélisation. En effet, la situation complexe de l'établissement a entraîné le départ de nombreux médecins ; situation s'inscrivant malheureusement dans un contexte d'évolution démographique médicale défavorable au plan national.

4 Une situation qui ne peut pas perdurer !

Le projet du CH de Montceau ne doit pas seulement permettre la restructuration de l'établissement mais lui insuffler un nouvel élan, devenu vital. Cet hôpital a toute sa place et sa légitimité sur le bassin de vie. Il se doit de répondre aux besoins de son territoire et notamment d'offrir à la population locale une prise en charge de qualité en médecine polyvalente, en pneumologie en cardiologie, mais également auprès de personnes souffrant de pathologies chroniques et des personnes âgées vieillissantes.

Cette typologie d'usagers correspond au « case mix » des patients pris en charge dans cet établissement et aux évolutions démographiques.

Les usagers et le personnel de cette structure, dont il faut saluer les capacités d'adaptation, ont besoin, aujourd'hui, de perspectives sécurisées et sécurisantes.

Il faut aussi leur garantir le développement des compétences nécessaires au nouveau dessein de cet établissement.

Le CH de Montceau les Mines doit être à la hauteur des responsabilités territoriales qui lui incombent et renouer avec une dynamique vertueuse tant dans sa gestion que dans ses projets. Il a désormais besoin d'une orientation claire sur son offre de soins ainsi que de perspectives pour ses bâtiments. En effet, ces derniers sont obsolètes et leur exploitation très coûteuse.

Par conséquent, le projet proposé vise à offrir au bassin de vie un hôpital neuf, dimensionné selon les besoins du territoire et soucieux de l'efficacité des prises en charge.

Ce dessein peut et doit porter une dynamique territoriale décloisonnée entre les différents secteurs et les multiples acteurs de la prise en soins. Il doit permettre de positionner le CH de Montceau en tant qu'établissement de premier recours dans une optique de gradation des soins hospitaliers. Cette orientation relève d'ailleurs du cadre réglementaire des hôpitaux de proximité, qui place ces établissements à l'interface de la ville et de l'hôpital.

En ce sens, le centre hospitalier de Montceau doit être un maillon essentiel de la collaboration avec le secteur libéral mais aussi un acteur majeur du parcours de soins au sein du GHT.

Dans cette perspective, les coopérations de type Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) permettront de consolider et sécuriser les filières entre les établissements concernés.

De la même façon, un projet collectif construit en relation étroite avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) « Centre-Saône et Loire » facilitera les interactions avec les acteurs libéraux.

Il est également important de noter que le CH de Montceau dispose d'une longue tradition de coopération dans le champ de la santé publique, domaine qu'il faudra faire perdurer.

Compte tenu de ces éléments, la labellisation du CHM en tant qu'« Hôpital de proximité » et sa reconstruction s'imposent.

5 Un avis conforté par la mission IGAS dit « T0 »

Entre février et mai 2022, les trois établissements Médecine – Chirurgie - Obstétrique (MCO) de la direction commune ont fait l'objet d'une mission IGAS dite « T0 ».

Le rapport, issu de cette mission en mai 2022, a préconisé, entre autre, la labellisation de l'hôpital de Montceau en hôpital de proximité pour lui offrir :

- ✓ Un projet à hauteur des besoins du territoire ;
- ✓ Des perspectives durables et cohérentes en réaffirmant son utilité ;
- ✓ Une sanctuarisation de ses financements ;
- ✓ Des conditions d'une stabilité financière.

Dans ce contexte, la mission a recommandé la fin des activités nécessitant le recours à l'anesthésie au CH de Montceau, à savoir :

- ✓ Arrêt des endoscopies sous anesthésie générale ;
 - ✓ Arrêt des poses de pacemaker ;
 - ✓ Arrêt des poses des chambres implantables ;
 - ✓ Fermeture des soins continus ;
 - ✓ Mutualisation des urgences en nuit profondes entre le CHM et l'Hôtel Dieu du Creusot ⁴.
- } Fermeture du bloc

6 Demain, un nouvel hôpital : Méthodologie de l'équipe projet

Afin d'élaborer un projet cohérent, l'équipe projet s'est appuyée sur six prérequis :

- ✓ Les préconisations de l'IGAS et notamment la labellisation « Hôpital de proximité » du CH de Montceau ;
- ✓ La législation en lien avec les hôpitaux de proximité ;
- ✓ Les données démographiques locales ;
- ✓ La définition d'une offre de soins cohérente avec le projet médico-soignant partagé de territoire, comme réponse locale et graduée aux parcours patients ;
- ✓ La nécessité de construire un hôpital neuf ;
- ✓ Le dimensionnement théorique des équipes et des organisations sans tenir compte, dans un premier temps de l'existant.

En résumé, ce travail repose sur une construction ex nihilo d'un nouveau projet pour le CH de Montceau.

Bien-entendu, un travail secondaire sera nécessaire dans l'intervalle de la construction de la nouvelle structure pour réaliser les opérations de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) qui permettront de mettre en adéquation les ressources humaines avec le projet.

En ce sens, l'appartenance au GHT pourra être un levier précieux pour créer des outils innovants en matière de RH comme, par exemple, la création d'une bourse mutualisée à l'emploi.

⁴ Cf. rapport IGAS, mission T0 juin 2022

A partir des éléments évoqués ci-dessus et de la prise en compte de l'existant, le groupe de travail s'est attaché à repositionner l'établissement sur le périmètre de l'offre de soins suivante :

- ✓ Maintien du SAU, du SMUR, de l'UHCD et création de 4 lits d'Unité de Soins Renforcés (réforme des soins continus et de la réanimation) ;
- ✓ Renforcement de la filière gériatrique avec la création d'une USLD de 30 lits ;
- ✓ Maintien de l'offre en réadaptation et rééducation avec les 60 lits de SSR à orientation polyvalent et gériatrique et 5 places d'hôpital de jour ;
- ✓ Maintien du SSR addictologique 16 lits et création de 4 places d'hôpital de jour ;
- ✓ Maintien de l'unité de médecine ambulatoire à orientation oncologique (10 places) ;
- ✓ Maintien des équipes mobiles et de liaison (gériatrie, soins palliatifs, addictologie, ELSA) ;
- ✓ Maintien d'un plateau médico technique équipé :
 - D'une imagerie conventionnelle ;
 - D'un scanner ;
 - D'une IRM ;
 - D'une mammographie ;
 - D'un laboratoire d'urgence avec biologie délocalisée ;
 - D'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) unique avec le CHWM.

- ✓ Evolution de l'offre de proximité en médecine polyvalente à orientation cardiologique, pneumologique et addictologique en lien avec les besoins du territoire et dans un souci de privilégier la proximité ;
- ✓ Création d'une unité de soins palliatifs (USP) territoriale de 10 lits.

Pour dimensionner ces unités de soins, le DIM de territoire a analysé la consommation de soins nécessaire pour le bassin de vie, tenant compte des perspectives démographiques. Ces études ont permis de définir le capacitaire cible de chacune des activités ci-dessus mentionnées.

Concomitamment, un travail de définition des surfaces à reconstruire a été réalisé. Cela a permis de définir la structuration du nouveau bâtiment, sur trois niveaux (deux étages), pour une surface totale de 18.443m² avec une hélistation sur son toit. L'ingénieur en charge de ce dossier a ébauché un pré programme.

Par ailleurs, une estimation financière des dépenses et des recettes dans cette nouvelle configuration a été réalisée. Le DIM de territoire a également réalisé plusieurs projections tenant compte des différentes réformes financières en cours ou à venir (*dotation populationnelle des urgences, du SSR, financement des hôpitaux de proximité*). Ces considérations financières restent toutefois à consolider compte-tenu de toutes ces inconnues.

En effet, les textes régissant ces différentes réformes n'ont pas encore été tous publiés.

De la même façon, la trajectoire financière a été réalisée avec la mobilisation des divers fonds :

- ✓ Les aides Ségur à hauteur de 6.7 millions d'euros ;
- ✓ Un besoin de 35 M€ d'aide de la part des organismes gestionnaires dont 3 M€ pour les frais relatifs aux études préalables ;
- ✓ Un recours à l'emprunt à hauteur de 46 M€ sur 30 ans.

NB : Les aides Ségur restantes après la rénovation des urgences, la création des lits d'USR et de l'USLD seraient sanctuarisées et intégrées dans cette trajectoire financière.

Enfin, la trajectoire financière intègre une projection en termes de retour sur investissement concernant notamment la consommation de fluides. En effet, un nouveau bâtiment permettra d'améliorer les performances énergétiques du centre hospitalier.

En parallèle, les organisations soignantes ont été repensées dans une recherche d'efficience. Ainsi, les charges de titre I ont été ajustées aux besoins avec, pour prisme de travail, une dynamique collaborative rapprochée et indispensable avec le site pivot.

7 L'offre de soins projetée dans le cadre de la labellisation du CH de Montceau « hôpital de proximité »

Conformément au rapport IGAS, il est envisagé de labelliser l'hôpital de Montceau en tant qu'hôpital de proximité. Cela implique dès lors de redéfinir le contour de ses activités.

Selon les textes réglementaires, les hôpitaux de proximité doivent développer une offre de soins coordonnée et construire une gouvernance partagée. Pour cela, quatre missions leur incombent :

- ✓ Un appui de premier recours pour les acteurs du territoire, avec un projet médical et soignant définissant les modalités de fonctionnement partagées. Il décrira également la structuration des 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 ;
- ✓ 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 ;
 - 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.

7.1 Dimensionnement du projet

Actuellement, l'activité de médecine correspond à 16.680 journées d'hospitalisations complètes :

- ✓ Hors soins continus : non reconduits dans ce projet ;
- ✓ Hors soins palliatifs : faisant l'objet dans le futur d'une unité spécifique.

Un des objectifs du projet est d'optimiser le parcours patient et de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS).

Actuellement, l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS) du CH de Montceau s'élève à 1.25. Une étude des statistiques d'activité des hôpitaux de proximité, laisse à penser qu'un objectif d'IPDMS à 1 est très hypothétique.

Cependant, une analyse réalisée sur la base de données Diamant® permet, au regard des DMS observées par Groupe Homogène de Malades (GHM) sur la patientèle âgée, d'envisager un IPDMS à 1,1, hypothèse plus réaliste.

Dans ces conditions et comparativement aux activités 2019-2022 (excluant 2020 pour cause de pandémie de COVID 19), le besoin en lits est compris entre 89 et 112. Ces données intègrent les fluctuations saisonnières d'activité et s'appuient sur un taux moyen d'occupation des lits à 95 %.

Par conséquent, le projet prévoit des services de 24 chambres dont 4 doubles (28 lits possibles). Ce dimensionnement des unités offrirait une flexibilité architecturale et organisationnelle permettant une adaptation facilitée aux variations saisonnières d'activités.

7.2 Redéfinition de l'offre de soins

L'équipe projet, sur la base des données PMSI propose de :

- ✓ Redimensionner le nombre de services :
 - Trois services de médecine polyvalente (de 28 lits) dont deux à orientation spécialisées (cardiologique, pneumologique, oncologique et addictologique) avec possibilité de réaliser de la polysomnographie en hospitalisation de nuit ;
 - Un court séjour gériatrique (CSG) de 28 lits ;
 - Une unité territoriale de soins palliatifs de 10 lits ;
 - Un service d'urgences/SMUR, une UHCD de 6 lits et une unité de soins renforcés de 4 lits adossés à ce service (à ce jour, la question d'une mutualisation en nuit profonde des services d'urgences du CH de Montceau et de l'Hôtel Dieu du Creusot est à l'étude telle que préconisée par la mission IGAS). Toutefois ce projet intègre un maintien des urgences ouvert 24h/24 ;
 - 10 places d'UMA à orientation oncologique de préférence.

- ✓ Maintenir et développer les équipes mobiles :
 - Soins palliatifs ;
 - Gériatrie ;
 - Addictologie ;
 - Psychiatrie de liaison.

- ✓ Renforcer le pôle de réadaptation à vocation gériatrique et addictologique :
 - 60 lits de SSR à orientation polyvalente et gériatrique et 5 places d'HDJ
 - 16 lits de SSR addictologie + 4 places d'hôpital de jour addictologie (à créer)

- ✓ Développer la filière gériatrique :
 - Un EHPAD de 112 places est adossé à cet établissement. Il faudra rediscuter des conditions d'accueil et de la rénovation des bâtiments (projet complémentaire) ;
 - Des modalités d'EHPAD hors les murs en cours de structuration ;

- 4 unités Alzheimer sur les communes de Blanzly, Montceau, Saint Vallier, Sanvignes-les-Mines (dont une UHR) ;
- 30 lits d'USLD à créer conformément aux attentes de PRS 2018-2028 ;
- ✓ Renforcer le plateau de consultations multidisciplinaires avancées ;
- ✓ Maintenir un plateau médicotechnique avec endoscopies gastriques (hors anesthésie), bronchiques, urinaires, EFR, épreuves d'effort cardiologiques ;
- ✓ Maintenir le service d'imagerie conventionnelle, le scanner et l'IRM ;
- ✓ Structurer un laboratoire de biologie d'urgence avec de la biologie délocalisée ;
- ✓ Externaliser la lingerie et les prestations hôtelières :
 - La prestation « linge résident » sera confiée au GCS du Chalonnais ;
 - Un projet de cuisine centralisée à l'initiative de la ville est en cours d'étude.

Ainsi dimensionné, le CH de Montceau répondrait pleinement à ses missions de futur hôpital de proximité.

***NB** : Ce projet n'intègre pas de récupération de parts de marché sur d'autres segments d'activité. En effet, les besoins non couverts sont marginaux et n'entrent pas dans les segments d'activités proposées ci-dessus. En revanche, des séjours supplémentaires sur la base de la nouvelle offre de soins du CH ont été quantifiés, basés sur l'efficacité. Il paraît essentiel de développer les parcours patients entre le site pivot et le CH de Montceau. Cela permettrait entre autres d'accélérer le retour des usagers au plus près de leur domicile à l'issue d'une hospitalisation sur l'établissement support du GHT.*

Un effet hôpital neuf a été également intégré en termes de volume d'activité.

7.3 Synthèse de l'évolution du programme capacitaire

Lits			Différentiel
	Situation actuelle	Situation future	
Médecine 1 (médecine polyvalente)	24	28	+4
Médecine 2 (Pneumo)	24	28	+4
Médecine 3 (cardio)	24	28	+4
CSG	24	28	+4
UHCD	6	6	0
USC	10	0 (Evolution législative)	-10
USR	0	4 (donnée du RUB)	+4
USP	10	10	0
SSR I	22	30	8
SSR2	22	30	8
USLD	0	30	+30
SSR Addictologie	16	16	0
Total	182	238	+56
Places			Différentiel
	Situation actuelle	Situation future	
SSR gériatrie HDJ	5	5	0
SSR Addictologie HDJ	0	4	+4
Onco HDJ	10	10	0
Total	15	19	+4

Il est à noter que l'évolution du capacitaire est favorable pour le CH. En effet, elle crée un supplément de 56 lits et de 4 places.

8 Les conditions de la réussite de la labellisation

Un des facteurs de réussite de ce projet repose sur la définition d'un projet médico-soignant lisible, engageant, respectueux du cadre législatif des hôpitaux de proximité et répondant aux besoins du territoire.

Après Louhans et Chagny, le CH de Montceau doit, au travers de cette dynamique de labellisation, être le fer de lance d'une offre de soins médicale de proximité bénéficiant d'une expertise croisée avec le site pivot (CHWM).

L'établissement a l'ambition, la volonté et les capacités pour devenir un pôle d'excellence dans la prévention et le suivi des pathologies chroniques, véritable enjeu national de santé publique.

La réussite de cette labellisation dépend aussi de la coopération et de l'implication des équipes médicales chalonnaises. En effet, au regard de l'article 35 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019, les consultations de spécialités sont considérées comme des activités cliniques obligatoires pour obtenir la labellisation « hôpital de proximité ». Cette complémentarité entre praticiens du GHT offrira à la population locale, l'accès à un plateau de consultations avancées et multidisciplinaires en proximité immédiate de leur bassin de vie.

Un facteur de réussite complémentaire repose dans la capacité du CH à mobiliser des dispositifs innovants qu'ils soient :

- ✓ Technologiques : la télé-expertise, la télé-médecine...
- ✓ Architecturaux et/ou bâtimentaires (matériaux bio-sourcés...) pour contenir les coûts d'exploitation et être écoresponsables
- ✓ Managériaux pour redonner confiance au personnel.

En outre, la sécurisation des coopérations telle que prévue par la législation est indispensable. Elles doivent prendre appui sur des coopérations telles que les FMIH, les pôles inter établissements et les GCS.

8.1 La reconstruction de l'hôpital de Montceau : un incontournable pour son avenir !

Au-delà de la labellisation du CH de Montceau, sa reconstruction devient indispensable pour garantir la continuité de son exploitation. Elle offre une réelle opportunité d'interroger la nécessité de reconstruire cet établissement.

D'une part, la vétusté de certains locaux (partie ancienne des années 60), rend difficile son exploitation, occasionne des surcoûts majeurs (énergie, absence de fonctionnalité) et impacte fortement la gestion des ressources humaines.

D'autre part, elle ne permet plus de garantir une sécurité optimale aux personnes fréquentant cet établissement (risque incendie...).

Face à ces constats, il est devenu impérieux de reconstruire cet établissement avec une logique d'adaptabilité tant dans les esprits que dans les espaces.

Au-delà de cet aspect sécuritaire, les conditions d'accueil ne répondent plus aux standards attendus par la population et les équipes de soins au XXI^{ème} siècle.

L'évolution des bâtiments et leur adaptation aux contraintes actuelles sont également devenues nécessaires pour l'attractivité des professionnels. En effet, les soignants doivent s'adapter en permanence à des locaux inadéquats et obsolètes (changements fréquents de lits, plusieurs fois par patients, de jour, comme de nuit...).

Ce constat est d'autant plus vrai dans un contexte national de tension de démographie médicale et paramédicale.

La construction d'un nouveau bâtiment permettra aussi de respecter les normes en vigueur, qu'elles soient architecturales et constructives notamment en termes de développement durable. Cela engendrera une diminution très significative des consommations d'énergie et améliorera le bilan carbone de la structure.

Cette reconstruction utilisera des matériaux vertueux pour correspondre aux exigences du développement durable.

De la même façon, ce projet doit s'attacher à donner plus de cohérence entre les organisations polaires et architecturales. Le rapprochement géographique des unités composant les pôles devrait faciliter les différents flux patients, donner plus de cohérence aux organisations et à la gestion des ressources humaines.

En parallèle, il est incontournable de renforcer les coopérations et la mutualisation des fonctions supports avec le site pivot, en particulier pour la Direction des Ressources Humaines.

Toutefois, une spécialisation des acteurs RH sur les domaines tels que la paye, les droits à la retraite, la gestion de l'absentéisme doit être entreprise à l'échelle du GHT et de ce fait éviter les doublons. L'acquisition récente d'un logiciel commun de gestion du temps de travail devrait faciliter cette convergence.

Enfin, dans ce projet, les fonctions supports sont dimensionnées avec comme point d'orgue, un objectif d'optimisation.

Le système d'information, la fonctions achats, la direction qualité, le DIM et la direction du biomédical sont d'ores et déjà mutualisées.

Conjointement, la fonction finance va rapidement prendre cette orientation avec une direction des affaires financières unique pour la direction commune. Elle aura pour objectif d'harmoniser les outils de reporting, les méthodes utilisées et de consolider les données financières. Elle sera aidée dans sa tâche par une équipe de contrôleurs de gestion.

9 Les nouveaux modes de financement des hôpitaux de proximité

La labellisation en tant qu'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 des activités d'hospitalisation, de médecine et de consultations prenant pour base de calcul la moyenne des recettes des deux dernières années. Ainsi les labellisations accordées en 2023 seront basées sur les recettes 2021 de médecine effectivement perçues (*intégrant les effets Ségur*).
- ✓ La dotation de responsabilité territoriale combinant :
 - Une part fixe (*dotation plancher de 75.000 €*) ;
 - Une part variable « au projet ».
- ✓ Le bonus à la qualité avec des indicateurs qui seront cohérents avec ceux retenus pour la CPTS selon l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel).
- ✓ Les autres activités, urgences, SSR demeurent financés selon la réglementation en vigueur intégrant la réforme actuelle des urgences et celle du SSR à venir.

Il est à noter, à ce stade, que la trajectoire financière devra être consolidée, compte tenu des nombreuses inconnues concernant les arbitrages sur le montant de :

- ✓ La dotation territoriale ;
- ✓ Le bonus qualité ;
- ✓ La dotation populationnelle consécutive à la réforme du financement des urgences ;
- ✓ Les modalités de financement des unités de soins renforcées (réforme soins critiques) ;
- ✓ Les effets de la réforme du financement des SSR dans sa pleine application ;
- ✓ Les aides à l'investissement dont pourrait bénéficier ou non l'établissement ;
- ✓ La volatilité des marchés pour les taux d'intérêts des emprunts ;

- ✓ Le calendrier de la labellisation et de la fermeture effective des soins continus ;
- ✓ Le traitement global des dettes fiscales et sociales et des dettes fournisseurs ;
- ✓ L'incertitude des coûts inhérents à l'énergie (gaz, électricité...).

10 Les ambitions du projet

Ce nouvel hôpital doit être le projet d'une institution publique qui, à ce titre porte une quadruple responsabilité :

- ✓ Une responsabilité sociale à l'égard des patients (droits, libertés, humanité ...) ;
- ✓ Une responsabilité vis-à-vis de ses professionnels (qualité de vie au travail, attractivité, fidélisation ...) ;
- ✓ Une responsabilité écologique (développement durable, économie d'énergies...) ;
- ✓ Une responsabilité économique.

Malgré la vétusté des infrastructures, le CH de Montceau dispose d'un réel atout. Il possède en effet un parc arboré avec des espaces verts agréables et spacieux qu'il conviendrait de conserver dans le cadre du nouvel hôpital.

L'écosystème environnemental participe grandement à la qualité du séjour et à la satisfaction des patients sans compter ses vertus reconnues en matière d'impact thérapeutique et d'ambiance institutionnelle globale.

10.1 Donner de la cohérence à l'organisation polaire.

Malgré les obligations réglementaires relatives à la loi HPST de 2009, le CH de Montceau n'a pas encore consolidé son organisation polaire même si l'organisation interne est définie en pôles d'activités.

Le projet d'un nouvel hôpital sur Montceau les Mines vise donc à redéfinir une organisation polaire cohérente reposant à la fois sur des pôles internes et des pôles inter-établissements. Les synergies entre acteurs et partenaires de soins sont, dans cette configuration architecturale actuelle, peu propices à une prise en charge efficiente des personnes accueillies ainsi qu'à une dynamique d'équipe satisfaisante.

La vétusté et l'inadéquation des locaux sont des thématiques récurrentes et majoritaires au niveau des réclamations des usagers.

Le projet du nouvel hôpital de Montceau permettra de répondre, en grande partie, à ces problématiques en réalisant un projet à la fois innovant, adapté au projet de soins, répondant aux standards de qualité des prises en charge ainsi qu'aux attentes légitimes des patients et de leurs familles.

10.2 Moderniser l'infrastructure, optimiser l'organisation et améliorer les conditions de travail.

Les locaux du nouvel hôpital de Montceau permettront une sécurisation et une conformité des installations. Ceci facilitera l'intervention et la réactivité des services de sécurité et/ou de maintenance.

Cette reconstruction permettra également l'humanisation des locaux :

- ✓ Un nombre de sanitaires plus importants ;
- ✓ Des chambres individuelles supplémentaires (générateur de sources de facturations supplémentaires) ;
- ✓ Des locaux d'hospitalisation plus spacieux : les bâtiments étant prévus pour être construits en respectant le ratio de standard actuel de SDO (Surface dans œuvre) par patient pour un établissement MCO. Cela facilitera la surveillance, le confort et la qualité des prises en charge.

Les locaux neufs permettront également d'améliorer les conditions d'accueil des usagers et les conditions de travail des agents :

- ✓ Un meilleur repérage ;
- ✓ Une optimisation de la gestion des entrées ;
- ✓ Une meilleure adéquation entre les besoins et la gestion des lits ;
- ✓ Une rationalisation des locaux et une plus grande ergonomie ;
- ✓ Une plus grande proximité entre les pôles qui facilitera l'optimisation du fonctionnement ;
- ✓ Des synergies facilitées entre les professionnels.

10.3 Construire durablement : des bâtiments innovants et éco responsables

Le schéma directeur s'appuie sur un projet conforme à la norme RT 2020.

La volonté du CH de Montceau est de profiter de cette reconstruction pour mettre en œuvre une politique de développement durable ayant un impact environnemental favorable, au travers de matériaux choisis, de techniques de construction modernes, d'un projet architectural innovant...

Dans ce projet, il est estimé un gain financier de 600 k€ par an, notamment en lien avec une diminution des consommations des fluides.

A l'horizon 2033, les économies pourraient être plus importantes compte tenu de la fin des contrats en cours.

10.4 Améliorer la prise en charge des usagers

La qualité des locaux neufs contribuera grandement à la qualité de l'accueil, au confort des usagers, au bien-être des professionnels et dans une moindre mesure, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La situation géographique du CH de Montceau ainsi que le parc qui l'entoure créent des conditions favorables à l'apaisement, à l'intimité et co-participent à une évolution favorable des prises en charge. Ces atouts seront également une plus-value dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

10.4.1 Optimiser l'organisation

Le projet intègre l'accueil des usagers et de leurs familles par le biais d'un guichet unique. Cette architecture recentrée garantira davantage de confidentialité et plus de lisibilité.

De la même façon, la logique polaire qui domine ces regroupements architecturaux donnera plus de lisibilité au parcours patient mais aussi aux visiteurs.

Par ailleurs, la géographie des installations délimitera les circuits d'hospitalisation de courte, moyenne et longue durée (pôle de réhabilitation).

10.4.2 Standardiser et mutualiser des locaux

Des lieux d'échange et de rencontre mutualisés faciliteront les collaborations entre les professionnels.

Il est prévu à l'échelle des quatre services de médecine une mutualisation de locaux comme, par exemple, un salon de sortie commun et des bureaux permettant l'accueil des professionnels des autres sites du GHT.

II Le projet architectural et les données d'entrée

Le projet prévoit la construction d'un bâtiment de 18.443 m² sur deux étages dont une hélistation de 529 m².

Le coût des travaux s'élève à 40,574 M€ HT soit 63,296 M€ TTC - TDC hors équipements (Coefficient TDC de 56%).

Parallèlement, le coût de la déconstruction s'élèverait à 1,65 M€ TTC (hors désamiantage).

Enfin, le coût des équipements est estimé à 4,3 M€ TTC, ce qui intègre l'informatique, les équipements biomédicaux et hôteliers.

Le coût total des travaux, de la démolition et des équipements est donc de 69,246 M€ TTC.

Ce projet de construction ne nécessitera pas de phasage particulier car l'emprise foncière, après destruction de l'IFSI relocalisé au Lycée Théodore Monnot à Blanzay, permettra de réaliser les travaux nécessaires sans pénaliser l'exploitation de l'ancien bâtiment.

D'un point de vue calendaire, il convient de prévoir :

- ✓ Un an et demi d'étude ;
- ✓ Un an pour réaliser le dialogue compétitif et désigner le groupement ayant reçu l'agrément des organismes gestionnaires et des parties prenantes ;
- ✓ Deux ans pour la construction.

Les objectifs du projet sont :

- ✓ D'intégrer l'évolution des activités et les stratégies du projet médical du CH de Montceau en lien avec le Projet Régional de Santé ARS BFC et le Projet Médico-Soignant Partagé de Territoire ;
- ✓ De regrouper géographiquement les locaux dans une logique polaire et intersectorielle ;
- ✓ De créer des surfaces adaptées aux besoins actuels, en atteignant le ratio par lit de 69,70 m² SDO, en créant des conditions respectant l'intimité, la dignité et le confort des usagers ;
- ✓ De mettre au niveau réglementaire le bâti et améliorer les performances énergétiques ;
- ✓ D'améliorer la qualité de vie des patients et des conditions de travail du personnel ;

- ✓ D'optimiser l'accessibilité des services communs ;
- ✓ De faciliter la transformation numérique.

Ces données seront intégrées dans une mise à jour du schéma directeur du NHM. Le projet prévoit :

- ✓ La construction de 17.914 m² de nouveaux bâtiments avec un prix moyen du m² de 2.200€ + une hélistation de 529 m².
- ✓ La démolition de 20.960 m² de bâtiments existants pour un montant de 1,65 M€ (Hors « bateau » ; en effet, ce bâtiment iconique sera destiné à accueillir des activités sociales ou médico-sociales).

Si l'on compare avec de récents dossiers de reconstruction d'hôpitaux neufs, la projection relative à ce projet semble cohérente. En effet, en comparant le rapport SDO par lit et place avec ces dossiers, la structuration du CH de Montceau s'avère pertinente notamment en raison des économies d'échelles. Les rapport SDO/ lits et places est :

- Pour le CH de Montceau les Mines :
 - 17.914 m² pour 257 lits et places soit une surface de 69,70 m² par lit et place.

Les travaux seront organisés en une seule phase de construction, après démolition de l'IFSI et des bâtiments des services généraux.

Une phase secondaire sera consacrée à la déconstruction des bâtiments historiques.

Identification du projet / calendrier	
Type d'activité lié au projet	Médecine, SSR
Principales activités concernées par l'opération	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 238 lits d'hospitalisation complète, répartis sur 220 chambres ; ✓ 19 places (10 UMA - 5 HDJ SSR – 4 HDJ Addictologie) ; ✓ Plateaux médicotechniques (imagerie, endoscopie, exploration fonctionnelle ...) ; ✓ Services logistiques, généraux et techniques.
Nature des travaux	Construction neuve d'un seul bâtiment évolutif (<i>permettant de construire un étage supplémentaire si besoin</i>).
Mode de portage du projet	Exploitation.
Date de début des travaux <i>Cf. tableau ci-dessous</i>	Phase 1 : Etude et désignation du groupement = 2,5 ans ; Phase 2 : Attribution du marché et début de la construction = 2 ans ; Phase 3 : Ouverture des bâtiments et déménagement des différents services de l'établissement en parallèle de la démolition ; Phase 4 : Démolition des bâtiments historiques.
Date de livraison	Phase 1 : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 06/2023 (études) ; ✓ 01/2025 : Démarrage du dialogue compétitif ; Phase 2 : 01/2026 ; Phase 3 : 01/2028 ; Phase 4 : 01/2028.

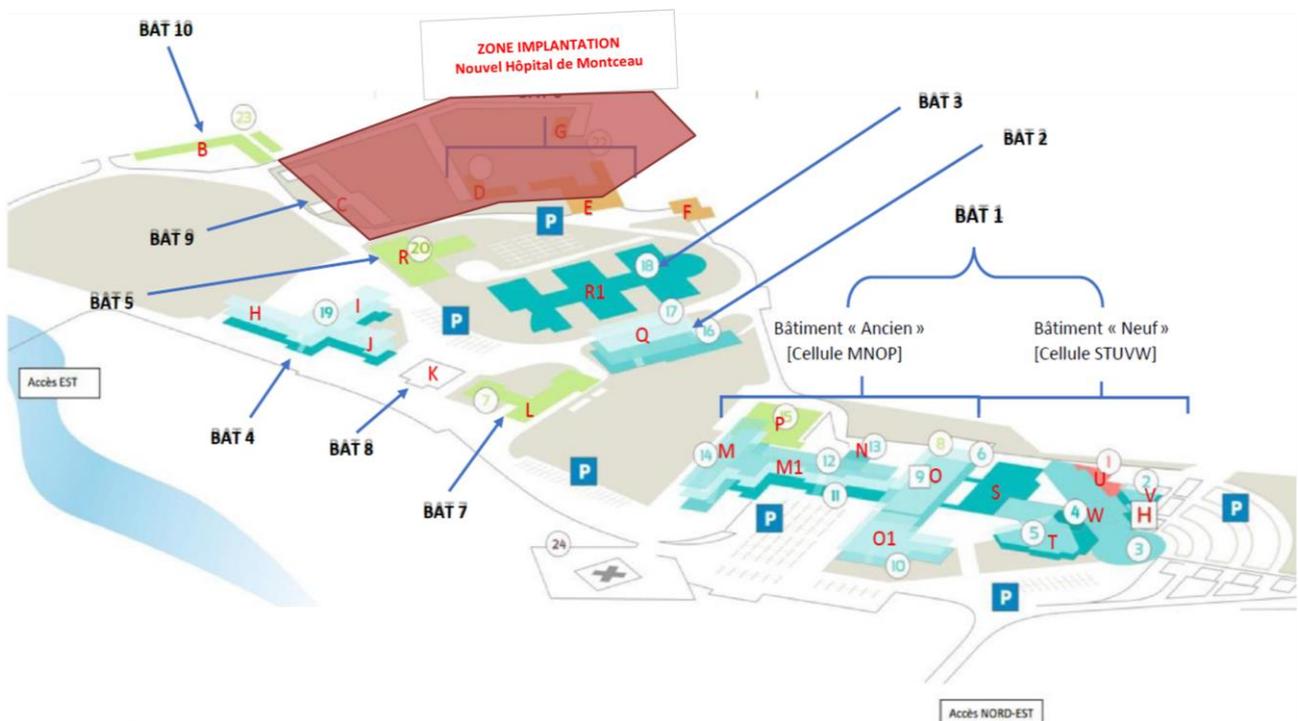
1.1.1 Plan actuel de l'hôpital de Montceau



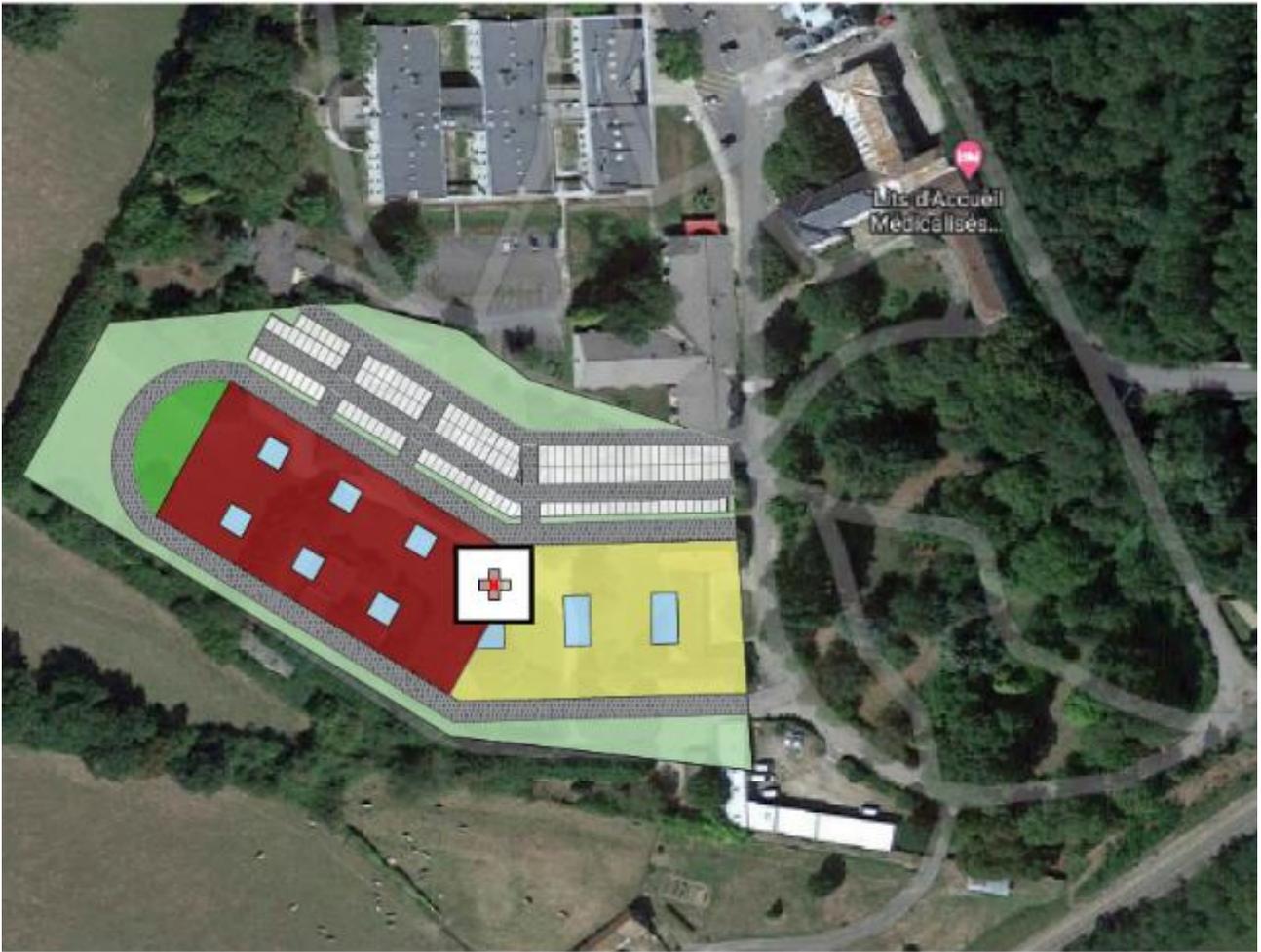
PLAN DE L'ETABLISSEMENT

H	Entrée principale	11	Médecine du travail	20	EHPAD Les Glycine - Blanchisserie
1	Urgences	12	Administration	22	IFST
2	Plateau technique médecine	13	Laboratoire	23	Ateliers, zone technique
3	Pneumologie, Oncologie, C.S.G	14	Cardiologie, SSR addictologie, Médecine Polyvalente	24	Hélistation
4	Accueil, admissions, Consult. Externes	15	Cuisine		
5	Soins continus, Cardio C.E.	16	Chambre mortuaire		
6	Imagerie (IRM, scanner, radiologie)	17	SSR Chopin - SSR Mozart - Internat		
7	Magasin général (toutes livraisons)	18	EHPAD Les Lys		
8	Livraisons pharmacie	19	L.A.M.		
9	Pharmacie, CPP, Anesthésie C.E.				
10	Hôpital de jour				

1.1.2 Plan global d'implantation du nouvel hôpital de Montceau



11.3 Implantation du NHM en vue aérienne



11.4 Programme technique détaillé du NHM

						Chambres	Lits	Places	Observations	SU	SDO (1,35)	ETAGE
HOSPITALISATION											12172 m²	
Services de médecine										3259 m²	4400 m²	
	Cardiologie	1 salon de sortie mutualisé	24	28	5	prévoir 1 ch bariatrique / service Rails lève malade dans toutes les chambres		815 m ²	1100 m ²	2		
	Pneumologie		24	28				815 m ²	1100 m ²	2		
	Médecine polyvalente		24	28				815 m ²	1100 m ²	2		
	CSG		24	28				815 m ²	1100 m ²	1		
USLD										889 m²	1200 m²	
	Service de 30 lits		30	30		vers SSR mutualisation salle kiné		889 m ²	1200 m ²	1		
SAU										1063 m²	1435 m²	
	Services des Urgences	UHCD	6	6		Voir hélistation en toiture		963 m ²	1300 m ²	RDC		
		soins renforcés	4	4				100 m ²	135 m ²	RDC		
UMA										467 m²	630 m²	
		Box individuel			10			444 m ²	600 m ²	2		
		Salon entrée de sortie			4			22 m ²	30 m ²	2		
Soins Palliatifs										667 m²	900 m²	
		USP	10	10		Salon famille à intégrer		593 m ²	800 m ²	RDC		
		UMSP						74 m ²	100 m ²	RDC		
Addictologie										732 m²	989 m²	
		SSR	16	16				519 m ²	700 m ²	1		
		HDJ			4	accès extérieur pour HDJ		178 m ²	240 m ²	1		
		Equipe mobile				3 bureaux		36 m ²	49 m ²	RDC		
SSR										1940 m²	2619 m²	
	SSR1		29	30				889 m ²	1200 m ²	1		
	SSR2		29	30				904 m ²	1220 m ²	1		
		HDJ			5	Cuisine pédagogique, espaces verts et kiné mutualisée avec addicto		111 m ²	150 m ²	1		
		Equipe mobile de gériatrie				3 bureaux à proximité du SAU		36 m ²	49 m ²	RDC		
TOTAL			220	238	28			9016 m²	12172 m²			

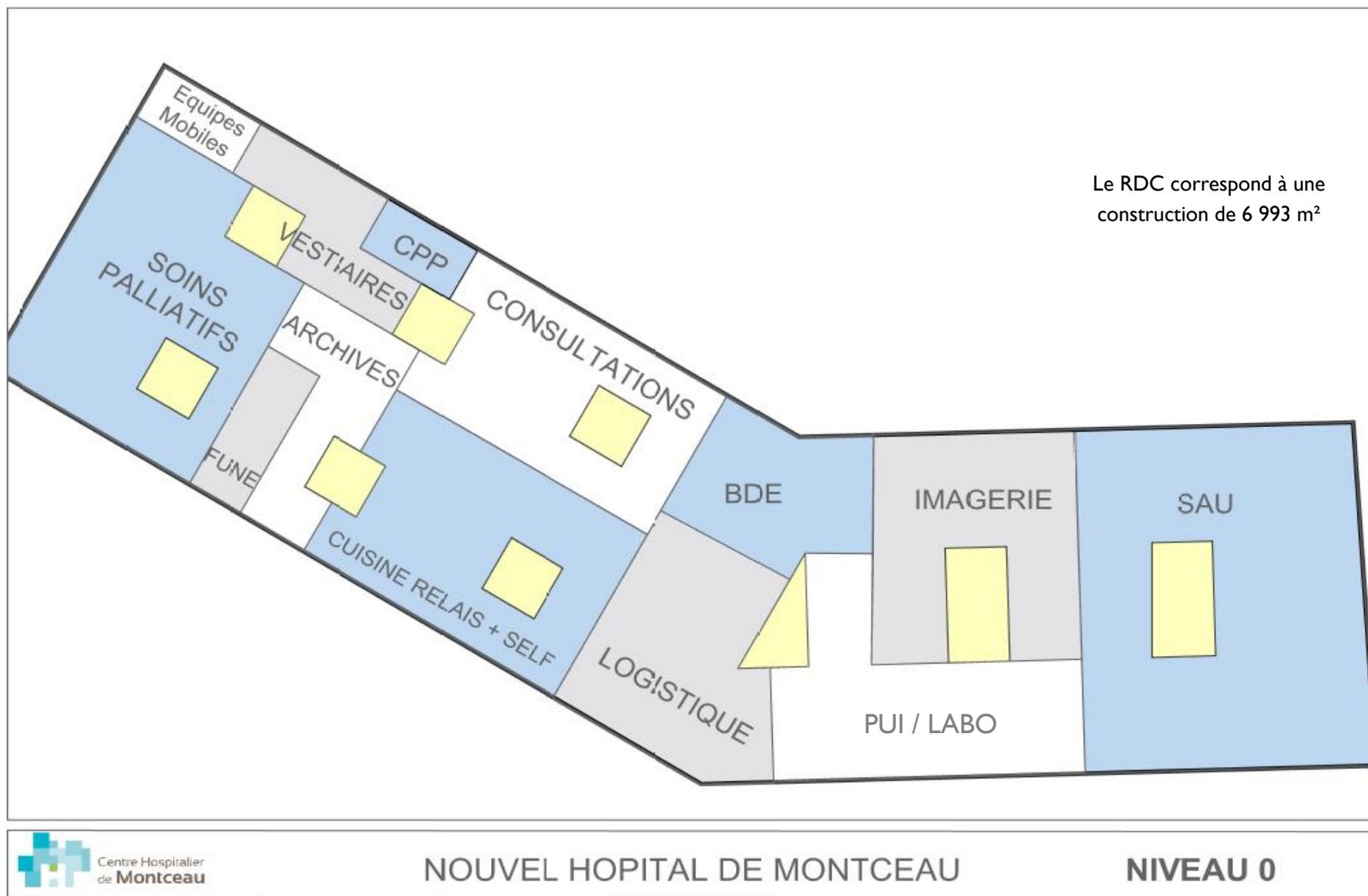
LOCAUX D'ACTIVITE											2782 m²	
Plateau consultation										410 m²	581 m²	
	Accueil mutualisé + attente		1	75				75 m ²	101 m ²	RDC		
	Salle petits gestes		2	25		proximité plateau technique		50 m ²	68 m ²	RDC		
	Box examen chirurgie		4	20				80 m ²	108 m ²	RDC		
	stockage		1	20				20 m ²	27 m ²	RDC		
	Salle de staff		1	25				25 m ²	34 m ²	RDC		
	Bureau médecine		5	12		1 par spécialité		60 m ²	81 m ²	RDC		
	Box médecine		5	20				100 m ²	135 m ²	RDC		
	Sanitaires PMR vis et pers		4	5				20 m ²	27 m ²	RDC		
Plateau technique										504 m²	680 m²	
	idem actuellement pour l'imagerie						*	504 m ²	680 m ²	RDC		
CPP										60 m²	81 m²	
	1 bureau + 1 salle		1	60				60 m ²	81 m ²	RDC		
PUI										578 m²	780 m²	
	idem actuel sans ucr		1	780				578 m ²	780 m ²	RDC		
Funérarium										111 m²	111 m²	
	moitié de Chalon			5 cellules	150	dont une bariatrique		111 m ²	150 m ²	RDC		
Biologie										171 m²	231 m²	
	Moitié actuelle	Voir pour pneumatique	1	190		1 partie délocalisée au SAU (environ 20 m ²) accès facilité pour les autres services		141 m ²	190 m ²	1		
	Dépôt de sang		1	30				30 m ²	41 m ²	1		
Admissions BDE										204 m²	275 m²	
	Admissions		4	10				40 m ²	54 m ²	RDC		
	régie		1	12				12 m ²	16 m ²	RDC		
	2 Bureaux double		2	20				40 m ²	54 m ²	RDC		
	Bureau cadre		1	12				12 m ²	16 m ²	RDC		
	Accueil / Attente		1	100				100 m ²	135 m ²	RDC		
Service hygiène										32 m²	43 m²	
	1 sp 1 dbl	1	12	1	20			32 m ²	43 m ²	1		
TOTAL								2038 m²	2782 m²			

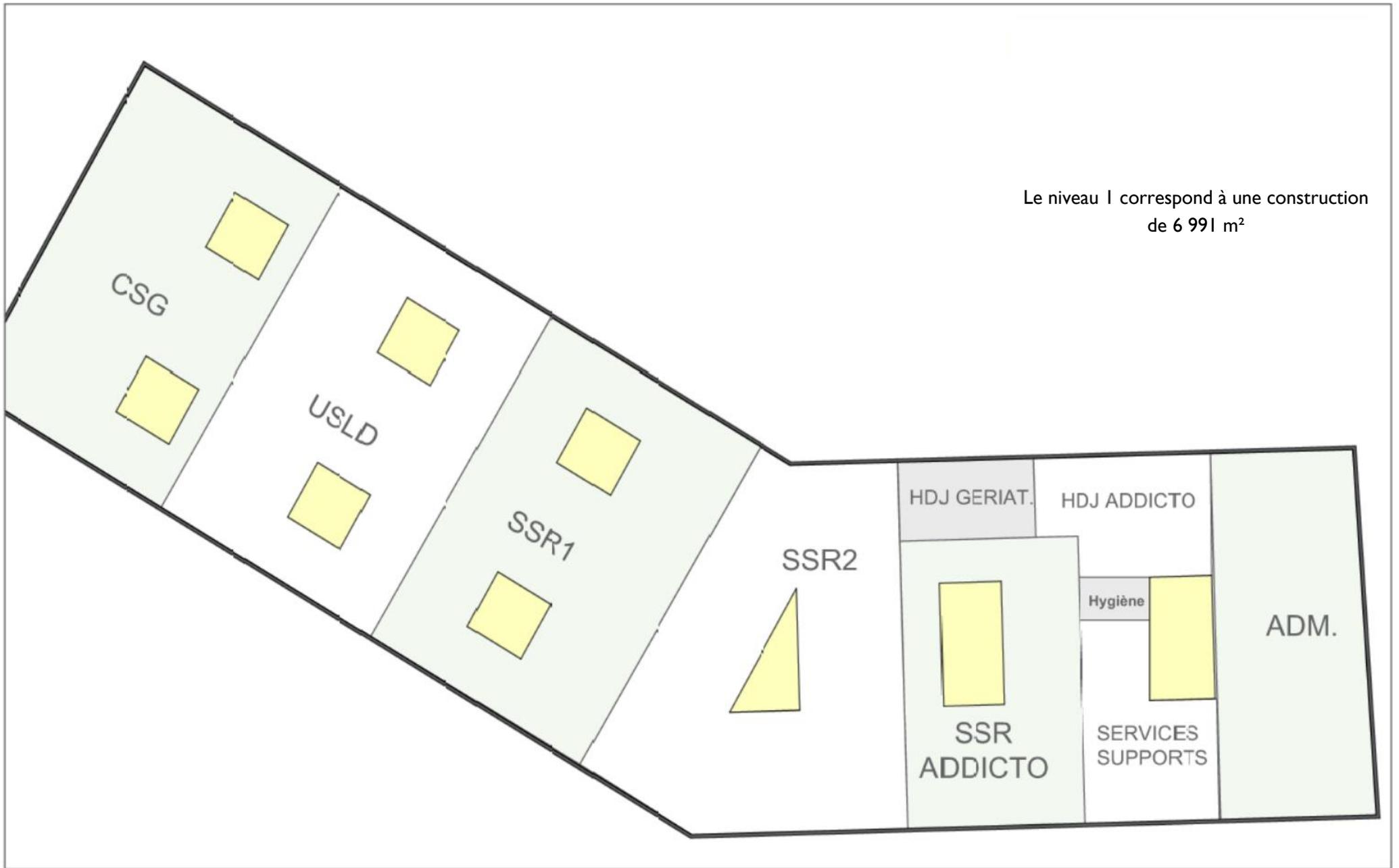
ADMINISTRATION						402 m ²	2960 m ²	
Bureaux		Nbr	Surfaces	Nbr	Surfaces			
Direction	DG			1	20	20 m ²	27 m ²	1
DAF	1 dir + 2 attachés	2	12	1	15	39 m ²	53 m ²	1
DRH	1 dir + 2 attachés cadre 1 att:	2	12	1	20	44 m ²	59 m ²	1
DAL	1 dir 1 sp 1 DB	2	12	1	20	44 m ²	59 m ²	1
DAM	2 sp	2	12			24 m ²	32 m ²	1
Qualité	1 dire 1 dbl	1	15	1	20	35 m ²	47 m ²	1
DIM	1 resp 2 dbl	1	12	2	20	52 m ²	70 m ²	1
DS	1 resp 1. dbl cadre sup	1	12	1	20	32 m ²	43 m ²	1
GHT	2 db			2	20	40 m ²	54 m ²	1
DTS	1sp 1 dbl	1	12	1	20	32 m ²	43 m ²	1
secrétariat direc 1 bureau double				1	20	20 m ²	27 m ²	1
secrétariat mutu 1 bureau double				1	20	20 m ²	27 m ²	1
Salles réunion						110 m²	149 m²	
1 salle CS		1	50			50 m ²	68 m ²	1
2 salles réunions		2	30			60 m ²	81 m ²	1
Archives						245 m²	331 m²	
Locaux archives		1	221			221 m ²	298 m ²	RDC
Bureaux archives		2	12			24 m ²	32 m ²	RDC
Logistique						473 m²	639 m²	
Stockage Lingerie			140		185	185 m ²	250 m ²	RDC
Déchets			52		69	69 m ²	93 m ²	RDC
Stockage généraux			166		219	219 m ²	296 m ²	RDC
Cuisine relais						564 m²	761 m²	
Cuisine relais			260	1	344	344 m ²	464 m ²	RDC
Self				1	220	220 m ²	297 m ²	RDC
Vestiaires centralisés						198 m²	268 m²	
			150		198	198 m ²	268 m ²	RDC
Services support						200 m²	270 m²	
DSI / BIOMED Idem actuel					80	80 m ²	108 m ²	1
Sevices techniqu Idem actuel					120	120 m ²	162 m ²	1
TOTAL						2192 m²	2960 m²	
HELISTATION EN TOITURE							529 m²	
Hélistation						0 m²	529 m²	
FATO + accès							529 m ²	3

Surface totale de la nouvelle construction : 17.914 m² (hors hélistation : 529 m²) soit un total global de 18.443m²

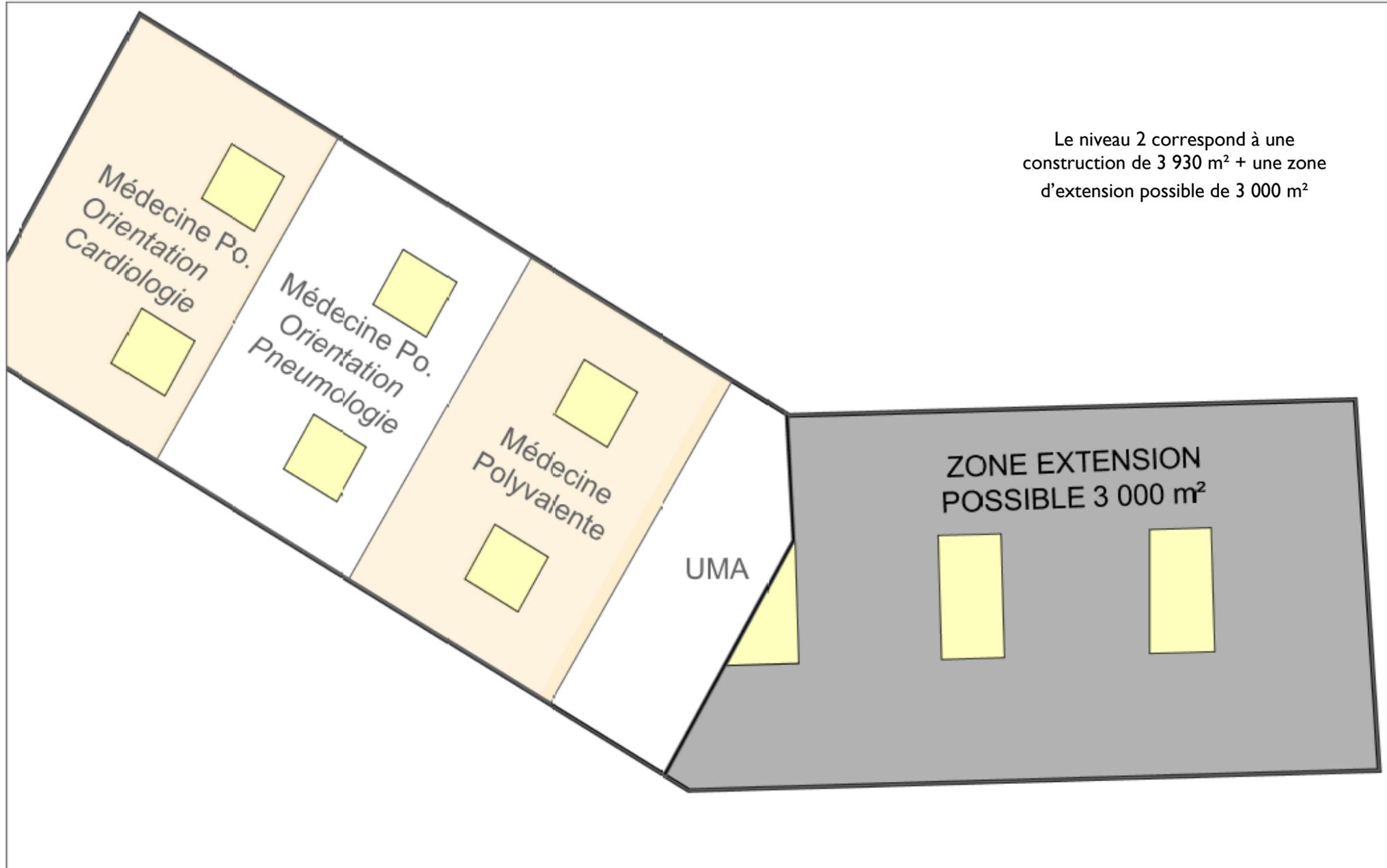
	Prix au M ²	Prix total
Cout HT	2.200 €/m ²	40.574.600€ (incluant l'hélistation)
Cout TTC	2.640 €/m ²	48.689.520€ avec hélistation
Cout TDC (56%)	3 432 €/m ²	63.296.376€ avec hélistation

11.5 Répartition des services par étage

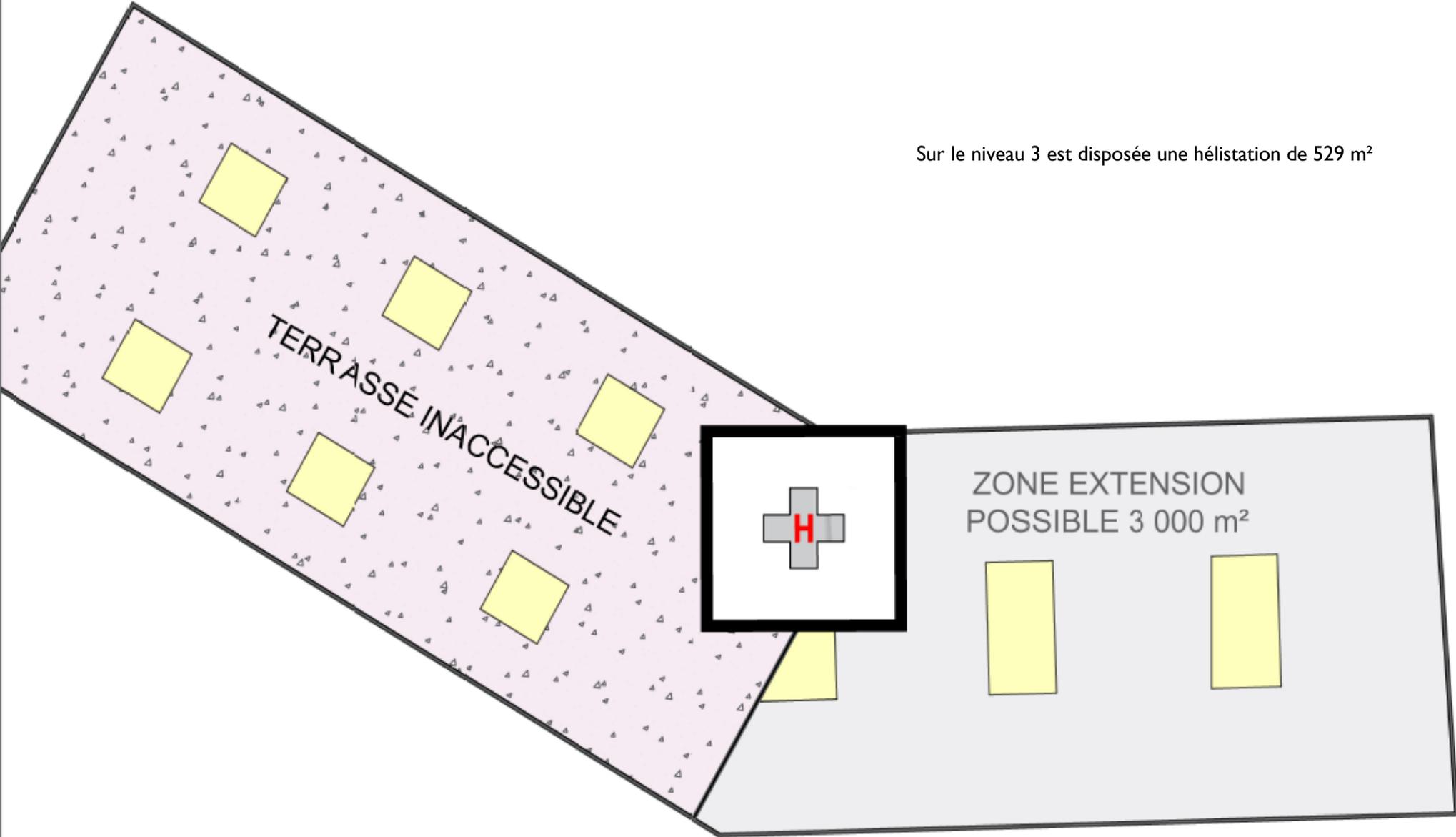




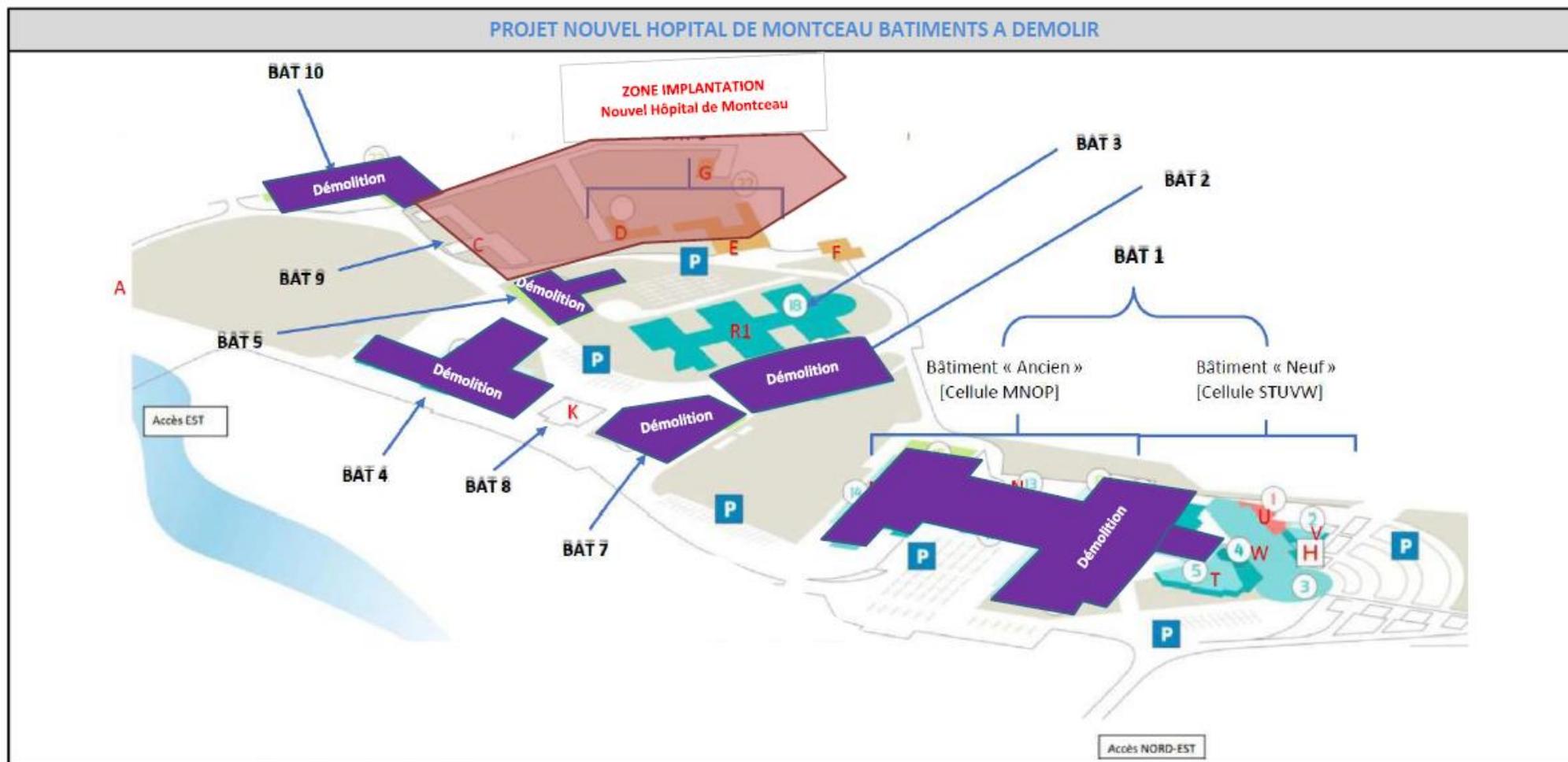
Le niveau 2 correspond à une construction de 3 930 m² + une zone d'extension possible de 3 000 m²



Sur le niveau 3 est disposée une hélisation de 529 m²



I 1.6 Programme général de démolition des bâtiments



Données relatives à la démolition des bâtiments

REP	N°	NOM	Services	Niveau	Surface / niveau	Surface total	VOLUME	DEMOLITION	Coût démolition
									Hors amiante
A		Conciergerie		Sous-sol (1/2)	31.50 m ²	158. m ²			
				Niveau 1	63.00 m ²				
				Niveau 2	63.00 m ²				
B	10	Ateliers Garages (bas)		RDC	258.38 m ² 180.09 m ²	438. m ²	1315. m3	AVANT TRAVAUX	25 650 €
C	9	Bâtiment C - Communs		RDC	190.00 m ² 161.00 m ² 190.00 m ² 105.00 m ²	1292. m ²	3876. m3	AVANT TRAVAUX	75 582 €
				NIVEAU 01	646.00 m ²				
D	6	Ecole d'infirmières		RDC	140.10 m ² 100.45 m ² 19.00 m ²	260. m ²	779. m3	AVANT TRAVAUX	15 184 €
E	6	Ecole d'infirmières	Salles de cours	RDC	63.54 m ² 194.81 m ² 120.99 m ²	1312. m ²	3936. m3	AVANT TRAVAUX	76 746 €
			Extension		188.72 m ² 24.39 m ²				
			Garage + chaufferie	SSOL	719.45 m ²				
F		Accueil de jour l'ORCHIDEE		RDC	182.40 m ² 83.60 m ²	317. m ²			
				SSOL	50.66 m ²				
G		Pavillon		RDC	37.60 m ² 84.50 m ² 58.91 m ² 52.72 m ²	234. m ²	701. m3	AVANT TRAVAUX	13 673 €
H-I-J	4	Bâtiment LAM	Addictologie + PASA	RDC	1060.72 m ²	2533. m ²	7598. m ²	APRES TRAVAUX	148 162 €
			LAM service de soins	NIVEAU 01	1060.72 m ²				
			LAM Bureaux	NIVEAU 02	411.24 m ²				
K	8	Internat		RDC	400.94 m ²	1604. m ²			
				NIVEAU 01	400.94 m ²				
				NIVEAU 02	400.94 m ²				
				NIVEAU 03	400.94 m ²				

M	1	Bâtiment Médecine	Technique + logistique CARDIO ADDICTO MEDECINE DIM	SSOL RDC NIVEAU 01 NIVEAU 02 NIVEAU 03	916.88 m ² 916.88 m ² 916.88 m ² 916.88 m ² 916.88 m ²	4584. m ²	16045. m3	APRES TRAVAUX	312 885 €
M1	1	Bâtiment Médecine	Administration + Consultations	RDC NIVEAU 01 NIVEAU 02	269.64 269.64 269.64	809. m ²	2831. m3	APRES TRAVAUX	55 209 €
N	1	Laboratoire	Laboratoire	SSOL RDC	264.11 m ² 264.11 m ²	528. m ²	1849. m3	APRES TRAVAUX	36 051 €
O1-O	1		Technique + logistique Oncologie - Hôpital de jour - Scanner - IRM	SSOL RDC	800.00 m ² 3559.93 m ²	4360. m ²	15260. m3	APRES TRAVAUX	297 565 €
Q	2	Bâtiment V120	Technique + logistique Addicto + HDJ Gériatrie + Kiné SSR SSR Internat	SSOL RDC Niveau 01 Niveau 02 Niveau 03	500.00 m ² 1027.69 m ² 1027.69 m ² 1027.69 m ² 1027.69 m ²	4611. m ²	16138. m3	APRES TRAVAUX	314 684 €
R1	3	EHPAD 72 lits LES LYS		Sous-sol Rez-de-chaussée 1er étage	750.00 m ² 2316.60 m ² 1549.50 m ²	4616. m ²			
R	5	EHPAD LES GLYCINES	Technique + logistique EHPAD	SSOL RDC	500.00 m ² 1181.24 m ²	1681. m ²			
U-V-W	1	Bâtiment Chirurgie	Technique + logistique ACCUEIL + SAU CSG PNEUMOLOGIE	SSOL RDC NIVEAU 01 NIVEAU 02	700.00 m ² 3294.00 m ² 2154.00 m ² 2393.24 m ²	8541. m ²			

				HT	TTC
Démolition avant travaux		3536 m ²	Hors amiante	206 836 €	248 203 €
Démolition après travaux		17425 m ²		1 164 556 €	1 397 468 €
TOTAL DEMOLITIONS		20961 m²		1 371 392 €	1 645 670 €

11.7 Justification de la procédure retenue (MOP classique, conception-réalisation, conception-réalisation-exploitation)

La procédure retenue par le CHM serait la conception-réalisation-exploitation. Elle présente plusieurs avantages même si elle est dérogatoire à la loi MOP :

- ✓ Un appel d'offres unique : Traditionnellement, pour chaque opération, le maître d'ouvrage organise deux consultations successives : une première pour désigner l'équipe de maîtrise d'œuvre (le plus souvent par voie de concours) puis une seconde pour choisir les entreprises qui réaliseront les travaux. Le recours à la conception-réalisation-exploitation permet de simplifier ces procédures en organisant une seule et unique consultation. Il en résulte donc une économie substantielle de temps ;
- ✓ Une opération sans (mauvaise) surprise : Lorsqu'elles répondent à la consultation, les équipes de conception-réalisation-exploitation s'engagent sur un prix. Le maître d'ouvrage ne redoute donc pas, après avoir choisi un projet architectural, de découvrir un dépassement de l'enveloppe financière à l'ouverture des plis des travaux ;
- ✓ Un projet optimisé : Joindre la compétence de l'architecte à celle de l'entrepreneur permet d'optimiser le projet en intégrant dès la phase « études », les propositions de celui qui réalisera les travaux ;

12 Analyse de la cohérence du projet avec l'offre de soins territoriale

12.1 Évolution de la population, à l'horizon 2030 sur le territoire de santé et le département

À l'horizon 2030, 38 % de la population dans les zones de Dijon et Sens Auxerre						
	2005		2030		Évolution 2005 - 2030	
	nombre	%	nombre	%	en valeur absolue	taux d'évolution annuel moyen %
Dijon	309 141	19	332 197	21	+ 23 056	+ 0,29
Sens Auxerre	253 315	16	282 706	17	+ 29 391	+ 0,44
Centre Bourgogne	173 666	11	163 450	10	- 10 216	- 0,24
Chalon-sur-Saône	150 868	9	150 087	9	- 781	- 0,02
Nevers	126 078	8	114 652	7	- 11 426	- 0,38
Mâcon	101 460	6	98 525	6	- 2 935	- 0,12
Montceau Le Creusot	99 733	6	76 951	5	- 22 782	- 1,03
Toucy Cosne	90 812	6	89 087	6	- 1 725	- 0,08
Paray-le-Monial	84 033	5	66 771	4	- 17 262	- 0,92
Beaune	78 859	5	82 645	5	+ 3 786	+ 0,19
Louhans	58 897	4	59 949	4	+ 1 052	+ 0,07
Auxonne Is-sur-Tille	51 260	3	56 358	3	+ 5 098	+ 0,38
Tonnerre Châtillon	47 823	3	44 633	3	- 3 190	- 0,28
Bourgogne	1 625 945	100	1 618 011	100	- 7 934	- 0,02

Source : Insee - modèle OMPHALE

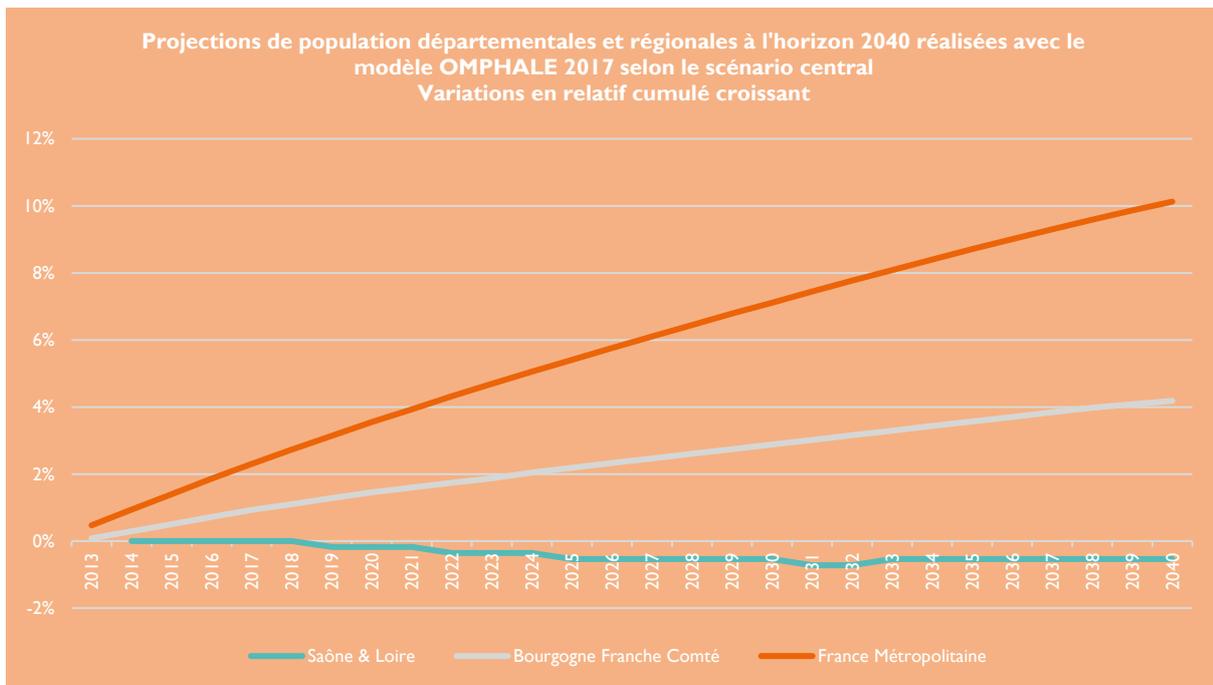
En 2005, le ratio 25-60 ans / 75 ans et plus est exceptionnellement bas, avec, au numérateur, une population nombreuse d'actifs nés pendant le baby-boom (1945-1975) et au dénominateur des personnes âgées peu nombreuses nées entre 1920 et 1930, à une période de faible natalité liée à la guerre de 1914-1918.

En 2030, ce ratio dépasserait partout les 25 %. Il dépasserait même les 50 % à Toucy-Cosne, Paray-le-Monial et Montceau-Le Creusot.

À l'horizon 2030, la Bourgogne pourrait compter 179.000 personnes âgées supplémentaires de 60 ans et plus soit une croissance de 45 % de cette tranche d'âge avec un doublement du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (+ 85.000).

À l'inverse, la population potentiellement active dans les conditions actuelles de départ à la retraite (25-59 ans) diminuerait de 117.000 personnes (- 15 %) et celle des plus jeunes (moins de 25 ans) de 69.000.

Tous les territoires seront concernés par l'augmentation de la proportion de personnes âgées.



Au regard de ce schéma, il en découle que la population de Saône et Loire va rester stable (moins de 1% de diminution) quand la population nationale quant à elle va augmenter de plus de 10%.

Évolution et structure de la population en 2019
Commune de Montceau-les-Mines (71306)

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

	2008	%	2013	%	2019	%
Ensemble	19 692	100,0	18 969	100,0	17 678	100,0
0 à 14 ans	2 689	13,7	2 809	14,8	2 552	14,4
15 à 29 ans	3 228	16,4	3 064	16,2	2 654	15,0
30 à 44 ans	3 043	15,5	2 851	15,0	2 640	14,9
45 à 59 ans	4 160	21,1	3 829	20,2	3 355	19,0
60 à 74 ans	3 400	17,3	3 477	18,3	3 684	20,8
75 ans ou plus	3 172	16,1	2 939	15,5	2 794	15,8

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2019, exploitations principales, géographie au 01/01/2022.

Évolution de la population entre 2013 et 2040
En milliers d'habitants

	2013	2040	Évolution relative	Évolution absolue
Saône-et-Loire	556	553	-3	-0,54%
Bourgogne-Franche-Comté	2 820	2 938	118	4,18%
Total France métropolitaine	63 699	70 143	6 444	10,12%

Les projections de population à l'échelle du département de Saône et Loire, à horizon 2040, montrent une tendance à la stagnation du nombre d'habitants (moins 3.000 habitants sur la période).

Espérance de vie en 2018 : comparaisons départementales									
		Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 20 ans		Espérance de vie à 40 ans		Espérance de vie à 60 ans	
		Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
71	Saône-et-Loire	79,4	85,4	59,7	65,7	40,8	46,3	23,3	27,7
27	Bourgogne-Franche-Comté	78,8	84,9	59,4	65,3	40,4	45,7	23,0	27,2
M	France métropolitaine	79,5	85,4	60,0	65,8	40,8	46,2	23,2	27,6

Source : Insee, État civil, Estimations de population.

L'espérance de vie des habitants de la Saône et Loire est très proche de celle de la France métropolitaine. Toutefois, les données démographiques mettent en évidence un vieillissement accru de la population en Saône et Loire, tendance qui évolue de manière plus importante que celle de la moyenne nationale.

Régions & Départements	2015
	Indice de vieillissement (65 ans et +/100 pers.<20 ans)
France métropolitaine	76,39
Saône-et-Loire	106,48
Bourgogne	98,63

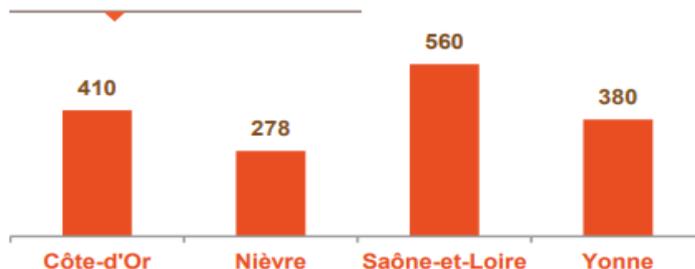
Eco-Santé France, Régions & Départements - Mise à jour : Avril 2016

Le vieillissement de la population en Bourgogne et notamment en Saône et Loire va se poursuivre de manière plus importante que la moyenne nationale dans les années à venir.

Enfin, il est important de constater une surmortalité et une mortalité prématurée liée aux conduites addictives alcooliques en Bourgogne Franche Comté.

Le département de Saône et Loire est le plus prévalent en nombre de décès sur les 4 départements de l'ancienne région Bourgogne.

Estimations du nombre de décès attribuables à l'alcool



► Sources : GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 7 mai 2013;(16-17-18):163-168
Exploitation ORS

L'analyse de ces données confirme la spécificité de l'accompagnement en soins à offrir à la population de Saône et Loire. Sa réorganisation, telle que décrit ci-dessus s'inscrirait pleinement dans la dynamique démographique.

12.2 Opportunité du projet sur les domaines d'activités PMSI concernés

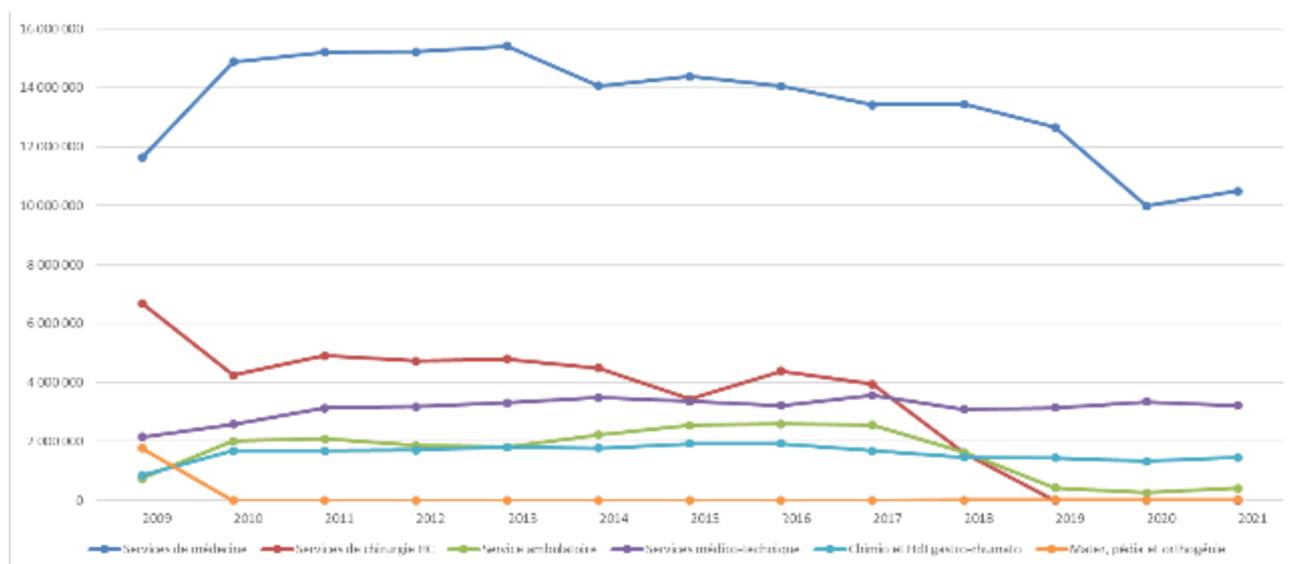
L'activité du CH de Montceau repose sur la consommation de soins d'un bassin géographique limité, bordé de part et d'autre par les zones d'influence des établissements du Creusot et de Paray le Monial.

Ce bassin de population n'a pas varié depuis plus de 10 ans et comprend les codes postaux ci-dessous :

Code Postal	Commune	Nbre Habitants
71300	Montceau	21 620
71230	St Vallier	10 260
71450	Blanzy	7 100
71410	Sanvignes	4 460
71420	Ciry le Noble	6 210
71320	Toulon sur Arroux	2 600
		52 250

Sur la tranche d'âge 75 ans et plus, l'établissement réalise plus de 70% des séjours de ce bassin de vie. Sur la tranche d'âge 45-74 ans, la proportion de séjours réalisés par le CHM dépasse les 60%.

Au fil du temps, l'activité des services du CH de Montceau les Mines a suivi les courbes ci-dessous :



Evolution du chiffre d'affaire par type services entre 2009 et 2021 (M 10)

Au final, le cœur d'activité de l'établissement est la médecine liée au grand âge et la part de marché de cette activité reste stable depuis 2015. Le nombre de séjours varie en parallèle de la consommation de soins de la population du bassin desservi.

Les séances représentent un nombre important de séjours, mais les montants qui y sont associés sont faibles. Les variations sur cette activité n'ont proportionnellement que peu d'incidence sur le montant global des recettes.

L'autorisation de chirurgie s'est arrêtée en mai 2018. Par conséquent, les séjours et les recettes afférentes sont pratiquement inexistantes depuis (*il persistait les poses de pacemakers et quelques petits actes accordés à titre dérogatoire qui sont amenés à disparaître*).

Mais même au plus fort de l'activité, les recettes liées à la chirurgie étaient loin des niveaux atteints par l'activité de médecine.

Les pathologies pulmonaires représentent toujours « le plus gros pourvoyeur » de recettes T2A depuis 2016, avec un montant assez stable. Les pathologies cardiovasculaires gardent la deuxième place, même si elles sont un peu en diminution. Cet état de fait justifie de prévoir des services de médecine polyvalente à orientation cardiologique et pneumologique.

Les pathologies digestives quant à elles ont vu le nombre de séjours diminuer de façon importante. Cela est dû à la baisse importante du nombre d'endoscopies ambulatoires (plusieurs départs successifs de praticiens).

L'activité d'endoscopies basses nécessitant une anesthésie disparaît dans ce projet et il n'apparaît pas nécessaire de prévoir une orientation gastroentérologique pour l'un des quatre services de médecine prévus.

L'établissement accueille actuellement dans le service de médecine polyvalente une activité d'addictologie de niveau 2, ce qui en fait le site de référence du GHT en addictologie.

L'autorisation de SSR spécialisé en addictologie vient conforter ce pôle d'excellence qui pourra être complété par le développement d'hospitalisations de jour (SSR et MCO). Cela permettra d'offrir une prise en charge consolidant les effets thérapeutiques obtenus en hospitalisation lors du retour à domicile du patient.

Cette structuration semble indispensable face aux données démographiques du territoire qui démontrent une surmortalité de la population Bourguignonne en lien notamment avec les conduites addictives éthyliques en Bourgogne Franche-Comté.

Par ailleurs, le département de Saône et Loire présente un taux de mortalité structurellement plus élevé que la moyenne régionale. En 2020, il est de 13,5 décès pour 1000 habitants dans le département contre 12,1 pour 1000 habitants sur le plan régional. La pandémie de Covid 19 a accentué ce phénomène.

L'établissement de Montceau-les-Mines dispose d'une activité conséquente en oncologie, avec une offre de séances de chimiothérapie qui couvre les besoins du bassin de vie (*Peu de séances sont réalisées dans d'autres établissements en ce qui concerne la population locale*).

Une équipe mobile de soins palliatifs très active intervient au domicile des usagers, dans les EHPAD et les autres établissements situés à proximité (HAD et SSR par exemple).

L'offre va être complétée par l'installation d'une unité de soins palliatifs territoriale individualisée. La mission IGAS propose même qu'elle devienne le site de référence pour le GHT (*au même titre que l'addictologie*). Il est également prévu de développer des prises en charge en hôpital de jour, en collaboration notamment avec l'HAD.

La filière AVC est fonctionnelle, avec le recours à l'USINV de Chalon en phase aiguë et le retour au CH de Montceau pour la deuxième partie du séjour.

La coopération avec le site pivot de Chalon est également opérationnelle pour les consultations avancées assurées par les praticiens du CHWM. Une coopération identique reste à construire dans le cadre de l'angioplastie.

Pour l'année 2021, le tableau ci-dessous récapitule les services rendus par les praticiens de Chalon sur Saône pour les consultations externes :

Spécialité	Nb Cs 2021
Cardiologie	697
Chirurgie viscérale	249
Gynécologie	89
Orthopédie	2024
Urologie	1016
Total général	4075

12.3 Parts de marché de l'établissement sur le bassin de vie

Le CH de Montceau les Mines assure, pour l'activité de médecine en hospitalisation complète, une proportion importante de l'ensemble des séjours.

Plus les tranches d'âge augmentent, plus la proportion d'activité du CHM croit. Sur la tranche d'âge 75 ans et plus, les parts de marché dépassent les 70%, ainsi que l'on peut le constater dans les tableaux ci-dessous :

**Parts de marché du CHM pour la population du bassin de vie
(Montceau, St Vallier, Blanzay, Sanvignes, Ciry le Noble, Toulon/Arroux), Base Diamant**

	année 2014	année 2015	année 2016	année 2017	année 2018	année 2019	année 2020	année 2021	année 2022 (M4)
Consommation de médecine en hospitalisation complète, TOUS SEJOURS									
consommation totale du bassin de vie	8443	8309	8059	7658	8008	8143	7060	6965	2321
consommation dans les établissements 71	7433	7220	6938	6513	6906	7071	6037	5949	1992
consommation CHM	4667	4689	4405	4247	4388	4310	3624	3476	1164
% CHM sur le total	55%	56%	55%	55%	55%	53%	51%	50%	50%
% CHM sur la consommation en S&L	63%	65%	63%	65%	64%	61%	60%	58%	58%
Consommation de médecine en hospitalisation complète, PATIENTS DE 45 ANS ET +									
consommation totale du bassin de vie	6721	6671	6452	6111	6426	6423	5687	5513	1808
consommation dans les établissements 71	5971	5827	5557	5193	5540	5576	4822	4672	1525
consommation CHM	4188	4234	3989	3834	3951	3851	3260	3134	1060
% CHM sur le total	62%	63%	62%	63%	61%	60%	57%	57%	59%
% CHM sur la consommation en S&L	70%	73%	72%	74%	71%	69%	68%	67%	70%
Consommation de médecine en hospitalisation complète, PATIENTS DE 75 ANS ET +									
consommation totale du bassin de vie	3489	3398	3083	2863	3123	3081	2731	2701	916
consommation dans les établissements 71	3260	3157	2827	2652	2859	2821	2458	2406	824
consommation CHM	2571	2578	2304	2199	2310	2217	1868	1816	634
% CHM sur le total	74%	76%	75%	77%	74%	72%	68%	67%	69%
% CHM sur la consommation en S&L	79%	82%	81%	83%	81%	79%	76%	75%	77%

13 Analyse et validation du plan de financement envisagé

13.1 Plan de financement envisagé et trajectoire financière dans le cadre de la reconstruction totale de l'établissement

Les projections financières sont réalisées à compter de 2024 et marquent le début d'un retour à l'équilibre financier pour le CH de Montceau. Pour réaliser les projections, les hypothèses suivantes ont été retenues :

- ✓ Mise en place d'un plan d'apurement des dettes sociales et fiscales d'un montant de 25 M€ remboursées à hauteur de 2.5 M € par an pendant 10 ans (actuellement 28 M€ de dettes fiscales et sociales, l'hypothèse est donc basée sur un apurement de 3 M€ à échéance 2024) ;
- ✓ Une CAF ⁵ à 0 € de 2024 à 2027 reflétant le travail engagé des équipes dans la perspective du nouvel hôpital ;
- ✓ Une CAF nette ⁶ positive ;
- ✓ L'investissement courant est dégressif à compter de 2025 pour atteindre 800 k€ à compter de 2028 ;
- ✓ Le PGFP prévoit un taux de marge brute non aidée de 8.9 %. Cette marge brute exclut les budgets annexes ;
- ✓ Le taux d'indépendance financière sur la période est supérieur à 100 % du fait des reports à nouveau déficitaires ;
- ✓ Le taux d'endettement est lui aussi supérieur à 100 %, le budget NHM annuel étant inférieur à l'endettement à partir de 2026.

13.1.1 Le coût des opérations de travaux

Le coût total de l'opération s'élève à 69.246 M€. Les décaissements de l'opération se décomposent comme tel :

- ✓ En 2024, frais d'AMO pour 0.5 M€ ;
- ✓ En 2025, frais d'études pour 1 M€ et démolition pour 0.25 M€ ;
- ✓ En 2026, frais d'études pour 2 M€ et début des travaux pour 23 M€ ;
- ✓ En 2027 fin des travaux pour 36.8 M€ et acquisition d'une partie des équipements pour 2M€ ;
- ✓ En 2028 fin des équipements pour 2.3 M€ + démolition pour 1.4 M€.

13.1.2 Les financements (cf. tableaux en annexe)

- ✓ Intégration des aides Segur à hauteur de 6.7 M€ (les 3 M€ restants étant utilisés précédemment dans les opérations de rénovation des urgences, y compris les 4 lits USR, et création de l'USLD)
- ✓ Une aide des organismes de tutelle à hauteur de 35 M€
- ✓ La trésorerie est positive sur toute la période
- ✓ Un emprunt de 46 M € sur 30 ans en 2026

⁵ La capacité d'autofinancement (CAF) est le potentiel de l'établissement à dégager, de par son activité de la période, une ressource (un enrichissement de flux de fonds).

⁶ La capacité d'autofinancement nette est la capacité de l'établissement à dégager des ressources pour couvrir le remboursement de ses emprunts

13.1.3 Les économies

- ✓ Le titre I intègre une réduction des effectifs à hauteur de 124,60 ETP décomposés de la manière suivante :
 - -95,20 ETP sur le personnel non médical ;
 - -29,40 ETP sur le personnel médical.
- ✓ Le titre 3 intègre le retour sur investissement des économies d'énergie. A la fin des opérations de construction, le titre 3 intègre 600 k€ d'économies de fluides et de maintenance.
- ✓ Les retours sur investissement :
 - Un gain non négligeable lié à l'entretien et les consommations d'énergie et des fluides à terme d'environ 600 k€ par an :
 - Eau : 70 k€ contre 152 k€ (2021)
 - Electricité : 180 k€ contre 372 k€ (2021)
 - Chauffage : 610 k€ contre 1 073 k€
 - Contrat d'entretien maintenance : +150 k€

13.2 Analyse des impacts financiers

13.2.1 Charges de titre I

Il est à noter que ce projet engendre une réduction de personnel à hauteur de 124,60 ETP, consécutivement à la fermeture d'activités telles que les soins continus, très consommatrices de ressources humaines, l'externalisation de la cuisine et de la lingerie. Là encore, le GHT a un rôle à jouer pour l'employabilité des agents concernés.

Le titre I intègre les effectifs suivants :

- ✓ Pour le personnel médical : les nouvelles maquettes (avec un taux de remplacement à 8%) intègrent une réduction importante des effectifs médicaux (soit – 29.40 ETP) et portant l'effectif médical total à 37.26 ETP. Elles incluent :
 - 2 ETP de médecins généralistes par service de 28 lits ;
 - 1.5 ETP d'oncologue dans le cadre du maintien de la chimiothérapie anticancéreuse ;
 - Des spécialistes à hauteur de 5 ETP ;
 - Des urgentistes permettant l'ouverture des urgences et du SMUR 24h/24 ;
 - Des praticiens médicotéchniques pour assurer les activités de pharmacie, de laboratoire et d'imagerie.
- ✓ Pour le personnel non médical :
 - La maquette cible est de : 475.21 ETP incluant un taux de remplacement de 8 % sur le personnel soignant ;

	Maquette NHM	ETPR 2021	Ecart
PNM	475,21	570,41	-95,20
PM	37,26	66,66	-29,40
TOTAL	512,47	637,07	-124,60

Tableau comparatif des effectifs médicaux et non médicaux entre la maquette actuelle et la maquette nouvel hôpital

La simulation financière est basée sur des coûts moyens chargés réels PM/PNM et sur la base du profil des grades et anciennetés actuels. Elle fait ressortir une économie de 15 M€ sur le titre 1.

13.2.2 Charges de titre 2

Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- ✓ Les molécules et dispositifs en sus (-5.6 M€ p/r 2021) ainsi que les DMI (-178 k€ p/r 2021) ont été neutralisées en dépenses et en recettes pour se protéger des variations d'activité en particulier sur l'activité de chimiothérapie ;
- ✓ Le montant des fournitures de laboratoire est basé sur les consommations de 2019, 2020 et 2021 étant des années Covid avec un accroissement de consommables (-140 k€ p/r 2021) ;
- ✓ Le coût des analyses anatomopathologiques a été supprimé car plus d'endoscopies basses (-55 k€ p/r 2021) ;
- ✓ Majoration de la prestation externalisée de laboratoire avec la création sur le NHM d'un laboratoire d'urgence et/ou de biologie délocalisée (+200 k€) ;
- ✓ Intégration d'une charge de 250 k€ pour les prestations inter établissements essentiellement les endoscopies sous AG réalisées dans un autre établissement.

13.2.3 Charges de titre 3

Le titre 3 est basé sur :

- ✓ Concernant la restauration : la prestation sera externalisée pour un coût global de 730 k€ (prix du repas compris entre 5.25 € et 5.40 €) ;
- ✓ Concernant l'énergie : 600 k€ d'économie sont dégagées ;
- ✓ Le transport d'usagers a été revu à la baisse (-50 k€) notamment grâce au rapprochement géographique du MCO et du SSR ne demandant plus de trajets en ambulance entre les 2 bâtiments ;
- ✓ L'affranchissement a été évalué à 20 k€, prestation de sous-traitance La Poste (gain estimé au minimum à 25 k€) ;
- ✓ La blanchisserie sera externalisée au GCS pour un gain de 65 k€

13.2.4 Charges de titre 4

Les charges du titre 4 connaissent une forte hausse du fait de l'amortissement de la nouvelle construction.

L'amortissement de la reconstruction a été construit de la manière suivante :

- ✓ L'informatique estimé à 0.5 M€ a été amorti sur 4 ans ;
- ✓ L'équipement hôtelier et biomédical estimé à 3.8 M€ a été amorti sur 7 ans ;
- ✓ La construction estimée au total à 63.3 M€ TTC a été amorti pour 44.3 M€ sur 40 ans et pour 19 M€ sur 14 ans ;
- ✓ La démolition de 1.645 M€ a été amortie sur la même base que la construction soit sur 40 ans.

Les charges de titre 4 intègrent également les nouveaux frais financiers liés aux nouveaux emprunts.

13.2.5 Recettes du titre 1

Les recettes de titre 1 ont été calculées en fonction des données suivantes :

- ✓ Le montant des GHS est basé sur l'activité 2019 revalorisée au tarif 2022 et un taux de facturation à l'Assurance Maladie obligatoire à 92.3 % soit 20 M€ (vs 21 M€ 2021) en tenant compte des éléments suivants :
 - Les recettes d'endoscopie et autre ambulatoire sous AG à hauteur de 0.5 M€ ont été supprimées ;
 - Les recettes pour l'USP à hauteur de 2.3 M€ ont été intégrées auxquelles 0.7 M€ ont été retranchées pour les recettes LISP actuelles ;
 - Les suppléments de « surveillance continue » à hauteur de 0.8 M€ ont été supprimés ;
 - Les recettes de la chimiothérapie ont été maintenues à hauteur de 1.1 M€.
- ✓ Les molécules onéreuses ont été neutralisées pour plus de lisibilité que ce soit en dépenses ou en recettes (4.6 M€). De même pour les DMI (176 k€) ;
- ✓ Le financement des urgences sur la base d'un scénario ouverture H24 avec dotation populationnelle a été estimé à 2.782 M€ + 1 M€ forfaits et/ou suppléments ;
- ✓ Les recettes SSR ont été estimées avec une hausse de + 10 % soit + 776 k€ au vu des derniers éléments connus ;
- ✓ L'activité externe a été estimée à hauteur de 2.445 M€ (100 %) ;
- ✓ En ce qui concerne les MIG : les engagements 2022 ont été repris à leur niveau soit 614 k€ (vs 5.2 M€ en 2021 qui intégraient des aides en trésorerie) ;
- ✓ En ce qui concerne les FIR : reprise des engagements 2022 soit 1.2 M€ ;
- ✓ Concernant l'USLD : des recettes à hauteur de 1.5 M€ ont été intégrées.

13.2.6 Recettes du titre 2 (notamment recettes propres régimes particuliers) ou partage d'activités

Les recettes 2019 ont été reconduites à l'identique, l'activité 2019 étant l'année de référence face au contexte pandémique qui a touché la France ces trois dernières années.

13.2.7 Recettes du titre 3

Les recettes de titre 3 ont été calculées avec les données suivantes :

- ✓ Maintien des rétrocessions à 874 k€ ;
- ✓ Chambre particulière : 1.466 M€ (vs 911 k€ en 2021) 80 % des journées MCO et 50 % des SSR ;

- ✓ Concernant les mises à disposition, elles n'ont pas été reconduites sur le plan budgétaire, compte tenu de la neutralisation des recettes et des charges ;
- ✓ Les recettes de conciergerie ont été intégrées pour un montant de 131 k€.

PGFP : Cf. Annexes

13.2.8 In fine

L'établissement pourrait renouer avec une dynamique vertueuse dans sa gestion économique. La trajectoire financière prévoit non seulement les investissements mais aussi l'apurement des dettes sociales et fiscales à 10 ans (pour rappel 25 M€).

L'apurement des dettes fournisseurs nécessitera des aides en trésorerie.

Les taux d'indépendance financière et d'endettement resteront très élevés, au-dessus de 100 % et ce, sur toute la période.

L'aide demandée s'élève à 35 M€, ce qui représente 50 % de l'investissement total. Les taux d'intérêt ont été arrêtés à 2%. La durée de l'emprunt est de 30 ans.

Ainsi, les gains attendus suite à la reconstruction du CHM sont multiples :

- ✓ Sur le plan financier
 - Un gain non négligeable lié à l'entretien et les consommations d'énergie et fluides de 600 k€ par an et espérer supérieur à partir de 2033.
 - Une économie de personnel du fait du changement de périmètre de l'offre de soins mais aussi du fait des synergies de regroupement des unités et de l'amélioration des circuits à hauteur de 95,2 ETP non médicaux et 29,4 ETP médicaux ;
- ✓ Sur le plan qualitatif : comme développé précédemment, la modernisation architecturale de l'offre de soins de l'hôpital doit permettre une amélioration de l'accès à une offre de soins graduée.

13.2.9 La gestion de la période intermédiaire

Durant la période intermédiaire 2023-2028, il faudra procéder aux évolutions de périmètre d'activité tel que préconisé par le rapport IGAS, conformément aux attendus de labellisation « Hôpital de proximité » et pour gagner en efficience, à savoir :

- ✓ L'ouverture de l'unité de lits de soins palliatifs ;
- ✓ La fermeture dès 2023 de l'USC dans sa composition actuelle, très déficitaire au profit de la création de 4 lits d'Unité de Soins Renforcés adossés aux urgences et donc mutualisés dans leur organisation ;
- ✓ La fermeture du bloc opératoire, en sous activité majeure à ce jour et générateur d'un déficit conséquent ;

- ✓ La création de l'USLD en 2023 ;
- ✓ La fermeture, déjà réalisée, d'un service de médecine dans une logique de rationalisation des lits (passage de 5 à 4 unités de médecine) doit générer, dans les années à venir, davantage d'efficacité.
- ✓ Il sera nécessaire d'intensifier la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales et para médicales en parallèle de l'évolution de l'activité. La pyramide des âges facilitera l'atteinte des cibles attendues pour 2028.

Dans ce même intervalle il faudra intensifier la gestion des emplois prévisionnels et des compétences, en parallèle de l'évolution d'activité. La pyramide des âges du personnel facilitera l'atteinte des cibles attendues pour 2028.

L'établissement doit s'engager à respecter le paiement de ses cotisations sociales et fiscales courantes. Le plan d'apurement des dettes URSSAF et des taxes sur les salaires, actuellement existant, doit tout de même être au maximum respecté.

Des aides en trésorerie seront nécessaires pour apurer les dettes fournisseurs dans l'intervalle.

L'investissement sur ces années (hors opérations Ségur) doit se limiter au strict nécessaire.

La massification des achats doit s'amplifier pour réaliser des économies d'échelle.

14 Impacts sur les ressources humaines de cette nouvelle organisation

La projection en ressources humaines dans le futur projet permet de calibrer les équipes au prorata des besoins et d'optimiser la masse salariale en mutualisant différents services support avec le GHT générant ainsi une réduction de 7,5 ETP.

En effet, la mise en œuvre d'une Gestion des Temps et Activités (GTA) commune et d'outils numériques partagés sécurisera les processus et permettra de réaliser les optimisations souhaitées.

Le second levier de ce projet est de s'appuyer sur l'externalisation de certaines prestations (restauration et blanchisserie) avec un gain de 12 ETP. L'employabilité de ces agents ne sera pas menacée puisqu'ils pourront, de fait, intégrer la cuisine centralisée grâce à la législation encadrant les reprises de personnels dans le cadre des reprises d'activités.

La réorganisation de l'offre de soins prévoit le redéploiement des agents sur de nouvelles activités et une optimisation des maquettes organisationnelles.

Ainsi, l'orientation « hôpital de proximité » et le profil gériatrique des patients amènent à renforcer les équipes AS afin de répondre aux besoins en soins de nursing et d'accompagnement des usagers.

De plus, la diminution des effectifs IDE s'appuie sur des organisations de travail collectivement réfléchies qui bénéficieront de nouvelles technologies et de déploiements de projets tels qu'un nouveau dossier patient informatisé et les transmissions ciblées.

Par ailleurs, la généralisation des douze heures de travail journalier est un véritable levier tant dans l'objectif d'optimiser les effectifs que celui d'être attractif.

Les anciennes maquettes bénéficiaient d'horaires de journée pour l'ensemble des unités de médecine qui seront supprimés afin de tendre vers des ratios conformes aux ratios ANAP tels que décrits ci-dessous :

- ✓ 1 IDE en 12 heures pour 14 lits la journée
- ✓ 1 IDE en 12 heures pour 28 lits la nuit
- ✓ 2 AS en 12 heures et 1 AS en 7.66 la journée
- ✓ 1 AS en 12 heures la nuit

De plus, toujours dans une volonté d'optimisation des organisations et des effectifs, d'autres expérimentations sont en cours, telles que l'affectation, à partir de septembre 2022 d'un ETP (soit 1,28 agent) de préparateur en pharmacie à la constitution des piluliers du secteur médico-social.

Par ailleurs, l'ergonomie des nouveaux bâtiments réduira les déplacements des patients ce qui permettra un gain de 5 ETP sur les postes de brancardiers. En effet, l'organisation pavillonnaire actuelle, génère de nombreux transports intra-hospitaliers, en ambulance, de jour comme de nuit, pour rejoindre le plateau technique.

La nouvelle ergonomie associée à l'introduction de nouvelles technologies (télémédecine, dictée connectée...) prévoit également la centralisation de l'accueil des patients et des consultations, ce qui permettrait une réduction de 14 ETP de secrétariat.

Au total, le tableau des effectifs permet d'appréhender la projection RH du projet du nouvel hôpital avec une réduction d'environ 95 ETP sur la partie PNM.

La labellisation « hôpital de proximité » nécessitera d'adapter au mieux les ressources humaines à cette organisation, et donc de réduire les effectifs de 29,40 ETP médicaux et 95,20 ETP non médicaux.

En conclusion, l'optimisation des effectifs PM et PNM dans le cadre du projet NHM entrainera une diminution totale de 124,60 ETP.

15 Conclusion

Reconstruire l'hôpital de Montceau est aujourd'hui vital pour garantir sa pérennité, après plus d'un demi-siècle de fonctionnement pour sa partie médicale.

A l'urgence fonctionnelle de la reconstruction de cet établissement s'ajoutent les conséquences extrêmement péjoratives en matière d'environnement, de coûts d'exploitation et de qualité d'accueil.

Le CHM doit se doter d'un hôpital neuf, permettant d'offrir sur son bassin de vie, une offre de soins et un accueil digne, respectueux des attentes de ses concitoyens et de ses professionnels. Ce projet vise à répondre aux besoins du territoire tout en s'inscrivant dans une dynamique de labellisation d'hôpital de proximité.

Les données démographiques mobilisées mettent en évidence l'adéquation entre ce projet et les besoins réels d'une population vieillissante et poly pathologique.

Ce projet de construction d'un nouvel hôpital porté par la direction actuelle du GHT, les politiques et les autorités de financement a pour objectif de donner à Montceau la dynamique qu'il mérite.

Il a également pour ambition de conforter et d'asseoir la position du CH de Montceau en tant que maillon essentiel dans le parcours de soins de premier recours, ceci en lien étroit et constant avec les établissements du GHT et notamment le site pivot.

Ainsi pacifié dans son devenir et projeté dans son avenir, il est indispensable que le CHM retrouve les marges financières essentielles à un avenir plus serein.

La situation financière restant fortement dégradée, ce projet ne pourra se réaliser qu'avec des aides conséquentes des organismes financeurs. Bien entendu le recours à l'emprunt viendra compléter le financement de ce nouvel hôpital ainsi que les fonds Ségur sanctuarisés.

Au-delà de l'architecture, c'est tout un fonctionnement qui sera repensé. Il devra allier innovations technologiques et managériales, nouvelle organisation spatiale et fonctionnelle pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des prises en charge.

Le CH de Montceau, au travers des parcours patients et conformément au PMSPT, jouera un rôle essentiel pour l'optimisation de la durée moyenne de séjour et la garantie pour les patients d'une offre de soins de proximité.

Ce dossier s'est attaché à mettre en évidence les principales justifications de la demande du CH de Montceau de reconstruire son établissement, vieillissant et vétuste. Ce dernier est en effet devenu inadapté aux standards d'accueil et de dignité attendus par les usagers et ce malgré de nombreux investissements pour tenter de maintenir les installations.

Par ailleurs, les surcoûts liés à l'exploitation des bâtiments sont aujourd'hui très importants du fait des déperditions énergétiques et des fréquentes maintenances curatives.

En conclusion, l'équipe projet a remis récemment ce document au directeur général du GHT. Il nécessitera la validation des organismes financeurs qui devront s'engager, sur la durée du projet, en termes d'accompagnement méthodologique et financier.

Enfin, ce projet devra être partagé, concerté et négocié avec les différents acteurs locaux (organisations syndicales, personnels, autorités de contrôle, médecine libérale et autres partenaires).

Annexes

15.1 Tableau de financement prévisionnel si hôpital neuf

FINANCEMENT HOPITAL DE PROXIMITE MONTCEAU LES MINES AVEC AIDE DE 35 M€

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	TOTAL
Emplois										
Remboursement des dettes :	432 503 €	428 391 €	1 195 058 €	1 961 724 €	1 888 000 €	1 888 000 €	1 738 000 €	1 738 000 €	1 738 000 €	14 436 467 €
Emprunts anciens H	432 503 €	428 391 €	428 391 €	428 391 €	354 667 €	354 667 €	204 667 €	204 667 €	204 667 €	5 379 863 €
Nouvel emprunt 46 M€ 30 ans 2 % 2026			766 667 €	1 533 333 €	1 533 333 €	1 533 333 €	1 533 333 €	1 533 333 €	1 533 333 €	9 966 667 €
										- €
Remboursement dettes antérieures sociales et fiscale	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	22 500 000 €
										- €
Investissement courant	1 500 000 €	1 400 000 €	1 200 000 €	1 000 000 €	800 000 €	800 000 €	800 000 €	800 000 €	800 000 €	9 100 000 €
										0 €
Hôpital de proximité	500 000 €	1 247 000 €	25 000 000 €	38 800 000 €	3 699 000 €					69 246 000 €
TOTAL EMPLOIS	4 932 503 €	5 575 391 €	29 895 058 €	44 261 724 €	8 887 000 €	5 188 000 €	5 038 000 €	5 038 000 €	5 038 000 €	116 192 530 €
Ressources										
CAF	- €	- €	- €	- €	4 964 655 €	9 668 142 €	9 668 142 €	9 668 142 €	9 668 142 €	33 969 081 €
Aides ARS 35 M€	35 000 000 €									35 000 000 €
Segur ARS	500 000 €	1 000 000 €	5 200 000 €							6 700 000 €
Nouvel emprunt 46 M€ 30 ans 2 % 2026			46 000 000 €							46 000 000 €
										0 €
										- €
TOTAL RESSOURCES	35 500 000 €	1 000 000 €	51 200 000 €	- €	4 964 655 €	9 668 142 €	9 668 142 €	9 668 142 €	9 668 142 €	131 337 223 €
FOND DE ROULEMENT	30 567 497 €	25 992 106 €	47 297 048 €	3 035 324 €	- 887 021 €	3 593 121 €	8 223 262 €	12 853 404 €	17 483 545 €	
APPORT OU PRELEVEMENT	30 567 497 €	- 4 575 391 €	21 304 942 €	- 44 261 724 €	- 3 922 345 €	4 480 142 €	4 630 142 €	4 630 142 €	4 630 142 €	
Taux d'endettement	6,30%	5,61%	78,43%	75,24%	93,54%	89,57%	85,91%	79,14%	75,91%	
Indépendance financière	-23,10%	-20,04%	174,95%	180,68%	184,34%	175,33%	164,00%	155,61%	143,34%	
Durée apparente de la dette	-	-	-	-	8,94	8,44	7,99	7,39	7,22	
Trésorerie	31 573 879 €	26 998 488 €	48 303 431 €	4 041 706 €	119 361 €	4 599 503 €	9 229 645 €	13 859 786 €	18 489 928 €	
Taux de CAF	-	-	-	-	10,46%	10,61%	10,76%	10,71%	10,52%	
Taux de CAF nette	-	-	-	-	6,48%	6,63%	7,10%	7,05%	6,86%	

15.2 Compte de résultat prévisionnel

		2028	2029	2030	2031	2032
CHARGES	Titre 1	31 680 326 €	31 680 326 €	31 680 326 €	31 680 326 €	31 680 326 €
	Personne	6 336 395 €	6 336 395 €	6 336 395 €	6 336 395 €	6 336 395 €
	Personne	25 343 931 €	25 343 931 €	25 343 931 €	25 343 931 €	25 343 931 €
	Titre 2	5 502 304 €	5 502 304 €	5 502 304 €	5 502 304 €	5 502 304 €
	Titre 3	6 081 086 €	6 081 086 €	6 081 086 €	6 081 086 €	6 081 086 €
	Titre 4	5 952 150 €	5 823 484 €	5 727 894 €	5 674 291 €	5 636 829 €
	<i>Dt charge</i>	870 593 €	839 500 €	808 407 €	779 444 €	746 222 €
	<i>Dt except</i>	395 962 €	395 962 €	395 962 €	395 962 €	395 962 €
	<i>Dt VNC</i>					
	<i>Dt prov f</i>	696 000 €	696 000 €	696 000 €	696 000 €	696 000 €
	<i>Dt amort</i>	3 908 846 €	3 811 272 €	3 746 775 €	3 722 135 €	3 592 895 €
	<i>Dt renouvellemt immo</i>					
TOTAL	49 215 867 €	49 087 201 €	48 991 611 €	48 938 008 €	48 900 545 €	
PRODUITS	Titre 1	38 183 735 €	38 183 735 €	38 183 735 €	38 183 735 €	38 183 735 €
	Titre 2	3 679 345 €	3 679 345 €	3 679 345 €	3 679 345 €	3 679 345 €
	Titre 3	8 320 774 €	8 320 774 €	8 320 774 €	8 320 774 €	8 320 774 €
	<i>Dt rep an</i>	580 000 €	580 000 €	580 000 €	580 000 €	580 000 €
	<i>Dt reprenouvelmt</i>					
	TOTAL	50 183 853 €				
Résultat CRPP		967 987 €	1 096 653 €	1 192 243 €	1 245 846 €	1 283 308 €
Résultat EHPAD		- 28 177 €	12 310 €	51 952 €		
TOTAL		939 810 €	1 108 962 €	1 244 195 €	1 245 846 €	1 283 308 €
Marge brute		4 206 828 €	4 206 828 €	4 206 828 €	4 206 828 €	4 206 828 €
Taux Marge brute		8,86%	8,86%	8,86%	8,86%	8,86%

Les calculs prévisionnels ont été réalisés à coût constant autant en dépenses qu'en recettes (les mesures réglementaires nationales étant compensées par les recettes et l'effet de Noria étant positif pour le CH de Montceau).

15.3 Lexique des acronymes

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ATMO	Assistance Technique à Maitrise d'Ouvrage
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BFC	Bourgogne Franche Comté
CAF	Capacité d'Autofinancement
CHM	Centre Hospitalier Montceau-les Mines
CHWM	Centre Hospitalier William Morey
CLS	Contrats Locaux de Santé
CMC	Centre Médico Chirurgical
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSG	Court Séjour Gériatrique
DAC	Dispositifs d'Appui à la Coordination
DIM	Direction de l'Information Médicale
DMI	Dispositifs Médicaux Implantables
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EFR	Explorations Fonctionnelles Respiratoires
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
ETP	Equivalent temps plein
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FMIH	Fédération Médicale Inter Hospitalière
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GTA	Gestion des Temps et Activités
HAD	Hospitalisation à Domicile
HDJ	Hôpital de Jour
HT	Hors Taxes
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IPDMS	Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIG	Missions d'Intérêt Général
MOP	Maîtrise d'Ouvrage Publique
PM	Personnel Médical
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PNM	Personnel Non Médical

PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PUI	Pharmacie à Usage Interne
RH	Ressources Humaines
RT	Réglementation Thermique
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDO	Surface Dans Œuvre
SIH	Syndicat inter-hospitalier
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de réanimation
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
T2A	Tarification à l'Activité
TDC	Toutes Dépenses Comprises
TTC	Toutes Taxes Comprises
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
UMA	Unité de Médecine Ambulatoire
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
USC	Unité de Soins Continus
USINV	Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs
UVP	Unité de Vie Protégée