

DIRECTION GENERALE
CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP

02 96 44 56 01 / secretariat.direction@ch-guingamp.fr

ARRIVÉE DU

27 MAI 2019

C.R.C. BRETAGNE

Madame la Présidente
Chambre Régionale des Comptes
3 rue Robert d'Abrissel
CS 64231
35042 RENNES cedex

Guingamp, le 20 mai 2019

Affaire suivie par :

Richard ROUXEL, Directeur
secretariat.direction@ch-guingamp.fr
02.96.44.56.01
Réf : 2019_05_19.oll/rr

Objet : Rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier de Guingamp.
Votre courrier du 26 avril 2019 – LRAR du 30 avril 2019

Madame la Présidente,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir la réponse du Centre Hospitalier de Guingamp au rapport d'observations cité en objet, pour les exercices 2013 et suivants.

Je vous prie d'agréer, Madame le Présidente, l'expression de ma toute considération

Le Directeur

Richard ROUXEL





DIRECTION GENERALE

CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP

02.96.44.56.01 / secretariat.direction@ch-guingamp.fr

Procédure contradictoire :
Réponse au rapport d'observations définitif
de la Chambre Régionale des Comptes
– exercices 2013 et suivants.

La Chambre Régionale des Comptes de Bretagne a procédé à l'examen des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier de Guingamp de 2013 à 2017.

L'établissement est qualifié d'établissement de proximité par la Chambre, dans une acception sans doute différente de celle de la loi car l'hôpital dispose d'un plateau technique assez complet (imagerie – échographie, mammographie, radiologie, scanner et IRM- , biologie, services des urgences, spécialités médicales et chirurgicales, maternité, hébergements pour personnes âgées – EHPAD et USLD).

Le rapport d'observations du 16 novembre 2018 (référence 2018-0030) a donné lieu à une réponse de l'ordonnateur (en poste depuis le 01/09/2015), le 10 janvier 2019.

1. Le pilotage de l'établissement (pages 2 à 12)

1.1. Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectif

En lien avec la recommandation n°1, l'établissement confirme qu'il est engagé dans la rédaction d'un nouveau projet d'établissement. Les séminaires de travail ont abouti à la définition des axes de travail et des groupes afférents.

Il était nécessaire d'attendre la production du Projet Médical Partagé, socle de la politique de coopération et de soins du GHT, ainsi que la finalisation du Projet Régional de Santé, avant d'engager la rédaction d'un projet quinquennal pour le Centre Hospitalier de Guingamp. Ces deux documents stratégiques ont été validés en 2017 et la réflexion a pu être engagée par le Directoire dès début 2018, avant que la dynamique ne soit entravée par la décision de non reconduction de l'autorisation de la maternité en mai 2018.

Le nouveau CPOM a pour sa part été élaboré dans une vaste concertation avec les médecins sur le dernier semestre 2018. Il est effectivement mis en œuvre depuis le 1er janvier 2019.

1.2. Le système d'information (pages 9 et suivantes)

Le GHT a choisi de se doter d'une solution ambitieuse et intégrée, garante d'une prise en charge de qualité des patients, sans rupture et sans perte d'informations, au gré de leurs parcours au sein des établissements parties. C'est en quelque sorte la colonne vertébrale des coopérations et des objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Le Centre Hospitalier de Guingamp est parmi les plus avancés en matière de dématérialisation du dossier patient. Par ce système d'information partagé, il sera mis fin à la multiplicité des logiciels et la maintenance ne manquera pas de générer des économies d'échelle par la massification de ce marché singulier.

Toutefois, conscient de ses difficultés financières le Centre Hospitalier de Guingamp a obtenu avec d'autres établissements du GHT un déploiement du système d'information à un rythme supportable sans porter d'investissements : un système de redevances à l'établissement support (Saint-Brieuc) sur son budget G (budget annexe dédié aux opérations communautaires du GHT).

Enfin, son parc informatique renouvelé intégralement (notamment avec le soutien de l'ARS comme indiqué dans le rapport) s'avère performant et compatible avec les exigences de l'environnement de travail des équipes soignantes.

2. L'activité et ses évolutions

Le Centre Hospitalier de Guingamp est implanté sur un territoire rural de densité assez faible. L'évolution des parts de marché s'explique en partie par l'organisation d'une gradation des soins. Si son activité est importante pour les soins de proximité et de nombreux soins de spécialité (cardiologie, pneumologie, soins palliatifs, médecine interne, obstétrique, chirurgie viscérale, orthopédique, ophtalmologique, gynécologique, ...), le Centre Hospitalier de Guingamp s'inscrit pleinement dans une organisation territoriale à même de garantir le plus haut niveau de sécurité. En conséquence, même pour les spécialités dont il dispose, l'hôpital adresse des patients à l'établissement support (disposant de compétences pour certains actes invasifs, diagnostiques ou encore d'un service de réanimation). Par ailleurs, il n'a pas vocation à remplir de mission de recours.

2.1. L'activité en séjours

Le nombre de séjours en médecine a connu des évolutions fluctuantes, en comparaison d'une année 2015 marquée par une forte progression. L'activité ambulatoire (hôpital de jour de médecine) est marquée par une progression des séances (notamment chimiothérapies) sur la période et au-delà.

Les taux d'occupation font l'objet d'une attention permanente et le Centre Hospitalier de Guingamp adapte son capacitaire de manière volontariste. Il s'attache surtout à adapter les ressources humaines dédiées aux services car le nombre de lits n'est pas en soi un révélateur d'efficience.

Le virage ambulatoire est particulièrement remarquable au Centre Hospitalier de Guingamp et des organisations innovantes (« fast-track » et réadaptation rapide après chirurgie) sont mises en œuvre avec des marges de progression identifiées par les acteurs.

2.2. Evolution en valeur

La valorisation de l'activité MCO connaît une tendance baissière du fait des évolutions des tarifs, de la conversion des séjours conventionnels en séjours ambulatoires moins valorisés et de la gradation évoquée ci-avant.

3. La situation financière

3.1. La fiabilité des comptes perfectible

Les recommandations 2, 3 et 4 ont été identifiées comme des axes de travail importants. La direction des finances a engagé des actions correctrices.

En ce qui concerne les risques de contentieux, à défaut d'en avoir identifié de majeurs il n'a pas été mis en œuvre de provisions pour risques afférents. La remarque sur les créances irrécouvrables a également été prise en compte pour que les reprises sur provisions soient plus précisément ajustées aux admissions en non-valeur.

Les produits issus des recettes T2A sont rattachés au bon exercice et sur le bon compte depuis 2017 selon les observations de la Chambre.

3.2. Une situation budgétaire problématique

Les dépenses du Titre 1 ont connu une augmentation sensible entre 2016 et 2017 qui s'explique pour l'essentiel par les mesures nationales évoquées malgré une forte maîtrise des effectifs rémunérés.

Les dépenses d'intérim médical ont évolué sur certains exercices en raison du départ de praticiens et de la difficulté à recruter dans certaines spécialités liées à la permanence médicale des soins pour lesquels aucune organisation alternative n'est envisageable.

3.3. La capacité d'autofinancement et la problématique d'investissement (page 23 et suivantes)

L'insuffisance de la capacité d'autofinancement est la problématique majeure de l'établissement. Les efforts recherchés dans les organisations ont permis d'améliorer la CAF en 2015 et 2016 avant que ce ratio ne se dégrade à nouveau en 2017 du fait de l'érosion de l'activité. Le déficit de la maternité, évoqué par la Chambre, ne suffit pas à l'expliquer, loin s'en faut. Ce sont toutes les charges fixes du plateau technique rapportées au niveau d'activité et l'ensemble des mesures salariales ayant pesé sur l'accroissement des charges sur les exercices considérés qui expliquent l'impossibilité de l'établissement à financer des investissements productifs nécessaires. L'endettement est maîtrisé et l'établissement veille à le réduire dans la perspective des investissements incontournables pour lesquels il devra recourir à l'emprunt dans les prochaines années. Les investissements ne peuvent être davantage soutenus jusqu'à l'échéance des annuités d'emprunts portant sur l'acquisition de l'ancienne clinique (actuel bâtiment de chirurgie). Le programme pluriannuel d'investissement garantit à ce jour les travaux de sécurisation mais il ne peut porter l'ambition d'accompagner le développement de l'offre par l'acquisition d'équipements biomédicaux de dernière génération dans toutes les spécialités. Ces achats se font au rythme des priorisations annuelles. La stratégie de l'établissement a été reconnue par l'ARS : l'offre de soins s'adapte à de nouvelles prises en charge et les travaux sont accompagnés financièrement dès lors que l'efficience de leur impact peut être mise en évidence : extension des hôpitaux de jour de SSR neuro- locomoteur et gériatrique, renouvellement intégral sur trois exercices du parc informatique – en lien avec l'implémentation du dossier patient partagé et les gains attendus, relocalisation de la maternité et de l'unité de soins palliatifs territoriale, réhabilitation du service d'accueil des urgences dont la progression de l'activité est constante pour mieux prendre en charge les patients et disposer d'un outil de travail proche de celui des autres services des urgences du territoire pour retenir et attirer les praticiens dans cette spécialité, ...

Les déficits successifs ont bien entendu dégradé la situation financière de l'établissement et généré un premier épisode de tension sur la trésorerie en 2018.

Si le déséquilibre financier est incontestable, les conclusions de la Chambre apparaissent toutefois excessives lorsque la situation est qualifiée de « marasme » (page 29). Les efforts constants dans la gestion ont permis de limiter jusqu'alors les ruptures de trésorerie très courantes pour ce type d'établissements (hôpital non support de GHT avec un plateau technique ne permettant pas de recourir à la dénomination d'hôpital de proximité).

3.4. Les actions de redressement (pages 26 et suivantes)

L'établissement a mis en œuvre l'essentiel des mesures préconisées par la Chambre Régionale des Comptes dans son avis du 29 avril 2015. Le plan d'action a été approfondi par des mesures présentées devant le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Toutefois, certaines des démarches initiées se sont vu opposer de nouvelles contraintes liées à l'évolution des ressources médicales. Les graphiques représentant l'évolution des effectifs rémunérés confirment la mise en œuvre des trois quarts des mesures. Par conséquent, les charges de personnels peuvent être considérées comme maîtrisées contrairement à l'analyse portée page 27 qui apparaît en contradiction avec le propos tenu page 21 (« en dépit des efforts réalisés localement »). Seul le coût de l'intérim médical peut attester d'une difficulté dans la maîtrise des charges de personnel.

Au sujet des conséquences financières du maintien de la maternité, il a été porté à la connaissance de la Chambre les résultats des travaux initiés à la demande de l'ARS dans le cadre de la procédure de renouvellement de l'autorisation en gynécologie-obstétrique. La direction n'a pas proposé d'alternative dans ces travaux. Elle a conduit les analyses médico-économiques traduisant la suppression de cette autorisation dans l'hypothèse de la transformation de la maternité en centre périnatal de proximité. Ces travaux montrent que la seule fermeture ne résorbe pas le déficit de l'activité obstétricale du fait de la permanence d'un plateau technique dans cette hypothèse : la permanence des soins et le bloc opératoire couvrent également des activités chirurgicales.

Enfin, s'agissant du taux d'occupation de la maternité (63%), il n'apparaît pas être un critère pertinent à lui seul puisque c'est davantage du côté de l'allocation des ressources et de l'adéquation entre effectifs en personnels et le niveau d'activité que des gains d'efficience peuvent être dégagés. Bien entendu, les possibilités restent limitées pour une activité organisée par un décret et la nécessité d'assurer la sécurité des parturientes et des nouveaux nés. A cet égard, les effectifs d'aides-soignants/auxiliaires de puériculture revus à la baisse fin 2018 font l'objet d'une nouvelle concertation en 2019.

Le Centre Hospitalier rejoint la Chambre dans son analyse de la nécessité d'une vision à long terme sous un angle territorial (page 29). Le projet d'établissement en cours d'élaboration ne manquera sans doute pas de mettre en exergue un projet en addictologie.

4. Les ressources humaines

L'augmentation des effectifs médicaux est à comparer au solde des postes vacants. Elle est tronquée par un glissement du recrutement de médecins intérimaires vers un statut de contractuels de remplacement sur la période considérée. C'est un choix volontaire de la direction que d'avoir agi de la sorte pour limiter l'impact budgétaire du recrutement sur les postes vacants pour les personnels médicaux.

Le personnel non médical voit ses effectifs régresser sur la période du fait de nouvelles organisations présentées devant le COPERMO (ex : fermeture de 50% des lits de chirurgie le week-end par la transformation du service en hôpital de semaine) et d'une politique de remplacement des arrêts de maladie de courte durée. Les efforts sont très conséquents entre 2015 et 2017 comme la Chambre l'observe (page 30).

Le nombre des contractuels est stable, malgré la fin du dispositif des contrats aidés ayant généré une augmentation des charges de 650 000 € du fait de la fin des aides et de la transformation des emplois en contrats de droit public.

Le taux d'absentéisme constaté au Centre Hospitalier de Guingamp n'est pas atypique si on le compare à celui des autres établissements. Il est suivi avec une grande attention avec les partenaires sociaux. Ce taux a connu des fluctuations ; alors que le Centre Hospitalier de Guingamp présentait un risque absentéisme plutôt inférieur à la moyenne des établissements comparables, son alignement en une année sur l'absentéisme moyen dans les professions soignantes laisse apparaître une hausse sensible entre 2015 et 2017. Il connaît actuellement une tendance baissière sur les huit derniers mois.

5. Les actes et consultations externes (ACE) (pages 34 et suivantes)

Le Centre Hospitalier développe une offre de consultations en s'appuyant sur des mises à disposition de praticiens du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc (neurologie, rhumatologie et très prochainement diabétologie et douleurs chroniques). Ces consultations avancées complètent le dispositif historique déployé par les praticiens publics guingampais et les libéraux installés sur le Pôle de Santé (gastro-entérologie, ophtalmologie, orthopédie, vasculaire, dermatologie, ...). Les seules consultations suivies sont publiques, l'activité des praticiens libéraux en ce domaine n'étant pas connue eu égard à leur statut. Les aspects bâtimentaires ne sont pas neutres dans l'organisation de ces consultations. Il n'est pas possible de toutes les regrouper sur un plateau unique, d'autant plus que le nombre de médecins spécialistes par service ne permet pas de leur demander de se rendre dans un espace dédié aux ACE trop éloigné des patients hospitalisés.

Toutefois, il n'est pas fait état dans le rapport de la proximité des bâtiments qui n'apparaît pas être un frein pour les patients lorsqu'ils sont sondés sur leur satisfaction après hospitalisation. Aucune plainte ou doléance n'est recensée à cet égard sur les cinq dernières années.

De plus, un second point de prélèvement sanguin a été ouvert dans le bâtiment chirurgie, notamment pour les consultations externes avant hospitalisation (en proximité des anesthésistes et des chirurgiens publics et libéraux).

Le parcours du patient est au cœur de toutes les réflexions organisationnelles ou architecturales. Des groupes de travail veillent à améliorer ce parcours avec l'appui de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (2016, 2019) ; le Centre Hospitalier de Guingamp articule cette réflexion à la dématérialisation de l'encaissement des recettes. La Chambre souligne à cet égard l'inscription volontariste des équipes hospitalières dans les dispositifs SIMPHONIE puis DIAPASON et la démarche FIDES.

Enfin, s'agissant des conditions d'exercice de l'activité libérales, le Centre Hospitalier de Guingamp souhaite infléchir l'analyse de la Chambre. Depuis un an, un seul praticien exerce une activité libérale. Son activité est suivie annuellement. Il reste difficile de mobiliser les neuf membres de la Commission d'Activité Libérale pour contrôler l'activité de cet unique praticien (ils étaient 2 en 2017). Mais le suivi et l'information transparente des représentants de l'Assurance Maladie, de l'ARS et de la CME n'ont jamais failli en l'absence de réunion de la Commission d'Activité Libérale (CAL).