



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## Centre hospitalier intercommunal de Redon Carentoir (Ille-et-Vilaine)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 3 octobre 2019.

## TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 Le CHIRC : contexte général .....	7
1.1 Un établissement de soins complet .....	7
1.2 L'établissement en chiffres .....	7
1.3 Un contexte socio-géographique particulier .....	7
1.4 Un périmètre médico-administratif redéfini .....	8
1.4.1 La fusion des sites de Redon et de Carentoir .....	8
1.4.2 Le groupement hospitalier de territoire .....	9
2 Un établissement fragilisé .....	10
2.1 Une activité subissant des freins .....	10
2.1.1 Des parts de marchés plafonnées.....	10
2.1.2 Une activité médicale qui s'essouffle.....	11
2.1.3 Un capacitaire sous-employé.....	12
2.2 Une situation financière dégradée.....	13
2.2.1 La situation budgétaire .....	13
2.2.2 Des résultats déficitaires.....	14
2.2.3 Une capacité d'autofinancement insuffisante.....	15
2.2.4 Un établissement en déséquilibre financier.....	15
2.2.5 Des besoins financiers avérés.....	15
2.2.6 Des perspectives pluriannuelles incertaines .....	16
2.3 Une gestion des ressources humaines à améliorer .....	17
2.3.1 Evolution des effectifs .....	17
2.3.2 Des besoins à anticiper .....	18
2.3.3 Un absentéisme en progression .....	18
2.3.4 Le poids des dépenses d'intérim et de remplacement .....	19
2.3.5 Une activité libérale insuffisamment contrôlée .....	19
2.4 De lourds investissements nécessaires.....	20
2.4.1 La vétusté des infrastructures .....	20
2.4.2 Le plan de modernisation .....	21

3	Les pistes à envisager .....	21
3.1	Une coopération médicale à renforcer .....	21
3.1.1	L'impact du GHT sur le fonctionnement du CHIRC .....	21
3.1.2	Les liens avec le secteur privé .....	24
3.2	Des choix stratégiques à mieux préciser .....	25
3.2.1	Une gouvernance organisée et informée .....	25
3.2.2	Des améliorations à mettre en œuvre .....	27
3.2.3	Un soutien logistique à réorienter : mutualisations ou externalisations ? .....	32
3.2.4	Une ressource immobilière à exploiter .....	32
3.2.5	La question de l'attractivité .....	33
	ANNEXES .....	35

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier intercommunal de Redon-Carentoir (CHIRC), membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute-Bretagne, est un établissement public de santé, issu de la fusion de deux hôpitaux en 2017. Présent sur trois territoires de santé, il assure, avec 800 agents et près de 550 lits et places, la couverture sanitaire d'un bassin de population de 100 000 habitants en proposant, outre l'hébergement de long séjour, une offre de proximité dans les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie et de gériatrie.

### **Un établissement dynamique**

Le centre hospitalier est le premier employeur de la ville de Redon. Il est reconnu comme constituant un établissement géographiquement isolé, exerçant une attractivité certaine sur sa zone environnante.

Le CHIRC travaille en une étroite collaboration avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, afin de pérenniser son offre de soins, voire de la développer à l'exemple de la gériatrie ou de la chirurgie.

Il collabore également avec le secteur libéral par le biais de groupements de coopération sanitaire, dans les secteurs de l'ophtalmologie et de la médecine de proximité.

### **Une situation financière difficile**

L'hôpital est soumis à la concurrence de plusieurs établissements majeurs, situés à équidistance (Rennes, Vannes, Nantes, Saint-Nazaire), et qui réduisent sa zone d'attractivité réelle tout en plafonnant son activité médicale : sa patientèle décroît sensiblement avec l'éloignement.

Les résultats, jusqu'alors équilibrés, sont devenus déficitaires, avec une forte dégradation en 2017 (-2 M€ tous budgets confondus). La capacité d'autofinancement s'effondre. L'amélioration en 2018 reste fragile, un déficit de -0,5 M€ étant toujours constaté, et les perspectives pluriannuelles ne prévoient pas d'amélioration avant 2022. Les difficultés de recrutement du personnel médical auxquelles l'établissement est confronté génèrent un recours à l'intérim coûteux, tandis que le plan de modernisation des structures, dont le vieillissement est avéré, ne trouve pas de solution de financement au regard du montant estimé (25 à 30 M€). A ce jour, la sécurité-incendie n'est qu'imparfaitement assurée. La chambre relève la dangerosité de la situation, tant pour les patients que pour les personnels.

En raison de ces difficultés financières, à l'origine d'une trésorerie tendue et de difficultés de paiement croissantes des dettes fournisseurs, l'investissement, pourtant nécessaire à l'activité mais aussi à l'attractivité de l'établissement, est de plus en plus difficile à financer, ce qui aboutit à un alourdissement de l'endettement jusqu'ici contenu.

La succession des plans de redressement n'a pas permis d'améliorer les résultats d'exploitation : à ce jour, le CHIRC affiche un résultat cumulé déficitaire de -1,9 M€ sur la période 2014-2018. Hors aides directes au fonctionnement versées par l'Agence régionale de santé, ce déficit atteint en réalité 4,9 M€.

A ce jour, au regard des critères officiels, le CHIRC est en situation de déséquilibre financier.

### **La nécessité d'une stratégie de long terme**

Le développement de la coopération interhospitalière, publique comme privée, ainsi qu'avec la médecine de ville est incontournable pour maintenir l'offre de soins locale.

Une amélioration de la gestion reste nécessaire. Les démarches d'externalisation doivent être poursuivies, tandis que la mutualisation dans le secteur médical, mais également dans le soutien logistique et administratif, doit être recherchée, au vu des possibilités existantes, dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT). L'activité libérale doit aussi faire l'objet d'un meilleur suivi, et le développement d'une comptabilité analytique comprenant une analyse des résultats d'activité par pôle doit être envisagé. En outre, la facturation doit reposer sur un système d'encaissements efficace. La mise en place d'une régie au service des urgences s'impose pour faciliter le recouvrement des recettes.

Il conviendra surtout d'étudier le positionnement de l'hôpital au sein de son GHT d'appartenance, sous l'égide du CHU de Rennes. L'avenir du CHIRC repose sur la pérennisation de filières de soins, répondant, de manière équilibrée, aux besoins de la population locale.

## RECOMMANDATIONS

*Sur le fondement des observations du rapport, la chambre formule les recommandations et rappels au respect des lois et règlements suivants :*

- Recommandation n° 1 Préciser dans la convention les modalités de financement du GCS « ophtalmologie en pays de Redon et Vilaine », en l'état trop générales. .... 24
- Recommandation n° 2 Mettre en place des comptes de résultats par activité ou par pôles (CREA) pour déterminer leur coût complet, en vue d'un meilleur pilotage..... 29
- Recommandation n° 3 Instaurer une régie de recettes au sein des urgences pour améliorer la facturation et le recouvrement. .... 29

*Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans son résumé.*

## INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Redon Carentoir à compter de l'exercice 2014. Ce contrôle a été ouvert par lettres du 22 janvier 2019 et 26 février 2019.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 29 mars 2019 en présence de l'ordonnateur, M. Patrick BESSON. Son prédécesseur, M. Thibault DOUTE, a également été contacté le 9 avril 2019. M. Jean-François TAILLARD, également ordonnateur sur la période contrôlée, est depuis décédé.

La chambre, lors de sa séance du 21 mai 2019, a arrêté ses observations provisoires.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, lors de sa séance du 3 octobre 2019, a arrêté ses observations définitives.

# **1 LE CHIRC : CONTEXTE GENERAL**

## **1.1 Un établissement de soins complet**

Le centre hospitalier intercommunal de Redon-Carentoir (CHIRC) est un établissement public de santé situé dans le territoire de santé n°5, issu de la fusion des hôpitaux de Redon et de Carentoir intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Il assure la couverture sanitaire d'un bassin de population de 100 000 habitants, et propose une offre de proximité, ainsi qu'un niveau de technicité reconnu, dans de multiples spécialités au sein des activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie et de gériatrie.

L'offre de soins est structurée autour de six pôles d'activité médicale et chirurgicale, le site principal (bâtiment central, bloc chirurgical, ...) étant celui de Redon, situé au centre-ville.

## **1.2 L'établissement en chiffres**

Le centre hospitalier comptait, au titre de l'année 2018, 92 lits et places en médecine, 40 en chirurgie et 19 en obstétrique, soit 151 lits et places en MCO. Il en propose également 40 en psychiatrie, 70 en soins de suite et de réadaptation (SSR), 30 en unité de soins de longue durée (USLD), 180 en hébergement (EHPAD) et 72 à l'appui des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), soit une capacité totale de 543 lits et places.

L'effectif total est de 840,32 ETPR (équivalent temps plein rémunérés), dont 63,26 pour les personnels médicaux et 777,06 pour les personnels non médicaux.

L'activité, au titre de l'année 2018, a représenté 16 403 entrées, 152 085 journées, 79 904 venues externes, 2 674 interventions réalisées au bloc opératoire, 1 609 actes d'endoscopie, 32 559 actes d'imagerie médicale, 508 naissances et 22 525 passages aux urgences.

Le budget principal représente 52 M€, auquel il faut rajouter 10 M€ au titre des budgets annexes, dont 80 % sont représentés par les structures de long séjour (USLD et EHPAD). Le budget d'investissement annuel, quant à lui, est de l'ordre de 1,5 M€.

## **1.3 Un contexte socio-géographique particulier**

Le CHIRC se situe à l'extrémité sud du département d'Ille-et-Vilaine, dans une ville moyenne, au confluent de trois départements et de deux régions. Il est donc positionné à équidistance des grands ensembles hospitaliers de Rennes, Nantes, Saint-Nazaire et Vannes. Ce champ concurrentiel constitue la particularité de l'établissement.

Le pays de Redon et Vilaine comptait 66 091 habitants au titre du recensement de 2017, avec une population peu mobile, essentiellement rurale, ouvrière et retraitée, à fort taux de chômage, aux revenus relativement limités. Celle-ci présente en outre une moyenne d'âge élevée (30 % des habitants ont plus de 60 ans), notamment dans les communes rurales, en dehors de l'axe routier Redon-Rennes, qui connaît *a contrario* l'implantation de populations plus jeunes, travaillant dans l'agglomération rennaise. Pour l'heure, la densité n'est que de 66,7 habitants/km<sup>2</sup>, contre 125 habitants/km<sup>2</sup> pour la Bretagne.

Le CHIRC est reconnu par l'Agence régionale de santé (ARS) comme constituant « *un établissement géographiquement éloigné*<sup>1</sup> ». Néanmoins, il permet à la population locale un accès rapide à des consultations diversifiées, à une offre de soins de proximité et de première nécessité, à tous les âges de la vie (néonatalogie et pédiatrie, médecine adulte générale et spécialisée en hospitalisation complète, de jour ou de semaine, soins de suite et de réadaptation médico-chirurgicale, psychiatrie, gériatrie). Il est le seul, dans le pays de Redon, à disposer d'un plateau technique chirurgical et obstétrical, ce qui favorise les partenariats avec le secteur libéral.

Dans ce contexte, il paraît délicat, malgré la concurrence exercée par les grands ensembles hospitaliers, d'envisager une réduction du panel d'activités de cet établissement, sauf à fragiliser l'offre de soins publics locale.

## 1.4 Un périmètre médico-administratif redéfini

### 1.4.1 La fusion des sites de Redon et de Carentoir

Les établissements publics de santé de Carentoir et de Redon ont fusionné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, une fusion réalisée de manière consensuelle<sup>2</sup> dans le but de maintenir les activités du site de Carentoir (20 lits en SSR) : permanence médicale et filière gériatrique.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour réaliser un bilan global de l'opération, des premiers effets apparaissent dans le domaine des finances, du personnel et de l'informatique.

En 2017, le déficit du CHIRC aura été de 2 M€ tous budgets confondus (principal et annexes), alors que l'hôpital connaissait jusqu'ici l'équilibre<sup>3</sup>. En effet, le CH de Redon a dû regrouper les effectifs, et intégrer la charge financière inhérente. Ceci a induit une augmentation<sup>4</sup> des personnels médicaux et non médicaux de 93,12 ETPR. Hors fusion, cette augmentation n'aurait été que de 17 ETPR, soit 2 %. Un accroissement de la masse salariale de 15 % (+ 4,2 M€) a ainsi été constaté entre 2016 et 2017, accroissement qui n'aurait été que de 4,3 % sans la fusion.

<sup>1</sup> Le CHIRC bénéficie d'ailleurs d'une indemnité spécifique versée par l'ARS annuellement.

<sup>2</sup> L'opération, largement relayée par la presse locale, a été décidée en 2016 à l'unanimité des conseils municipaux et validée par les instances des hôpitaux concernés.

<sup>3</sup> Au regard des exercices 2016 (0 M€), 2015 (+0,5 M€) et 2014 (+ 0,2 M€).

<sup>4</sup> Source : bilan social 2017 du CHIRC.

La fusion des systèmes d'information, pour sa part, a permis de lever<sup>5</sup> des anomalies qualitatives et de sécuriser le parcours du patient par convergence des dossiers-patients individualisés (DPI). Cette situation a permis d'établir un état des lieux et une cartographie des applications par site sur l'ensemble des domaines (patient, médical, administratif, intégration...). Le déploiement du DPI et la mise en place du circuit du médicament sur les deux sites ont finalement pu être réalisés dès 2017.

Un certain nombre de dispositions, à fins d'économies, sont également prévues dans le contrat de retour à l'équilibre 2019-2021 négocié avec l'ARS : suppression du poste de directeur-adjoint sur Carentoir après départ en retraite, fusion des pharmacies en 2021 pour optimiser les stocks et le temps de travail du pharmacien, fin de l'activité de la blanchisserie du site de Carentoir par transfert d'activité à un syndicat interhospitalier (SILGOM<sup>6</sup> de Vannes).

#### **1.4.2 Le groupement hospitalier de territoire**

Le CHIRC est membre du groupement hospitalier de territoire de Haute Bretagne (GHT) situé sur le territoire de santé n° 5 qui concerne entre 900 000 et un million d'habitants. Ce GHT, constitué<sup>7</sup> le 30 juin 2016, ne regroupe que des établissements de santé publics avec, en premier lieu, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, son établissement support.

Les coopérations qui lient le CHIRC au CHU de Rennes datent de plusieurs années, à l'image de la création, en 2014, de deux fédérations interhospitalières (femmes-enfant et pathologies digestives) réunissant les principales structures hospitalières du territoire de Haute Bretagne. Cependant, la création du GHT a permis, selon le CHU, de mieux renforcer les moyens affectés au CHIRC pour l'obtention d'une meilleure graduation des soins.

Le 27 février 2018, les établissements du GHT Haute Bretagne ont signé un contrat hospitalier de territoire avec l'ARS, favorisant le déploiement d'un projet médico-soignant partagé, afin de mieux répondre aux enjeux de santé publique du territoire de santé<sup>8</sup>, avec l'objectif d'une graduation des soins conforme aux orientations du plan régional de santé, liant les niveaux d'activité de haute spécialité, de recours et ceux inhérents aux soins de proximité.

Le CHIRC a pu ainsi développer des liens de coopération avec les établissements membres, permettant la mise en œuvre de filières de soins.

---

<sup>5</sup> Article Hospitalia du 15 décembre 2017.

<sup>6</sup> Syndicat interhospitalier de logistique du golfe du Morbihan.

<sup>7</sup> Date de signature de la convention constitutive initiale.

<sup>8</sup> Correspondant au département de l'Ille-et-Vilaine.

## **2 UN ETABLISSEMENT FRAGILISE**

### **2.1 Une activité subissant des freins**

#### **2.1.1 Des parts de marchés plafonnées**

Les tableaux produits en annexe, issus des indicateurs officiels Hospidiag, indiquent le positionnement du CHIRC dans sa zone d'attractivité<sup>9</sup> au regard de ses parts de marché<sup>10</sup> en MCO, ainsi qu'en cancérologie.

Ces parts de marché, bien que non majoritaires (hormis pour l'obstétrique), sont en progression depuis plusieurs années, mais semblent reculer en chirurgie et en obstétrique à compter de 2017. La chirurgie ambulatoire, après une phase de progression, semble également régresser entre 2017 et 2018.

Le CHIRC est majoritaire en médecine sur sa zone d'attractivité, loin devant les autres établissements, son premier concurrent étant le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, avec 13 à 14 % de parts de marché.

Il reste également majoritaire en chirurgie conventionnelle, mais l'écart est moindre avec le CHU de Rennes et le centre hospitalier privé (CHP) de Saint-Grégoire qui, ensemble, atteignent le même chiffre que l'établissement. La situation est similaire en chirurgie ambulatoire, avec une concurrence avérée de la clinique Océane de Vannes.

Le CHIRC détient une position dominante en obstétrique, avec plus de 50 % des parts de marché chaque année.

Enfin, il apparaît que le CHIRC est principalement concurrencé en cancérologie conventionnelle par le CHU de Rennes, situation compréhensible du fait des capacités dimensionnelles de ce dernier. Les établissements privés rennais de Saint-Grégoire et du Centre Eugène-Marquis, ainsi que de la clinique Océane, détiennent, à eux trois, la majorité des parts. La concurrence des cliniques privées est encore plus vive dans le domaine de la chimiothérapie.

---

<sup>9</sup> La zone d'attractivité (ZA) d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise ses taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux/ Nb habitants) les plus élevés.

<sup>10</sup> La part de marché d'un établissement au sein d'une zone correspond au nombre de séjours d'habitants de ladite zone réalisés dans cet établissement, rapporté au nombre total d'habitants de cette zone.

En raison de son positionnement géographique, le CHIRC réalise des performances limitées, le taux de fuite<sup>11</sup> restant important au-delà des 30 km autour de Redon, du fait de l'attractivité des grands centres hospitaliers environnants (Rennes, Nantes, Vannes), tant dans le public que dans le privé. Un tableau produit en annexe résume l'importance du taux de fuite concernant le CHIRC : 22,4 % vers Rennes, 13,2 % vers Nantes, 11,5 % vers Vannes, 7,3 % vers Saint-Nazaire. En réalité, la zone où l'attractivité de l'établissement dépasse 50 % correspond au bassin de vie<sup>12</sup> de Redon. L'hôpital exerce aussi son influence sur une deuxième couronne<sup>13</sup> où l'attractivité est supérieure à 20 %. La zone d'influence de Redon, ainsi définie intègre les territoires situés à un délai de moins de 30 minutes, dans le cadre des services de proximité.

Un histogramme, en annexe, illustre les parts de marché et le taux de fuite du CHIRC par catégorie d'activité de soins. Les principales fuites concernent les séjours de médecine interventionnelle avec actes peu invasifs et la chirurgie. L'activité de médecine ambulatoire tend également à être pratiquée dans d'autres établissements. La situation s'améliore en obstétrique, périnatalité, et médecine en hospitalisation complète.

Au regard des parts de marché et des taux de fuite de l'établissement, la chambre constate que celui-ci est amené à se spécialiser dans les soins de proximité, mais que les actes complexes reviennent davantage aux grands ensembles hospitaliers avoisinants.

### 2.1.2 Une activité médicale qui s'essouffle

Selon le bilan PMSI 2017 établi par l'ARS, dont un extrait est en annexe, le CHIRC, en nombre de séances et de séjours en MCO, ne se situe qu'à la huitième place sur son territoire de santé, loin derrière les grands établissements que constituent le CHU de Rennes, le CHP Saint-Grégoire, les cliniques et polycliniques rennaises. Il n'est comparable, en termes de séjours, qu'aux établissements de Fougères et de Vitré.

Son activité globale stagne, à l'inverse de ses principaux concurrents. Le point faible réside dans la chirurgie conventionnelle (hors séances) : l'hôpital a en effet perdu des médecins sur la même période sans qu'ils aient pu être remplacés.

Selon les indicateurs issus d'Hospidiag, également en annexe, l'activité d'hospitalisation conventionnelle observe une progression limitée jusqu'en 2016, mais avec un point d'inflexion constaté dès 2017. Le déclin est cependant régulier en obstétrique<sup>14</sup>, où le nombre de séjours passe de 703 à 555.

La situation est différente dans le secteur ambulatoire où la progression est continue, même si l'obstétrique reste en retrait.

Le nombre d'accouchements est lui-même en régression et reste très inférieur au seuil de rentabilité de 1 200 par an défini par les autorités sanitaires. Selon le rapport d'activité du CHIRC, le chiffre s'est cependant redressé en 2018, avec 508 naissances recensées.

<sup>11</sup> Le taux de fuite correspond au nombre de séjours d'habitants de la zone réalisés en dehors de l'établissement, rapporté au nombre total d'habitants de la zone.

<sup>12</sup> Constitué des communes de Redon, Allaire, Saint-Nicolas de Redon et Langon.

<sup>13</sup> Malansac, La Gacilly et Carentoir, Pipriac sur un cadran nord-ouest et Guémené Penfao, Plessé, Saint-Gildas des Bois sur un cadran sud-est.

<sup>14</sup> Une activité également conditionnée par la qualité de l'hôtellerie, domaine dans lequel le CHIRC cherche depuis peu à investir, à fins d'attractivité.

Selon l'établissement, l'analyse du PMSI 2018, sur l'année complète, indique que 10 671 résumés de sortie standardisés (RSS) ont été réalisés, ce qui est stable par rapport à 2017 mais inférieur à l'attendu, le nombre de séances ayant été inférieur aux prévisions (chimiothérapies, transfusions). La valorisation<sup>15</sup> versée par l'assurance maladie au titre de la tarification à l'activité (T2A) aura été de 22 M€, comparable à 2017. Le taux de facturation se situe lui-même à 91,6 %, inférieur aux prévisions.

La répartition par durée de séjour, en 2018, montre une augmentation des prises en charge de journée et une baisse des séjours avec au moins une nuit passée sur site. Le CHIRC constate désormais une diminution des séjours d'hospitalisation complète : en pédiatrie, en chirurgie, en unité de médecine à orientation cardiologique et pneumologique. Cette évolution est liée à des raisons conjoncturelles (départ de médecins non encore remplacés) mais également à de nouvelles prises en charge (ex : chirurgie uro-génitale).

Les niveaux de sévérité de type 3 et 4, les plus élevés et les plus rentables, restent limités en nombre, même si une progression sur les niveaux 2, 3 et 4 est observée.

L'activité en 2018 n'a somme toute que peu progressé : en termes de valorisation, le CHIRC reste éloigné de ses prévisions<sup>16</sup> de recettes T2A. Une situation due à l'augmentation de la part des séjours sans nuitée et à l'allongement des durées de séjours sur les unités d'hospitalisation complète (médecine de spécialités, chirurgie).

### 2.1.3 Un capacitaire sous-employé

Le capacitaire en lits et places pour la MCO a évolué ces dernières années (cf. annexe).

Le nombre de lits en chirurgie est passé de 40 à 30 dès 2015, tandis que le nombre de places en ambulatoire n'a que très peu varié et reste limité à 6. Selon l'ordonnateur, la capacité du service de chirurgie a désormais été réduite à 20 lits dans les cas de sous-occupation avec réduction de personnel. Un protocole d'accord entre les chirurgiens et les urgentistes a permis, depuis le début de l'année 2019, d'augmenter le taux d'occupation par l'admission de patients ne nécessitant pas d'intervention mais souffrant de pathologies pouvant être suivies par les chirurgiens. *De facto*, le taux de patients « médicaux » du service de chirurgie est aujourd'hui proche de 20 %. L'établissement procède donc à des ajustements conjoncturels, qui n'ont pas nécessairement vocation à s'inscrire dans la durée. L'évolution est similaire en obstétrique, avec un nombre de lits qui a diminué de 20 à 15. La situation est cependant inverse en médecine, qui détient - de loin - le plus gros volume (91 lits et cinq places).

Les taux d'occupation apparaissent satisfaisants en médecine, bien supérieurs à 85 %, mais ils restent faibles en chirurgie (moins de 70 % en 2017 et en régression notable depuis 2014 où le chiffre était supérieur à 100 %) et surtout en obstétrique, avec moins de 50 % désormais.

<sup>15</sup> Tout compris : GHS + suppléments + IVG + DMI + molécules onéreuses.

<sup>16</sup> Avec 452 697 € de moins que prévu sur les bases de remboursement des séjours et suppléments.

La durée moyenne de séjour, traduite par l'indice IP-DMS, est également significative. L'IP-DMS global a augmenté pour atteindre 1,062 en 2018, équivalent à un nombre de lits supplémentaires de 6,66. La progression<sup>17</sup> de l'IP-DMS global traduit une perte de performance pour le CHIRC, une progression, selon l'établissement, générée par l'augmentation des durées de séjour (cf. annexe) sur les unités de médecine (cardiologie, pneumologie et court séjour gériatrique), sans explication<sup>18</sup> médicale à l'appui : *« si les comportements individuels peuvent à l'occasion défavoriser la baisse de la DMS, les principales raisons de ce phénomène sont d'une part l'intervention proportionnellement importante de médecins remplaçants pour lesquels ce n'est pas une priorité et qui doivent en outre s'approprier les dossiers à leur arrivée, d'autre part des contextes sociaux rendant parfois très complexes des solutions d'aval, en particulier pour certaines pathologies. »*.

## 2.2 Une situation financière dégradée

Si la fiabilité des comptes n'appelle pas de commentaires particuliers, la situation financière de l'établissement, jusqu'ici équilibrée, présente désormais de grandes faiblesses.

### 2.2.1 La situation budgétaire

Le budget principal du CHIRC a augmenté progressivement de 2014 à 2018<sup>19</sup>, en passant de 45 M€ à 52 M€, avec les évolutions suivantes :

- Le Titre 1 (charges de personnel) a augmenté, en cinq ans, de 13,5 % (+ 4,5 M€) ;
- Le Titre 2 (charges à caractère médical) s'est accru de 15,2 % (+ 0,8 M€) ;
- Le Titre 3 (charges hôtelières et générales) a connu une croissance de 27,2 % (+1,3 M€) ;
- Le Titre 4 (amortissements et provisions) n'a augmenté que de 7 % (+ 0,2 M€).

En définitive, les charges du budget principal ont progressé de presque 7 M€ en cinq ans dont 68 % par le seul fait des charges de personnel. Cette évolution s'explique par la croissance du volume des effectifs, dont l'effet « Carentoir » présenté en début de rapport, mais aussi par les mesures ministérielles de revalorisation salariales intervenues en cours de période.

Parallèlement, les recettes ont augmenté à peu près autant que les dépenses, mais à un niveau moindre cependant, générant un léger effet de ciseaux. Cette évolution des recettes est principalement due à celle du Titre 1 (T2A) avec une progression de 19 % (+ 6,6 M€) en cinq ans. Les faibles évolutions des autres titres en recettes (2 et 3), respectivement positives et négatives, se sont pour leur part compensées réciproquement.

<sup>17</sup> Il doit être le plus proche possible de 1, et non pas s'en éloigner progressivement, comme constaté ici.

<sup>18</sup> Cette progression de la DMS en médecine n'a pas d'explication rationnelle : elle serait partiellement due, selon l'établissement, aux choix de certains praticiens.

<sup>19</sup> L'exercice 2018, à la date du 23 avril 2019, était toujours en attente du compte financier ; les chiffres indiqués pour 2018 sont donc ceux établis par l'établissement.

Annuellement, les budgets annexes sont venus abonder<sup>20</sup> le budget principal. Mais en 2018, ils ont contribué, au contraire, au déficit de l'établissement (- 573 K€ pour les résultats annexes), alors que le budget principal était revenu à l'équilibre (6 K€).

### 2.2.2 Des résultats déficitaires

Les résultats de fin d'exercice sont devenus déficitaires à compter de 2016.

Le déficit global<sup>21</sup> se montait à -5,2 M€ après affectation des résultats 2017. Les premiers résultats pour 2018 sont également déficitaires, aggravant la situation.

Les causes sont multiples. Selon la commission médicale d'établissement<sup>22</sup>, la dégradation des résultats financiers, en 2017, est en grande partie liée au recours « *très important* » à l'intérim médical, équivalent à plus de 650 jours supplémentaires par rapport à ce qui avait été budgétisé. De manière plus générale, le manque de médecins face à la panoplie<sup>23</sup> d'activités proposée par l'hôpital serait responsable de la situation.

Afin de déterminer les résultats économiques, la chambre a procédé au retraitement<sup>24</sup> des résultats comptables, en ne retirant que les aides directes au fonctionnement apportées par l'ARS depuis 2014, dans le cadre du soutien financier lié aux plans de redressement :

**Tableau n° 1 : Les résultats**

<i>chiffres en K€</i>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>résultat global</b>	240	523	-116	-2038	-567
<b>aides directes au fonctionnement</b>	0	254	100	600	2 000
<b>résultat retraité</b>	<b>240</b>	<b>269</b>	<b>-216</b>	<b>-2638</b>	<b>-2567</b>
<b>déficit cumulé de 2014 à 2018</b>					<b>-4912</b>

Source : états financiers et états de financements de l'ARS 2014-2018 produits par le CHIRC/DAF

De 2014 à 2018, en retraitant ainsi les résultats comptables, le centre hospitalier a accumulé un déficit de - 4,9 M€ au lieu de -1,9 M€. La chambre observe que le CHIRC est devenu un établissement structurellement déficitaire, qui ne doit son équilibre qu'aux aides de l'ARS. Le redressement observé entre 2017 et 2018 n'est qu'apparent puisque généré par l'aide de 2 M€ apportée par l'ARS, correspondant en réalité au déficit enregistré en 2017 pour pouvoir amorcer un nouveau plan de redressement.

<sup>20</sup> 185 K€ en 2014, 284 K€ en 2015, 221 K€ en 2016, et 148 K€ en 2017.

<sup>21</sup> Compte-rendu du conseil de surveillance du 15 octobre 2018.

<sup>22</sup> Compte-rendu de la commission médicale d'établissement du 04 octobre 2018.

<sup>23</sup> L'absence d'un seul médecin peut faire stopper un service, car chaque spécialité offerte par le CHIRC ne compte guère plus d'un ou deux médecins, hormis les domaines périphériques comme les urgences. En outre, l'absence de praticiens génère le recrutement intérimaire, toujours très coûteux.

<sup>24</sup> Ne sont pas considérées ici les aides de l'ARS liées aux investissements de modernisation (plusieurs centaines de milliers d'euros par an) et à l'activité isolée (0,4 M€ par an).

### 2.2.3 Une capacité d'autofinancement insuffisante

Les tableaux financiers en annexe indiquent une capacité d'autofinancement (CAF) brute en baisse notable dès 2015, passée de 2,9 M€ la même année à 0,37 M€ en 2017 ; la valeur ajoutée, qui a pourtant régulièrement augmenté depuis 2014, ne suffit plus à absorber les charges de personnel, ce qui a engendré une chute de la marge brute.

La CAF nette, largement positive jusqu'à présent devient résolument négative dès 2017 (- 0,6 M€).

Selon l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2019, une aggravation de la situation se dessine entre 2018 (CAF nette anticipée = - 0,69 M€) et 2019 (CAF nette prévue = - 2,48 M€). Aucune amélioration n'est d'ailleurs prévue avant 2022.

L'établissement doit retrouver ses marges d'exploitation lui permettant d'absorber ses charges fixes, en premier lieu ses charges de personnel.

### 2.2.4 Un établissement en déséquilibre financier

Les indicateurs de déséquilibre financiers, selon le décret du 27 juin 2018 sont les suivants : déficit du compte de résultat principal / produits, niveau de la CAF brute / produits et niveau insuffisant de CAF nette. Au moins l'un des critères doit être atteint.

Selon la synthèse régionale des tableaux de bord financiers des établissements publics de santé de la région Bretagne, publiée annuellement par l'ARS, plusieurs hôpitaux présentaient ces trois critères entre 2016 et 2017, dont le CHIRC.

Au vu des chiffres mentionnés précédemment, la chambre estime que l'établissement est en situation de déséquilibre financier marqué.

### 2.2.5 Des besoins financiers avérés

#### 2.2.5.1 Des investissements à financer

Le centre hospitalier se caractérise par la vétusté de ses infrastructures, au vu des données statistiques officielles, disponibles en annexe. L'établissement est contraint d'investir pour des questions de sécurité et d'attractivité, vis-à-vis des patients comme de la communauté médicale.

La chambre constate cependant un effet de ciseaux entre les dépenses d'équipement réelles (dont les travaux en régie) et le financement propre disponible, aboutissant à compter de 2016, et surtout 2017, à un besoin de financement propre devant être compensé.

Le CHIRC ne peut recourir qu'aux aides de l'ARS, mais également à l'emprunt, jusqu'à présent modéré, l'établissement diminuant progressivement son stock de dettes. Mais cette évolution s'est interrompue en 2018. L'hôpital doit faire de nouveaux choix, au vu du taux de recours à l'emprunt enregistré en 2018 par rapport à 2017, et surtout au vu du taux prévu en 2019 (cf. tableaux financiers en annexe).

Le taux de désendettement<sup>25</sup>, selon les indicateurs Hospidiag<sup>26</sup>, est passé de 4,3 en 2014 à 3,2 en 2016, un taux en soi très faible. Mais les résultats déficitaires enregistrés depuis 2016 et la dégradation de la CAF viennent obérer désormais les capacités de remboursement, alors que les besoins en investissements sont permanents, nécessitant de nouveaux emprunts.

#### 2.2.5.2 Une hausse des dettes fournisseurs

Calculé à partir des valeurs bilancielle, le besoin en fonds de roulement (BFR) net global est en diminution constante sur la période contrôlée. Le fonds de roulement (FR) diminue également.

La trésorerie, issue de la différence entre le FR et le BFR, très positive en 2015 et 2016, est devenue négative dès 2017. Au-delà du montant, la chambre relève la faiblesse permanente de cette même trésorerie. Traduite en nombre de jours de gestion courante (cf. annexe), celle-ci n'excède pas huit jours<sup>27</sup>. Le CHIRC ne paraît donc pas en mesure de pouvoir faire face aux dépenses imprévues en cas d'urgence ou de nécessité.

La chambre relève également la progression sensible du compte de dette « *fournisseurs* » depuis 2014, qui représentait, en 2018, 63 jours de charges d'exploitation contre 51 en 2017 et seulement 30 en 2016. Elle invite l'établissement à la vigilance sur ces évolutions, susceptibles de dissuader les entreprises de fournir l'établissement, voire de conduire au défaut de paiement.

#### 2.2.6 Des perspectives pluriannuelles incertaines

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) projeté sur cinq ans (2019-2024), issu de l'EPRD 2019, repose sur l'hypothèse d'une stabilité stricte des dépenses de personnel entre 2019 et 2023, axées sur 44 M€ par an, tandis que le CHIRC escompte parallèlement une progression du titre 1 en recettes (produits de l'activité) de 2 M€ sur la même période, qui passeraient de 41 M€ à 43 M€.

La trésorerie prévisionnelle est estimée à 50 000 € chaque année.

L'ARS a cependant refusé le PGFP dans sa première version : ce dernier reste en cours d'instruction au sein de ses services.

La chambre appelle l'établissement à la vigilance sur le réalisme de ces prévisions, au regard notamment des exercices passés.

---

<sup>25</sup> Cet indicateur permet d'apprécier la capacité d'un établissement à rembourser sa dette. Si l'établissement est un établissement en insuffisance d'autofinancement (CAF <0), alors la durée apparente de la dette n'est pas calculée et donc pas affichée (cas en 2017).

<sup>26</sup> Chiffres au 6 mars 2019.

<sup>27</sup> La norme acceptable est plutôt de 30 jours, soit entre un et deux mois ouvrables.

## 2.3 Une gestion des ressources humaines à améliorer

### 2.3.1 Evolution des effectifs

Retraité des internes et personnels en formation, le personnel médical (PM) a augmenté de 12 % en effectifs temps plein rémunérés (ETPR) entre 2014 et 2018, représentant 55,11 ETPR en 2018.

La part des praticiens hospitaliers à temps plein est prépondérante, tant en volume (62 % des effectifs PM en 2018) qu'en évolution (33,4 % en cinq ans). Le personnel en temps partiel, pour sa part, est quasiment inexistant.

La chambre relève la diminution progressive de la part du personnel contractuel, qui a cependant augmenté entre 2017 et 2018 (12,35 et 14,81 ETPR respectivement).

La progression de l'effectif global en personnels non médicaux (PNM) a été de 23,4 % en cinq ans. Elle a touché l'ensemble des spécialités, hormis les contrats particuliers pour lesquels une baisse sensible est constatée (- 48,4 %). La progression plus importante entre 2016 et 2017, notamment pour le personnel de soins, correspond en grande partie à la fusion des CH de Redon et de Carentoir, intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Ces augmentations expliquent en grande partie la croissance des charges de personnel sur la même période, en plus des mesures de revalorisation<sup>28</sup> décidées par le ministère, qui se sont imposées à l'établissement.

---

<sup>28</sup> Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, annonçait, le 4 octobre 2016, des mesures pour favoriser l'engagement des jeunes diplômés dans une carrière médicale hospitalière, fidéliser les praticiens investis durablement pour le service public et accompagner la mise en place des GHT. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre du Plan pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public :

- création d'une prime d'engagement. Trois niveaux de primes sont attribués : de 10 000 à 30 000 € selon le besoin identifié (spécialité ou territoire en tension) ;

- amélioration des droits sociaux, pour que les jeunes contractuels bénéficient de la même couverture sociale que les praticiens hospitaliers (maintien de 100 % de la rémunération pendant les congés maternité, harmonisation de la durée de couverture sociale et du niveau de rémunération en cas d'arrêt maladie, amélioration des droits d'exercice, pour permettre aux jeunes médecins en période probatoire de travailler à temps partiel) ;

- création d'une prime d'exercice territorial, pour valoriser le temps d'exercice médical lorsqu'il est partagé entre plusieurs établissements, selon le projet médical de chaque GHT. Quatre niveaux de prime sont attribués (entre 250 € et 1 000 € brut par mois), en fonction du nombre de demi-journées consacrées à ces activités partagées ;

- prise en compte du temps de travail des praticiens qui réalisent des activités de soins programmées en première partie de soirée ;

- création d'un deuxième palier de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) pour valoriser l'engagement durable des praticiens à l'hôpital, sans exercice libéral. Ce nouveau palier, dont le montant s'élève à 700 €, est attribué aux praticiens réalisant un service public exclusif depuis au moins 15 ans.

### 2.3.2 Des besoins à anticiper

Au vu des bilans sociaux, l'âge moyen des praticiens à temps plein est de 53 à 54 ans. Un nombre sensible de praticiens est donc susceptible de prendre sa retraite dans les prochaines années.

La pyramide des âges pour le personnel médical, au titre de 2018, confirme cette tendance.

Le CHIRC doit anticiper cette situation, le remplacement de ces praticiens n'étant pas certain. Le sujet importe dans la mesure où chaque spécialité médicale proposée par l'hôpital ne repose que sur un ou deux médecins.

### 2.3.3 Un absentéisme en progression

Selon les bilans sociaux, le taux d'absentéisme du PNM oscille entre 7,5 et 8,5 %, au-dessus de la moyenne constatée communément<sup>29</sup> pour les établissements de santé publics de même importance.

Le taux enregistré pour le PM reste raisonnable, mais il progresse jusqu'à 3 % en 2017.

La maladie ordinaire reste le premier motif, mais la croissance du nombre jours d'absence afférents pour le PNM est nette : 8 098 en 2015, 11 012 en 2016 et 13 506 en 2017.

La chambre constate la hausse du nombre de jours d'arrêt pour accidents de travail, qui est passé à 1 248 jours en 2017 contre quelques centaines seulement auparavant.

Traduit en ratio, le nombre de jours d'absence représente un mois par agent PNM et une dizaine de jours pour le PM, une tendance vérifiée chaque année, en premier lieu pour les personnels soignants (cf. annexe).

La charge salariale pour le PNM, en 2017, était de 34,6 M€ selon le bilan social, avec un effectif de 780,06 ETPR la même année : le coût individuel moyen d'un PNM était donc de 44,3 K€ sur l'année, soit un coût moyen journalier de 0,12 K€ (sur la base de 360 jours comptables rémunérés). Le nombre total de jours d'absence pour le PNM aura été, en 2017, de 17 234 jours, représentant un coût global pour l'établissement que la chambre estime à 2 M€, en ordre de grandeur.

A l'exception des plus jeunes (moins de 25 ans), les taux d'absentéisme concernant les autres tranches d'âge restent élevés par rapport à la moyenne communément constatée dans les hôpitaux publics (7 %).

En définitive, le CHIRC se caractérise par un absentéisme élevé, avec une progression importante du nombre de jours d'absence pour la maladie ordinaire qu'il convient de surveiller et/ou d'anticiper par des plans de prévention.

---

<sup>29</sup> L'analyse des bilans sociaux publiée par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), en 2014, donnait sur les 188 établissements ayant renseigné leur taux d'absentéisme les valeurs suivantes : personnel médical : 2,8 % et le personnel non médical : 7,4 %.

L'ARS a demandé au CHIRC de prendre des dispositions pour lutter contre cette progression, à l'occasion du dialogue de gestion de juin 2019. L'établissement a donc inscrit une ligne spécifique à son contrat de retour à l'équilibre, portant sur l'analyse et la réduction de l'absentéisme : *« le niveau global et celui de certains services en particulier justifient une recherche de solutions au moins partielles, dont certaines pourront s'inscrire dans le plan QVT (qualité de vie au travail) qui doit être finalisé en 2020. »*.

#### **2.3.4 Le poids des dépenses d'intérim et de remplacement**

Le CHIRC est de plus en plus contraint de recourir à la solution de l'intérim, tant pour des questions de continuité de l'activité au sein des services (remplacement des praticiens) que pour des questions d'attractivité vis-à-vis des patients (qualité des soins).

Le coût de recrutement du personnel extérieur à l'établissement s'est élevé à 382 K€ en 2018, contre 217 K€ l'année précédente.

Le poids de l'intérim s'accroît significativement à compter de 2016 (cf. annexe). 650 jours d'intérim supplémentaires ont ainsi été constatés en 2017 par le CHIRC par rapport au niveau budgétisé.

L'intérim médical tend à croître de manière plus importante que l'intérim lié aux seuls PNM. Pour autant, une progression importante est recensée dans les deux cas.

La dépense intérimaire par personnel médical<sup>30</sup>, selon les chiffres de l'établissement (bilan social 2017), était en effet de 58 K€ en 2015, puis 67 K€ en 2016 et 79 K€ en 2017. Ces chiffres correspondent à ceux de la mise en relation avec les personnels intérimaires, organisée par les sociétés d'intérim. La même dépense par personnel non médical était de 61 K€ en 2015, 125 K€ en 2016 et 138 K€ en 2017. Le coût global de l'intérim (recrutement via des sociétés d'intérim et recrutement direct) a représenté 2,4 M€ en 2018, soit 6,5 % des charges de personnels pour le seul budget principal.

Le contrat de retour à l'équilibre 2019-2021 prévoit désormais de limiter ces dépenses.

#### **2.3.5 Une activité libérale insuffisamment contrôlée**

L'exercice d'une activité libérale<sup>31</sup> par des praticiens hospitaliers temps plein est possible dans les établissements publics de santé à raison d'une journée par semaine ; ainsi, des médecins salariés effectuent des actes ou des consultations pour leur compte personnel en utilisant les moyens de l'hôpital, et reversent en contrepartie une redevance. L'exercice de cette activité, qui est soumis à la signature d'un contrat, est encadré notamment par les dispositions de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Peu de praticiens exercent une activité libérale au sein du CHIRC : trois seulement étaient concernés jusqu'en 2017, plus que deux désormais.

---

<sup>30</sup> Les domaines les plus concernés sont la cardiologie, la pneumologie, les urgences, l'anesthésie, le long séjour et la chirurgie orthopédique.

<sup>31</sup> Articles L. 6154-1 à L. 6154-7 du code de la santé publique.

Bien que l'existence de la commission pour l'activité libérale (CAL) soit attestée par les procès-verbaux de la CME, un seul rapport<sup>32</sup> a pu être produit sur la période contrôlée.

Le suivi réalisé au sein de la direction des ressources humaines porte seulement sur le nombre d'actes, mais pas sur le respect des plages horaires inscrites au contrat des intéressés : le temps passé par les praticiens sur l'activité libérale plutôt que sur l'activité publique n'est donc pas contrôlé comme il se doit.

La chambre rappelle que son dernier rapport d'observations définitives concernant l'établissement traitait longuement du sujet : « *Le CH concède que « le temps passé (respect des plages horaires) dans le cadre de l'activité libérale n'est pas contrôlé ». La chambre invite donc le CH à contrôler, à partir des informations saisies dans les dossiers individuels, ponctuellement ou systématiquement selon ce que le traitement informatique permet, la correspondance entre les plages horaires au cours desquelles la consultation ou l'acte ont été réalisés et les périodes d'activité libérale précisées dans les contrats signés avec les praticiens.* ».

L'activité libérale au sein du CHIRC, bien que limitée, doit faire l'objet d'un minimum de contrôles. L'hôpital doit se donner les moyens d'encadrer cette activité privée selon les dispositions réglementaires en vigueur, telles que détaillées par la chambre dans son rapport d'observations définitives précédent, et d'informer la CAL de manière plus complète. Le suivi est donc perfectible sur la forme (publication des procès-verbaux de réunion systématiquement) et sur le fond (contrôle du respect des plages horaires définies dans les contrats).

L'ordonnateur indique que le rôle des services concernés (finances et affaires médicales) va désormais être précisé pour répondre aux présentes observations.

## 2.4 De lourds investissements nécessaires

### 2.4.1 La vétusté des infrastructures

Les infrastructures du CHIRC sont vétustes : le dernier bilan<sup>33</sup> de l'état général des bâtiments relève une sécurité incendie non-conforme, la présence d'amiante, et, d'une manière plus globale, la vétusté des structures et le vieillissement des installations techniques, impliquant des problèmes de confort pour les patients, voire des problèmes d'hygiène.

Un audit a été lancé par le CHIRC sur la situation générale de l'établissement dont les conclusions sont attendues pour 2019.

La sécurité incendie est également un problème crucial : la nécessité de mettre aux normes la stabilité des planchers coûte<sup>34</sup>, à elle seule, entre 25 et 30 M€.

Le CHIRC ne dispose pas à l'évidence des moyens financiers pour réaliser un tel programme. Une solution palliative<sup>35</sup> a été trouvée en 2018, consistant à mettre en place une équipe de sécurité (trois ETPR) présents en permanence. Cependant, cette solution ne revêt qu'un caractère provisoire et coûte à l'établissement 0,7 M€ par an, ce qui creuse un peu plus son déficit.

---

<sup>32</sup> Réunion du 11 décembre 2017

<sup>33</sup> Compte-rendu du conseil de surveillance du 25 juin 2018

<sup>34</sup> Compte-rendu du conseil de surveillance du 26 mars 2018

<sup>35</sup> Compte-rendu de la CME du 15 mars 2018

## 2.4.2 Le plan de modernisation

Un projet de modernisation du CH de Redon avait été mis en œuvre dès 2014 : un dossier de demande d'investissement a été réalisé en lien avec l'ARS la même année.

Plusieurs scénarii ont été envisagés pour moderniser l'hôpital, qui ont été analysés au regard de leur faisabilité technique et économique. Un projet global de 25,5 M€, comprenant entre autres la modernisation de l'ensemble des unités de soins, était à l'étude. Le projet validé a porté finalement sur la restructuration des urgences, du secteur des consultations et de la maternité, pour un coût de 7 M€.

Des modifications sont intervenues entretemps. Les années 2017 et 2018 ont ainsi été consacrées à la révision<sup>36</sup> du projet afin que le montant des travaux s'inscrive dans l'enveloppe budgétaire.

Pour autant, les problèmes de sécurité-incendie et la mise aux normes des planchers ont fait apparaître de nouvelles priorités, et de nouveaux coûts très élevés.

Au titre du soutien à l'investissement, l'ARS a versé 2,6 M€ d'aides à la modernisation entre 2014 et 2018.

La chambre constate l'importance du projet de modernisation, le coût estimé, et sa difficulté de mise en œuvre au regard de la situation financière de l'établissement. L'investissement de 25 à 30 M€ -pour la seule mise aux normes sécuritaire des planchers- ne saurait être supporté par l'établissement exclusivement. La mise en œuvre du projet de modernisation ne pourra se faire sans un apport financier extérieur adapté, couvrant la totalité des coûts recensés à ce jour.

L'ARS indique qu'un audit des bâtiments est actuellement en cours, dont les résultats sont attendus à l'automne, « *afin d'identifier les travaux indispensables et le chiffrage d'une éventuelle restructuration* ».

## 3 LES PISTES A ENVISAGER

### 3.1 Une coopération médicale à renforcer

#### 3.1.1 L'impact du GHT sur le fonctionnement du CHIRC

Le CHIRC travaille depuis toujours avec le CHU de Rennes, notamment par le biais de la ressource médicale partagée<sup>37</sup>.

Cette modalité de coopération s'est renforcée dans le cadre du GHT Haute-Bretagne, créé en 2016. A ce jour, le CHIRC accueille une dizaine d'assistants partagés du CHU de Rennes dans diverses spécialités : chirurgie orthopédique, urologie, pédiatrie, neurologie, dermatologie, rhumatologie, gastro-entérologie, médecine vasculaire. Des praticiens à temps partiel complètent cette équipe, dont deux provenant du CHU (neurologie, urologie).

<sup>36</sup> Compte-rendu de la CME du 15 mars 2018 et rapport d'activité 2018.

<sup>37</sup> Praticiens et assistants spécialistes.

L'objectif<sup>38</sup> affiché par l'établissement est de poursuivre le développement de ces partenariats, dans l'optique d'un réseau pérenne. Les cibles actuelles sont la gériatrie, la psychiatrie et la chirurgie.

Un premier bilan peut être établi deux ans après la création du GHT Haute-Bretagne, concernant le CHIRC.

### 3.1.1.1 Une activité médicale renforcée mais limitée

Les coopérations au sein du GHT ont pour but d'organiser une prise en charge spécialisée des patients au plus près de chez eux, tout en structurant<sup>39</sup> la filière de recours vers le CHU de Rennes. Un équilibre<sup>40</sup> a été trouvé permettant une offre de soins partagée de « *très haut niveau* » avec le CHU. Le GHT favorise les postes partagés afin d'éviter les ruptures de prise en charge des patients.

Le CHIRC bénéficie de la participation<sup>41</sup> active de médecins du CHU lui permettant de maintenir un certain nombre d'activités « phares » : ophtalmologie, chirurgie, dermatologie, gériatrie, radiologie, urologie... Une garde médicale est réalisée depuis 2017 par des internes en imagerie médicale le week-end afin que soit assurée au CHIRC l'accès à l'échographie de manière permanente. Enfin, l'imagerie par résonance magnétique devrait être prochainement mutualisée avec un équipement implanté sur le site de Redon.

Cette situation doit cependant être nuancée, en premier lieu par la répartition géographique des sites associés au CHU de Rennes : le CHIRC, à cet égard, apparaît excentré, tandis que la priorité stratégique<sup>42</sup> du CHU, axée sur le bassin rennais de par son volume démographique, limite naturellement la création de filières de soins pérennes dans le secteur géographique de Redon.

---

<sup>38</sup> Cf. rapport d'activité 2018 : « *L'échange d'information permet aux praticiens d'établir des protocoles les plus appropriés et d'assurer le suivi qui s'impose au patient.* ».

<sup>39</sup> Cette recherche d'efficience s'inscrit dans une triple mutualisation : mutualisation des objectifs médicaux à travers un projet médical et soignant partagé, mutualisation des compétences à travers la mise en place d'équipes médicales communes, mutualisation des moyens.

<sup>40</sup> Cf. rapport d'activité 2017.

<sup>41</sup> Deux urologues du CHU interviennent ainsi en temps partagé à Redon pour prendre en charge l'ensemble des pathologies fonctionnelles. En plus des consultations (50 par semaine en 2018), une activité de chirurgie urologique a vu le jour en 2017. Les problèmes liés aux tumeurs sont traités en amont sur Redon, puis si nécessaire sur Rennes avec intervention robotique. Depuis 2019, une infirmière de coordination intervient sur Redon dans le domaine cancérologique pour renforcer la prise en charge des patients et organiser leur transfert éventuel sur Rennes. La pédiatrie n'est pas en reste : assistant spécialisé partagé, convention de coopération en néonatalogie. Le CHIRC dispose enfin d'un médecin rhumatologue grâce à la coopération avec le CHU de Rennes, permettant aux patients des consultations deux fois par semaine, avec possibilité de prise en charge par le CHU si nécessaire.

<sup>42</sup> Si le GHT concerne un bassin de population proche du million d'habitants, le CHIRC n'en concerne que 100 000.

Par ailleurs, et bien que la convention constitutive du GHT de Haute-Bretagne admette l'association des établissements de santé privés, ceux-ci ne sont pas concernés dans les faits ; il en va ainsi du CHP de Saint-Grégoire, pour l'heure non associé<sup>43</sup> en dépit de sa position dominante sur le territoire de santé notamment en chirurgie. En conséquence le CHIRC doit négocier lui-même ses partenariats avec le secteur médical privé, dans un contexte qui reste donc plus concurrentiel que partenarial.

### 3.1.1.2 Des mutualisations et une gouvernance à renforcer

La répartition des compétences est également à préciser. En ce sens se pose la question de la gouvernance intégrée<sup>44</sup> et de la mutualisation des services. Les hôpitaux membres du GHT sont autonomes financièrement et juridiquement ce qui implique des organisations séparées porteuses de structures administratives et logistiques redondantes (restauration, blanchisserie, transports, contrôle de gestion, etc.). La question d'une gouvernance plus intégrée entre les centres hospitaliers, fondée sur des mutualisations de services, sera à étudier.

Le CHIRC est ainsi engagé dans la réflexion d'une externalisation de sa blanchisserie et de sa restauration, qui peut se faire par la voie de la délégation (ex : SILGOM) ou de la mutualisation avec l'établissement support du GHT (CHU de Rennes). Selon l'ARS, la solution du SILGOM ne peut être envisagée pour la restauration du fait d'un coût trop élevé ; à l'inverse, l'externalisation de la blanchisserie auprès de cette structure sera effective y compris pour le site de Carentoir, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

La création des GHT a déjà permis de regrouper sous l'égide des établissements support deux fonctions importantes : la gestion des systèmes d'informations et de la commande publique. Si le premier domaine ne semble pas rencontrer de difficultés notables, le CHIRC faisant même office d'établissement moteur de par ses compétences propres, la question de l'achat public appelle davantage de questions : les nouvelles procédures d'achat regroupé ont certes apporté à l'établissement des avantages (économies d'échelles, cellule juridique) mais également la multiplication des procédures et des intervenants. A titre d'exemple, le marché dédié à la sécurité incendie du bloc central de l'hôpital (mise en place d'une équipe d'experts permanents), décidé en avril 2018, n'a abouti qu'en février 2019, soit presque un an plus tard, en dépit de l'urgence du dossier.

---

<sup>43</sup> Cette situation n'est pas spécifique; ainsi la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) avait déclaré considérer favorablement les GHT en tant qu'instrument d'organisation et de mutualisation des moyens à l'hôpital public, mais elle soulignait le risque d'une réforme qui aboutisse à une « bunkérisation ». La prise en charge des maladies chroniques, par exemple, nécessite des démarches partenariales pour lesquelles les coopérations public-privé existantes se doivent d'être respectées.

<sup>44</sup> La directrice générale du CHU de Rennes est ainsi directrice des centres hospitaliers de Montfort et de Saint-Méen, membres du GHT. Son adjointe est également la directrice déléguée des deux centres hospitaliers, avec deux directeurs adjoints qui interviennent en temps partagé dans les deux établissements. De même, la mutualisation des deux blanchisseries de Saint-Méen et Montfort avec celle du CHU est effective depuis 2017. Une démarche qui vise à pallier les problèmes de vétusté du matériel et des locaux et à répondre aux normes d'hygiène liées aux risques de bio-contamination du linge. Une économie d'environ 300 000 €, qui plus est, est attendue.

### 3.1.2 Les liens avec le secteur privé

#### 3.1.2.1 Le GCS « ophtalmologie en pays de Redon et Vilaine »

Le CHIRC, par voie conventionnelle, est lié depuis 2015 à la société Ophthalliance dans un groupement de coopération sanitaire (GCS) spécifique : le GCS « *ophtalmologie en pays de Redon et Vilaine* ». L'hôpital a pu ainsi relancer son activité d'ophtalmologie, et notamment de chirurgie ophtalmologique.

Le centre hospitalier met à disposition son plateau technique, se charge de la prise en charge anesthésique, du matériel médical et de l'accueil administratif et hôtelier. La société propose son personnel et ses compétences médicales.

Les conséquences du GCS sont multiples :

- Pour la population locale, offrir aux patients du pays de Redon une prise en charge de proximité en matière de chirurgie ophtalmologique, inexistante jusqu'alors dans la zone d'attractivité de l'hôpital ;
- Pour le CHIRC, densifier l'activité de son plateau technique et améliorer son attractivité ;
- Pour les professionnels libéraux, améliorer la prise en charge de leurs propres patients en permettant une hospitalisation près de chez eux (leur admission est d'ailleurs prononcée par le CHIRC, qui améliore ainsi son activité en termes de séjours).

La chambre observe que la durée limitative de cinq ans nécessitera de redéfinir des choix à l'horizon 2020, c'est-à-dire à brève échéance. Par ailleurs, les modalités de financement, stipulées dans l'article 16 de la convention, qui ne revêtent qu'un caractère général et sans clé de répartition définie, mériteraient une meilleure précision.

**Recommandation n° 1** Préciser dans la convention les modalités de financement du GCS « *ophtalmologie en pays de Redon et Vilaine* », en l'état trop générales.

#### 3.1.2.2 Le GCS de médecine libérale « Pays de Redon »

Dans le souci de garantir une offre de soins en médecine sur la localité redonnaise, le CHIRC a mis en place une structure coopérative, le GCS « *Pays de Redon* », permettant l'intervention de médecins libéraux au sein de l'hôpital ainsi que leur intervention dans la permanence des soins.

L'objectif du GCS est de développer une meilleure offre de soins dans le cadre du service public, au niveau de la prise en charge et des consultations externes, mais aussi de permettre aux médecins libéraux de disposer d'un point d'appui pour leur propre activité.

Il conviendrait cependant que la convention constitutive de ce GCS soit datée, afin que celle-ci produise pleinement ses effets.

### 3.1.2.3 Une politique à développer

Le CHIRC travaille avec des partenaires privés afin de proposer aux patients de la localité redonnaise une gamme de soins complète et élargie et d'assurer la permanence des soins. Cette politique doit se poursuivre au vu des exemples développés supra.

Les échanges entre le centre hospitalier et la médecine locale se développent : numéro unique en gériatrie, messagerie sécurisée pour la transmission d'informations médicale, lettre d'information diffusée tous les deux mois à l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

L'absence de partenaires privés dans la convention constitutive du GHT Haute-Bretagne contraint le CHIRC à négocier de lui-même un partenariat médical ; si le GHT doit être prioritairement consulté pour répondre aux besoins, le recours au secteur privé constitue une alternative que l'hôpital se doit d'exploiter.

## 3.2 Des choix stratégiques à mieux préciser

### 3.2.1 Une gouvernance organisée et informée

#### 3.2.1.1 Une structure de pilotage adaptée

Le pilotage du CHIRC repose sur les instances « classiques », telles le conseil de surveillance (CS) et la commission médicale d'établissement (CME), mais également sur l'action de pôles d'activité (un administratif et six médicaux).

L'articulation de cette structure médico-administrative est faite autour du directeur d'établissement, assisté d'une équipe réduite (moins de dix directeurs adjoints), d'un directoire (sept membres), et appuyé par le CS (15 membres) et la CME (30 membres). Les autres comités usuels (hygiène et sécurité, comité technique, comité des usagers...) viennent compléter le dispositif.

Actuellement de cinq, le nombre de directeurs-adjoints doit être revu à quatre à l'horizon 2020, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre.

La direction est éclairée sur les décisions à prendre par un contrôle de gestion qui établit des tableaux de bord réguliers, sous l'égide de la direction des affaires financières, chargée également de la direction du système d'information et de l'information médicale, ce qui permet une gestion concentrée de l'information.

La chambre constate que le pilotage du CHIRC est organisée selon un modèle pertinent.

#### 3.2.1.2 Une information médicale efficiente

L'information médicale est gérée par un personnel placé au sein des affaires financières, afin de garantir la qualité des décisions budgétaires au vu des informations liées à l'activité.

Celui-ci participe au dialogue de gestion permanent établi avec les pôles médicaux ainsi qu'aux réunions de la CME.

Son rôle a également trait au recodage des dossiers ; en 2018, les actions d'optimisation du codage ont permis d'améliorer la valorisation des dossiers de 139 K€, pour 470 dossiers contrôlés.

### 3.2.1.3 Un système d'information performant

Le budget annuel du système d'information (SI) représentait 150 000 € jusqu'en 2018, principalement destinés au renouvellement des équipements et des installations, et en lien avec la politique de modernisation des réseaux voulue par le GHT. Le CHIRC a également bénéficié des financements accordés dans le cadre du projet national « *Hôpital numérique* », à hauteur de 242 000 €, notamment pour l'informatisation des dispositifs opératoires.

Les 500 postes gérés au quotidien ne montrent pas de signes d'obsolescence.

Le SI est suivi par six personnes, dont un responsable de sécurité et un personnel consacré au suivi du dossier patient informatisé (DPI). Ce même DPI est déployé depuis 2009, déploiement aujourd'hui achevé.

En termes de sécurité, l'hôpital bénéficie d'un plan de reprise d'activité. La continuité du fonctionnement est garantie par l'existence conjointe de deux selfs serveurs redondants. Dès 2019, des astreintes informatiques seront également assurées pour améliorer le suivi du système.

Le GHT est responsable de l'architecture du système à fins d'harmonisation entre les hôpitaux membres. Le schéma directeur informatique est donc préparé par le CHIRC mais approuvé par le comité de pilotage du GHT avant son application effective. Le CHU de Rennes, établissement support du GHT, apporte sa plus-value dans le domaine juridique.

Le SI est aujourd'hui confronté à deux interrogations. En premier lieu, la pérennité de son budget est menacée par la situation financière de l'établissement. D'autre part, il existe une nécessité d'investir dans les ressources humaines, compte tenu du projet de plateforme d'intermédiation pour superviser les DPI au sein du GHT, ce afin de fluidifier le parcours de soins entre les établissements membres.

Si la gestion du SI semble également efficace, la question des moyens, financiers et humains, est aujourd'hui posée.

### 3.2.1.4 Un hôpital certifié

La Haute Autorité de Santé, en 2017, a délivré au CHIRC une certification de niveau A, concernant l'organisation et les prestations offertes.

L'établissement s'est ainsi vu récompensé sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur certains domaines ayant trait à sa gestion (ex : informatique, DPI).

### 3.2.2 Des améliorations à mettre en œuvre

#### 3.2.2.1 Dans les orientations stratégiques

##### 3.2.2.1.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est défini par les articles L. 6114-1, L. 6114-2, L. 6114-4 du code de la santé publique.

Le CPOM de la période 2012-2017 n'a été signé que le 17 décembre 2014.

Les orientations stratégiques, très générales, étaient les suivantes :

Orientation n° 1 : *« consolider les activités médicales existantes réévaluées dans leur capacité d'hébergement respective tout en garantissant l'adéquation avec les besoins de santé du territoire et le retour durable à l'équilibre financier »* ;

Orientation n° 2 : *« développer les coopérations et réseaux avec les CHU de Rennes et Nantes et le CHBA et référents de son environnement ainsi qu'avec les acteurs de santé du territoire dans sa dimension médicale et médico-sociale. »* ;

Orientation n° 3 : *« favoriser la mise en œuvre d'activités nouvelles privilégiant les alternatives à l'hospitalisation »*.

Un second CPOM « socle » n'a concerné que la période 2017-2018. Comme lui-même le stipule, ce contrat n'avait d'autre ambition que de permettre la poursuite des orientations stratégiques du contrat précédent, dans l'attente de publication du projet régional de santé. Pour autant, deux nouvelles orientations, plus précises, concernaient le site de Carentoir : le développement de la filière gériatrique et d'une filière en soins de suite et réadaptation en partenariat avec le CH de Redon et le CH du Grand Fougeray.

Selon l'établissement et l'ARS, le CPOM 2019-2023 aurait été signé le 28 décembre 2018 et un premier avenant le 28 juin 2019. Seule la liste des objectifs a été transmise à la chambre, ceux-ci, très globaux, n'étant pas mesurables car non chiffrés.

Cette succession de contrats aux orientations plus ou moins ciblées ne saurait donner satisfaction. Davantage de précision serait souhaitable, les objectifs restant très généraux.

La chambre rappelle l'importance du CPOM qui détermine les orientations stratégiques de l'établissement, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Il en définit les conditions de mise en œuvre, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement.

### 3.2.2.1.2 Le projet d'établissement

L'article L. 6143-2 du CSP dispose notamment que : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet social.* ». Le projet d'établissement (PE), qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation des soins (SROS), définit dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation au réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération.

Le PE, obligatoire pour les établissements de santé depuis la loi du 31 juillet 1991, a donc pour objectif de planifier, sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement pour les cinq années à venir. Il intègre les dimensions de qualité, de gestion et des systèmes d'information.

Le PE 2015-2020 du CHIRC, toujours en cours, se décline en quatre axes prioritaires : ouvrir l'hôpital sur l'extérieur, répondre aux besoins de proximité de la population, améliorer la fluidité des parcours, soutenir la qualité de la prise en charge. En ce sens, il est cohérent avec les orientations stratégiques définies dans le CPOM.

Le bilan établi à mi-parcours, en 2018, par l'établissement et l'ARS démontre des réalisations effectives conformes aux axes définis : mise en place d'outils de communication permettant une prise en charge continue entre la ville de Redon, l'hôpital et le domicile des patients, télétransmission des comptes rendus de sortie des patients entre l'hôpital et leurs médecins traitants, nouveau parking, développement des coopérations hospitalières, organisation des urgences, amélioration du plateau d'imagerie médicale.

La chambre observe cependant que le PE concerne la période 2015-2020 alors que le CPOM, qui devrait pourtant lui être associé, couvrait la période 2012-2017, complété par un contrat « socle » 2017-2018.

Par ailleurs, le PE ne comporte pas d'indicateurs chiffrés permettant une mesure des objectifs fixés. L'évaluation du projet apparaît donc difficilement réalisable.

Enfin, deux évènements majeurs sont intervenus : la création du GHT Haute-Bretagne à l'été 2016 et la fusion Redon-Carentoir en 2017, non prévus initialement, et qui auraient sans doute mérité des avenants tenant compte du nouveau contexte.

La chambre appelle le CHIRC à mieux se positionner dans son PE, en cohérence avec les choix stratégiques inscrits au CPOM, et sur la base d'indicateurs chiffrés en permettant l'évaluation.

### 3.2.2.2 Dans les outils de pilotage budgétaire

#### 3.2.2.2.1 Une comptabilité analytique incomplète

Le CHIRC dispose d'une comptabilité analytique pour identifier ses coûts, mais fondée exclusivement sur la notion de marge par pôles (processus TMCD<sup>45</sup>). Il ne tient plus à jour ses comptes de résultats par activité (CREA) et ne peut, par conséquent, mesurer la rentabilité réelle des activités puisque la méthode TMCD ne considère pas les charges indirectes.

La méthode TMCD s'inscrit dans la recherche de performance (raisonnement en marges-objectifs), davantage adaptée aux entreprises. Celle du CREA répond au besoin d'estimer la rentabilité d'une activité sur la base du coût complet, méthode adaptée aux établissements publics pour établir les budgets.

A l'occasion de son dernier rapport concernant l'établissement, la chambre indiquait déjà que « (...), le développement d'une véritable comptabilité analytique et d'une analyse des coûts doit permettre de contribuer à améliorer les résultats de l'exploitation. Les données déjà disponibles montrent le niveau élevé des coûts associés à une activité chirurgicale qui apporte des recettes proportionnellement moindres. »

La chambre préconise donc la tenue des CREA, parallèlement aux indicateurs TMCD, afin de pouvoir estimer des coûts exhaustifs.

**Recommandation n° 2 Mettre en place des comptes de résultats par activité ou par pôles (CREA) pour déterminer leur coût complet, en vue d'un meilleur pilotage.**

#### 3.2.2.2.2 Un suivi des recettes perfectible

Le CHIRC ne dispose pas de régie au service des urgences.

Cette situation pénalise la facturation et le recouvrement des recettes, alors que les urgences, qui enregistrent annuellement plus de 22 000 entrées, constituent un point d'entrée sensible.

**Recommandation n° 3 Instaurer une régie de recettes au sein des urgences pour améliorer la facturation et le recouvrement.**

---

<sup>45</sup> Deux articles de Finances Hospitalières ont présenté la méthode TMCD (Taux de Marge sur Coûts Discrétionnaires) en alternative aux CREA pour une simplification des méthodes du contrôle de gestion et une focalisation du dialogue de gestion sur les marges de manœuvres.

### 3.2.2.2.3 Des plans de redressement à perfectionner

Dès 2013, l'établissement a dû élaborer, de concert avec l'ARS, « *un projet de révision des organisations* » en vue d'un retour<sup>46</sup> à l'équilibre financier.

Une série de 67 mesures a donc été décidée. Ce plan de redressement, très ambitieux au vu du nombre d'objectifs fixés, n'a pu courir au-delà de l'année 2014, date à laquelle un nouveau plan de redressement a été mis en œuvre : le contrat de retour à l'équilibre (CRE) 2014-2016.

Moins ambitieux que le projet précédent, ce CRE, était axé sur quelques objectifs majeurs :

- Adapter le capacitaire (moyens, places, architecture organisationnelle), dans le cadre des orientations définies par le plan régional de santé ;
- Économiser les charges de personnel, par le biais de la coopération territoriale ;
- Optimiser le codage et la facturation, dans la logique d'une politique de qualité ;
- Développer la chirurgie ambulatoire ;
- Développer la facturation en médecine et en maternité, dans le cadre de l'amélioration du pilotage ;
- Remplacer les contrats à durée déterminée par des emplois d'avenir, dans le cadre d'une optimisation des ressources humaines.

A la différence du plan précédent, ce CRE était construit sur des cibles chiffrées, avec des possibilités de mesures statistiques. Des améliorations ont été constatées : une meilleure facturation, un meilleur codage, mais les charges fixes ont continué d'augmenter tandis que l'activité a régressé dès 2017 suite au départ de praticiens. Par ailleurs, le contexte national s'est singulièrement modifié avec des mesures telles la mise en place des GHT en 2016 ou encore les mesures de revalorisation salariales décidées entre 2016 et 2017 par le ministère. Plus localement, la fusion avec le CH de Carentoir, non prévue initialement, est également intervenue en 2017.

Alors que le CH de Redon était financièrement à l'équilibre jusqu'en 2015, il est devenu déficitaire depuis, réduisant à néant les efforts entrepris. Le lourd déficit enregistré en 2017 (- 2 M€), et attendu pour les années suivantes au regard du PGFP, a conduit l'établissement à négocier un nouveau CRE pour la période 2019-2021.

Ce nouveau CRE, également doté d'objectifs chiffrés, sur le modèle du plan précédent, est destiné à obtenir une économie annuelle de plusieurs millions d'euros (cf. annexe). L'effort fondé sur 23 mesures majeures laisse escompter une économie de 5,4 M€ entre 2019 et 2021. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de ce nouveau plan, toujours en phase de finalisation selon l'ARS, mais d'ores et déjà, la chambre considère que deux événements en empêchent la réalisation :

- la sécurité incendie, qui nécessite désormais la présence permanente de personnels au sein du bâtiment central (coût de 70 000 €/an), non prévue initialement. Pour l'heure, ce coût ne figure pas dans les aides de l'ARS, ni dans les objectifs du CRE ;
- le marché régional d'intérim, auquel il est prévu que le CHIRC se rattache dès 2019.

---

<sup>46</sup> Le résultat comptable cumulé au 31 décembre 2012 était de -4,5 M€.

Le GHT Haute-Bretagne s'est en effet inscrit dans une démarche de recours à l'intérim médical via un marché centralisé, à fins d'économies d'échelle. Le CHIRC, jusqu'ici, sollicitait directement les agences d'intérim médical pour une mise en relation avec des candidats. Afin de vérifier l'intérêt économique du nouveau marché pour le CHIRC, la comparaison<sup>47</sup> entre les dépenses actuelles et les dépenses futures (résultant de ce marché) a été faite par l'établissement sur la base du volume de l'intérim 2018.

Le surcoût estimé est de l'ordre de 370 000 € par an, « *et sera plus important si la tendance actuelle à l'augmentation du recours à l'intérim venait malheureusement à se confirmer* » (CHIRC/DRH). Le centre hospitalier se refuse à transformer les astreintes en garde, sous peine d'un surcoût plus important.

L'application du nouveau marché risque donc d'entraîner un surcoût important pour le CHIRC, alors que l'établissement est déjà dans une situation précaire du point de vue financier. « *La marge prise par les agences d'intérim et l'application de la TVA à l'ensemble des rémunérations et des frais d'agence en sont les raisons principales* ». Le CHIRC observe également que : « *(...) la société ARC Intérim, avec laquelle il travaillait souvent, est classée troisième dans le nouveau marché. Or, les intérimaires travaillant avec ARC Interim sont liés par une clause prévoyant qu'à l'issue d'un contrat et pendant une période de douze mois, ils ne peuvent exercer au CHIRC via une autre agence, sauf à rembourser à ARC Intérim la totalité des frais de mise en relation initialement versés. Cela signifie donc que des praticiens remplaçants travaillant déjà dans notre établissement et donnant satisfaction cesseront de le faire* ».

Ces mesures (sécurité incendie et marché d'intérim régional), annihilent largement les économies escomptées sur la suppression de postes indiquée dans le CRE (300 000 € d'économies escomptées par la suppression de six postes PNM).

La chambre constate l'existence d'une succession de plans de redressement du CHIRC : trois en six ans, le CRE 2014-2016 ayant même été décidé avant la mise en œuvre véritable du plan 2013. Leurs résultats sont peu convaincants, le CHIRC étant toujours en situation déficitaire, en dépit des aides accordées par l'ARS.

---

<sup>47</sup> « *Ont également été incluses les plages couvertes l'année dernière par des recrutements directs de praticiens remplaçants, sans mise en relation par une agence d'intérim.* » (CHIRC/DRH). Certaines journées effectuées comportent une période d'astreinte, dont la rémunération est habituellement comprise dans le tarif de la journée sans surcoût ou sans surcoût sensible. Le marché ne traitant pas expressément cette problématique, le CHIRC part, dans cette étude, de l'hypothèse d'une rémunération future des astreintes sur la base du forfait réglementaire : 174 € brut.

### 3.2.3 Un soutien logistique à réorienter : mutualisations ou externalisations ?

La priorité<sup>48</sup> est donnée par le CHIRC aux investissements médicaux. En pleine démarche de restructuration, le CHIRC a ainsi annoncé<sup>49</sup> dès 2019 la fermeture des buanderie et lingerie du site de Carentoir. Depuis 2007, l'ex-CH de Redon faisait appel au SILGOM, pour la gestion du linge dans sa totalité. Désormais, le SILGOM pourra intervenir également sur le site de Carentoir, et dans l'ensemble des unités de long séjour. Cette décision nécessite cependant la suppression de postes.

Pour la chambre, cette politique de recours à l'extérieur peut concerner de nombreux autres domaines : restauration, stérilisation, entretien technique des matériels et installations, soutien administratif. La commande publique, l'informatique, le conseil juridique sont déjà placés, pour leur part, sous la responsabilité du GHT. Le CHIRC ne peut escompter résorber rapidement ses charges qu'en réduisant du mieux possible ses coûts administratifs et logistiques. Cette politique repose sur deux choix possibles :

- En premier lieu, l'externalisation, via des entreprises privées (nombreuses sur Nantes, Rennes et Vannes) ou via des structures interhospitalières comme le SILGOM ;
- Mais également la mutualisation, sous l'égide du CHU de Rennes, dans le cadre du GHT : soutien administratif, stérilisation, entretien technique, transports.

L'analyse des CRE récents montre que l'établissement privilégie actuellement une politique d'externalisation (blanchisserie, restauration) ; pour autant, il est également confronté à des difficultés de plus en plus fortes pour payer ses fournisseurs, comme exposé précédemment, ce qui limite ses marges de manœuvre. L'établissement doit donc pouvoir bénéficier au maximum des possibilités de mutualisation dans le cadre du GHT, moins onéreuses, au-delà de la seule ressource médicale.

L'ARS indique que la mutualisation de la stérilisation et de la biologie au sein du GHT de Haute-Bretagne doit être étudiée au regard du coût et de l'organisation choisie.

### 3.2.4 Une ressource immobilière à exploiter

Le CHIRC est situé sur un site principal étendu, au cœur de la ville de Redon, avec un secteur psychiatrique partiellement externalisé. Le foyer occupationnel se situe dans des locaux à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement. Un centre médico-psychologique, ainsi qu'un centre d'alcoologie et d'addictologie ont été ouverts en 2009 sur un même site, à l'extérieur de l'enceinte principale de l'hôpital.

---

<sup>48</sup> « Face au contexte budgétaire et technique du centre hospitalier, la priorité est donnée aux investissements médicaux afin de renforcer l'activité (...). ».

<sup>49</sup> Bulletin de la CGT du 14 mars 2019, relayé par un article Ouest-France.

Le CHIRC possède donc des ressources immobilières qu'il convient de valoriser. La solution des baux au bénéfice de tierces personnes doit être étudiée, à l'instar de ce qui a été décidé dans le passé avec l'association AUB. Le dernier rapport de la chambre évoquait déjà le sujet, mettant en exergue les aspects positifs de ces conventions, « *garants d'une bonne valorisation du domaine hospitalier* ».

De nouvelles conventions, liant l'hôpital à AUB, ont été signées entre 2014 et 2016.

Le 28 juillet 2016, AUB et le CH de Redon ont signé une convention d'autorisation d'occupation temporaire (AOT) constitutive de droits réels, au profit d'AUB, portant sur une parcelle de terrain comportant un bâtiment édifié. La durée de la convention, établie à titre gracieux<sup>50</sup> est de 50 ans avec effet rétroactif faisant débiter la période à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015. Dès 2014, les démarches de construction avaient cependant été entreprises par AUB. Le CH de Redon (aujourd'hui CHIRC) devient propriétaire de l'ensemble immobilier au terme de la convention d'AOT.

Une deuxième convention est intervenue sur ce bien, une fois les travaux d'immeuble achevés. En effet, le CH de Redon a souhaité bénéficier de deux étages (647 m<sup>2</sup>) dans l'immeuble construit par AUB afin d'y installer ses bureaux administratifs. Une convention de mise à disposition au bénéfice du centre hospitalier a donc été signée le 15 septembre 2016, soit très peu de temps après la précédente (28 juillet 2016). La durée de cette convention est de 25 ans, soit deux fois moins que la convention d'AOT initiale. Un loyer, calculé sur la base du coût de construction des étages souhaités au m<sup>2</sup>, a été défini. Les fluides et les dépenses fiscales font également l'objet d'un remboursement à l'association. Les travaux de mise en conformité sont également à la charge du CHIRC.

La chambre constate que cette deuxième convention contraint le CHIRC à payer un loyer de 5 493 € par mois, pendant 20 ans (depuis 2016), pour occuper deux étages à fins d'activité administrative, en remboursant les fluides, les taxes et les charges de mise en conformité à AUB. Ce loyer est calculé sur la seule base du coût de construction au m<sup>2</sup> et sur la durée d'occupation par le CHIRC, ce qui revient à faire payer au centre hospitalier le coût de construction de ces surfaces, qui pourtant reviendront à AUB à l'issue de la convention. Le bâtiment est lui-même construit sur un terrain du CHIRC mis à disposition d'AUB à titre gracieux pour une durée de 50 ans, avec également le principe de refacturation des fluides à AUB, tandis que l'ensemble doit revenir au CHIRC au terme du contrat.

Cet ensemble contractuel est très complexe et peu lisible, sa solidité juridique, voire économique, n'est pas établie. La chambre invite le CHIRC à conclure, à l'avenir, des accords plus transparents pour un meilleur suivi.

### 3.2.5 La question de l'attractivité

Le centre hospitalier mène, depuis plusieurs années, une politique de communication afin d'améliorer son image : parution d'une newsletter (présentation des nouveaux praticiens ou de certaines activités ou services innovants proposés par l'établissement pour une diffusion notamment aux médecins généralistes de ville), portes ouvertes chaque année.

---

<sup>50</sup> Absence de redevance, mais l'association prend à sa charge les dépenses de consommations (fluides), ainsi que les charges d'entretien.

L'établissement cherche également à insuffler une nouvelle politique de communication en travaillant ses supports ; modification de l'identité visuelle (logo, signalétique), déclinaison dans une charte graphique, support de communication externe sous forme de journal ou encore refonte du site internet. La finalité recherchée est de mieux valoriser l'image de l'établissement par la production de supports adaptés, modernes, bien illustrés et régulièrement mis à jour.

En 2014<sup>51</sup>, le pilotage de la politique de communication a été confié à un membre de l'équipe de direction s'appuyant sur un cabinet spécialisé et la collaboration d'une consultante en communication. Enfin, dans le but de constituer une banque de photos pour illustrer les différents supports, des prises de vues ont été réalisées par un photographe professionnel.

La chambre constate que le CHIRC a fortement investi dans la communication. Pour autant, il est impossible d'en évaluer les effets.

Le centre hospitalier a été reconnu dans le SROS III comme un établissement géographiquement isolé et difficile. La constitution du CHIRC, intervenue en 2017, n'a pas modifié le contexte. L'avenir de l'établissement passe inéluctablement par la constitution et la pérennisation de réseaux de soins répondant aux besoins de la population. Mais cet objectif se heurte toujours à l'obstacle du manque d'attractivité :

- auprès des patients, du fait de la vétusté des structures et des conditions d'hébergement ;
- auprès des médecins, du fait de l'éloignement du site par rapports aux grands axes et aux établissements de soins majeurs.

La politique de communication ne saurait donc suffire en soi : il faut également inciter les praticiens à s'installer et les patients à revenir.

L'établissement est donc contraint à investir massivement dans les infrastructures immobilières et médicales, ce que ses finances lui interdisent à l'heure actuelle. Un soutien externe sera donc nécessaire.

---

<sup>51</sup> Cf. comptes-rendus de la CME et du conseil de surveillance

## ANNEXES

Annexe n° 1.	Parts de marché .....	36
Annexe n° 2.	Taux de fuite et zone d'attractivité.....	39
Annexe n° 3.	Activité médicale.....	41
Annexe n° 4.	Tableaux financiers .....	45
Annexe n° 5.	Endettement et besoins financiers .....	48
Annexe n° 6.	Ressources humaines.....	52
Annexe n° 7.	Plan de redressement 2019-2021.....	56

## Annexe n° 1. Parts de marché

	Part de marché Etablissement			
	2014	2015	2016	2017
<b>A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité</b>	38.4	40.5	42.9	43.5
<b>A1bis : Part de marché globale en médecine sur la région</b>	0.9	0.9	1	1.1
<b>A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité</b>	26.4	26.8	28	27.3
<b>A2bis : Part de marché en chirurgie (HC) sur la région</b>	0.6	0.6	0.7	0.7
<b>A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité</b>	51.6	55.2	55	51.8
<b>A3bis : Part de marché en obstétrique sur la région</b>	1.2	1.2	1.3	1.1
<b>A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité</b>	15.1	20.1	23.6	21.4
<b>A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région</b>	0.4	0.5	0.6	0.6
<b>A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)</b>	22.1	22.8	24.7	27.1
<b>A5bis : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)</b>	0.5	0.5	0.5	0.6
<b>A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité</b>	0.1	.	0.3	2.6

## Parts de marché en médecine sur la zone d'activité (ZA)

Libellé	2015	2016	2017
<b>CHIC REDON CARENTOIR</b>	<b>40.5</b>	<b>42.9</b>	<b>43.5</b>
CHRU DE RENNES	13.2	14.4	13.4
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	8.4	7.3	8
CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	5.7	5.8	6.1
CHU DE NANTES	5.3	4.9	5.2
CLINIQUE OCEANE	4	4	3.7
CLINIQUE DES AUGUSTINES MALESTROIT	4.9	3.9	3.6
POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	2.8	2.5	3
CH PLOERMEL	3	2.5	2.4
CH CHATEAUBRIANT NOZAY POUANCE	1.9	1.6	1.6
CLINIQUE JULES VERNE	1.3	1.2	1.2
CH ST-NAZAIRE	0.7	0.8	0.8

## Parts de marché en chirurgie conventionnelle sur la ZA

Libellé	2015	2016	2017
<b>CHIC REDON CARENTOIR</b>	<b>26.8</b>	<b>28</b>	<b>27.3</b>
CHRU DE RENNES	14.2	13.7	15.5
CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	11.8	12.8	11.9
CLINIQUE OCEANE	8.4	9.2	8
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	5.3	5.5	5.4
CHU DE NANTES	4.7	4.9	5.3
POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	3.4	2.6	2.8
CH PLOERMEL	2.5	2.2	2.2
CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	2.1	2.2	2
CLINIQUE JULES VERNE	3.5	1.7	1.9
POLYCLINIQUE SEVIGNE	2.1	2	1.8
CLINIQUE CHIRURGICALE STE-MARIE	1.4	1.3	1.4

Parts de marché en chirurgie ambulatoire sur la ZA

Libellé	2015	2016	2017
CHIC REDON CARENTOIR	20.1	23.6	21.4
CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	10.5	10.8	11.1
CLINIQUE OCEANE	10.5	10.9	10.4
CHRU DE RENNES	5.4	5.7	5.8
POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	5.2	5.6	5.8
CLINIQUE JEANNE D'ARC	4.6	4.5	4.5
CLINIQUE JULES VERNE	8.1	4.5	3.8
CLINIQUE SOURDILLE SA	3.8	4	3.7
CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	2.8	3.6	3.6
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE	2.6	3.2	3.5
POLYCLINIQUE SEVIGNE	3.2	2.6	3
CHU DE NANTES	2.7	2.5	2.9

Parts de marché en obstétrique sur la ZA

Libellé	2015	2016	2017
CHIC REDON CARENTOIR	55.2	55	51.8
CH ST-NAZAIRE	9.4	8.1	9.6
POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	9	7.8	7.1
CHRU DE RENNES	4.1	4.9	6.7
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	4.4	5.4	5.1
CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	4.5	4.7	5
CH PLOERMEL	2.8	3.2	4.8
CH CHATEAUBRIANT NOZAY POUANCE	1.8	2.9	2.3
CHU DE NANTES	2.3	1.9	1.9
CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	1.2	1.6	1.8
CLINIQUE OCEANE	2.3	2.2	1.2
CLINIQUE MUTUALISTE JULES VERNE	1.5	1	1.1

Parts de marché en cancérologie hors séances sur la ZA

Libellé	2015	2016	2017
CHIC REDON CARENTOIR	22.8	24.7	27.1
CHRU DE RENNES	19.3	22.2	20.1
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	8.3	7.3	10.1
CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	9.3	8.4	9.4
CLINIQUE OCEANE	8.1	7.8	7.4
CRLCC E. MARQUIS	7.6	8.3	5.6
CHU DE NANTES	7.4	5	3.1
CLINIQUE DES AUGUSTINES MALESTROIT	2.5	2.3	2.4
CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	1.3	1.4	2
CRLCC RENE GAUDUCHEAU	3.3	2.8	2
POLYCLINIQUE SEVIGNE	1.4	0.9	1.7
CH PLOERMEL	1.9	1.5	1.2

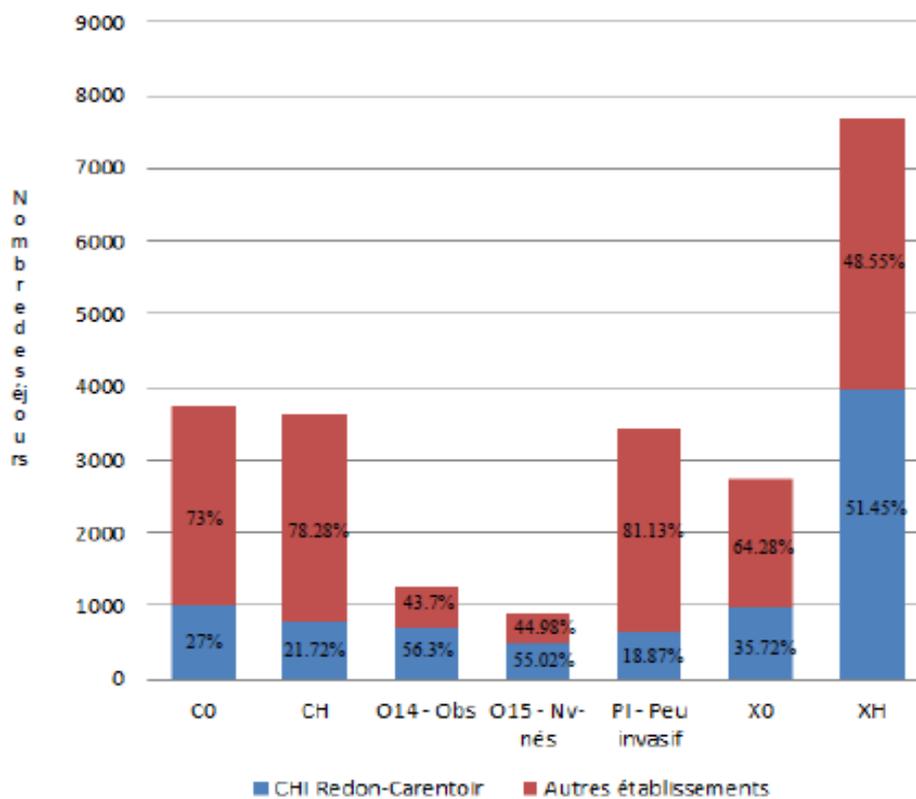
Parts de marché en séances de chimiothérapie sur la ZA

<b>Libellé</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>CHIC REDON CARENTOIR</b>	.	<b>0.3</b>	<b>2.6</b>
CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	17.2	19.4	20.3
CRLCC E. MARQUIS	24.7	18.9	20
CHRU DE RENNES	13.7	21.8	16.9
CRLCC RENE GAUDUCHEAU	14.7	11.2	10.6
CLINIQUE OCEANE	8	7.7	8.6
CHU DE NANTES	6.2	6.4	5.8
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	6.9	3.1	5.6
L'HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT	2.5	5.5	4.5
CHIMIOTHÉRAPIE CCS - SITE JULES VERNE	0.4	1	1.6
POLYCLINIQUE SEVIGNE	1.5	1.4	1.2
POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	0.6	.	0.6

*Source : indicateurs Hospidiag / extraction au 6 avril 2019*

## Annexe n° 2. Taux de fuite et zone d'attractivité

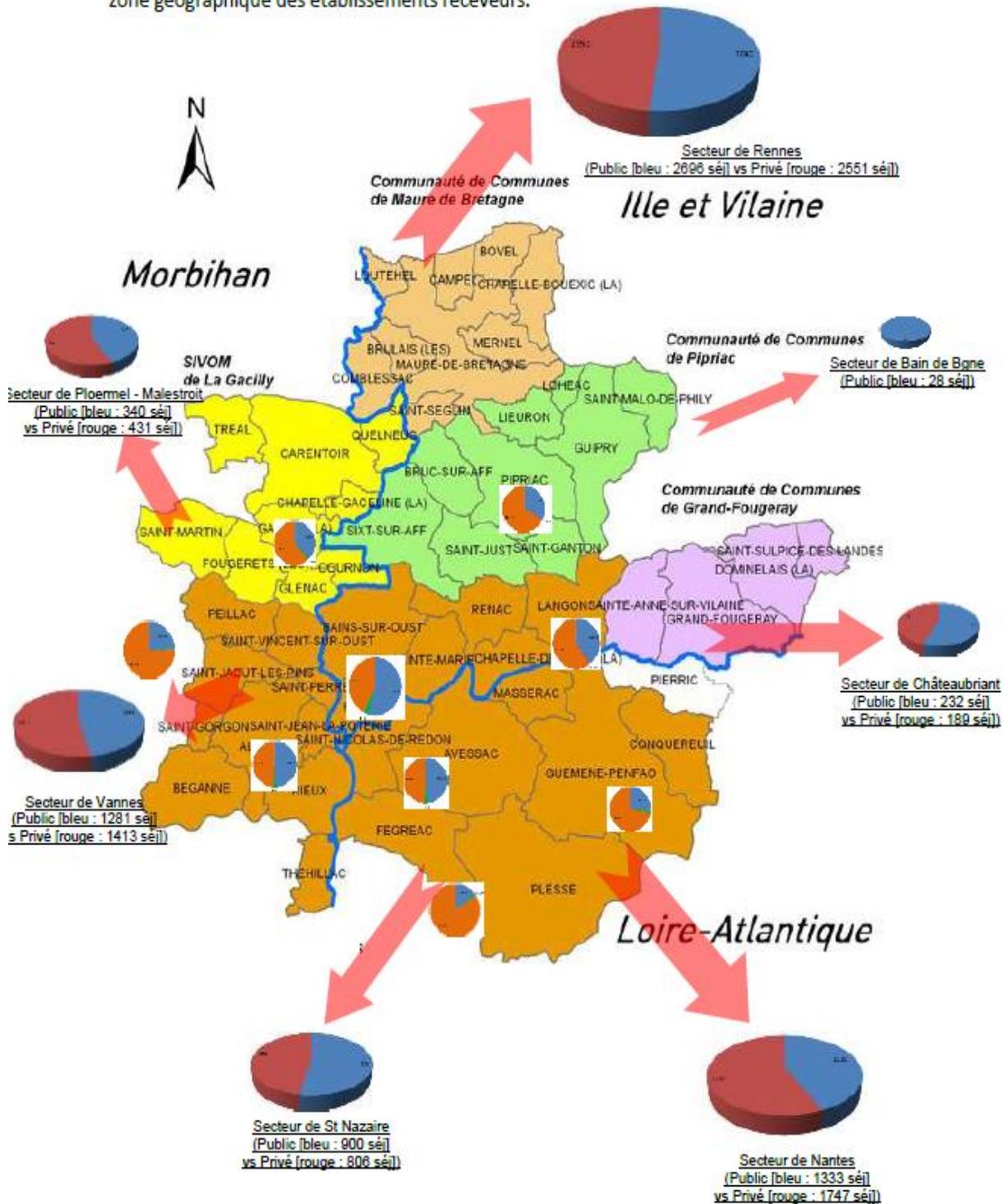
Établissements par secteur géographique	Nb de séjours	Taux de fuite	Taux de fuite sectorielle
CHI Redon-Carentoir	8598	36,72%	36,72%
35 - Public (secteur Rennes)	2696	11,51%	22,41%
35 - Privé (secteur Rennes)	2551	10,90%	
35 - Public (Bain de Bretagne)	28	0,12%	0,12%
44 - Public (secteur Nantes)	1333	5,69%	13,16%
44 - Privé (secteur Nantes)	1747	7,46%	
44 - Public (secteur St Nazaire)	900	3,84%	7,29%
44 - Privé (secteur Saint Nazaire)	806	3,44%	
44 - Public (secteur Châteaubriant)	232	0,99%	1,80%
44 - Privé (secteur Châteaubriant)	189	0,81%	
56 - Public (Vannes)	1281	5,47%	11,51%
56 - Privé (Vannes)	1413	6,04%	
56 - Public (secteur Ploermel - Malestroit)	340	1,45%	3,29%
56 - Privé (secteur Ploermel - Malestroit)	431	1,84%	
Autres ou non défini	868	3,71%	3,71%
Total	23413		



**Part de marché du CHI RC et fuite vers d'autres établissement par CAS**

Source : DIM – étude des parts de marché au 7 mai 2018

La carte ci-dessous illustre ces mêmes éléments ainsi que les principales fuites de séjours par zone géographique des établissements receveurs.



Source : DIM – étude des parts de marché au 7 mai 2018

### Annexe n° 3. Activité médicale

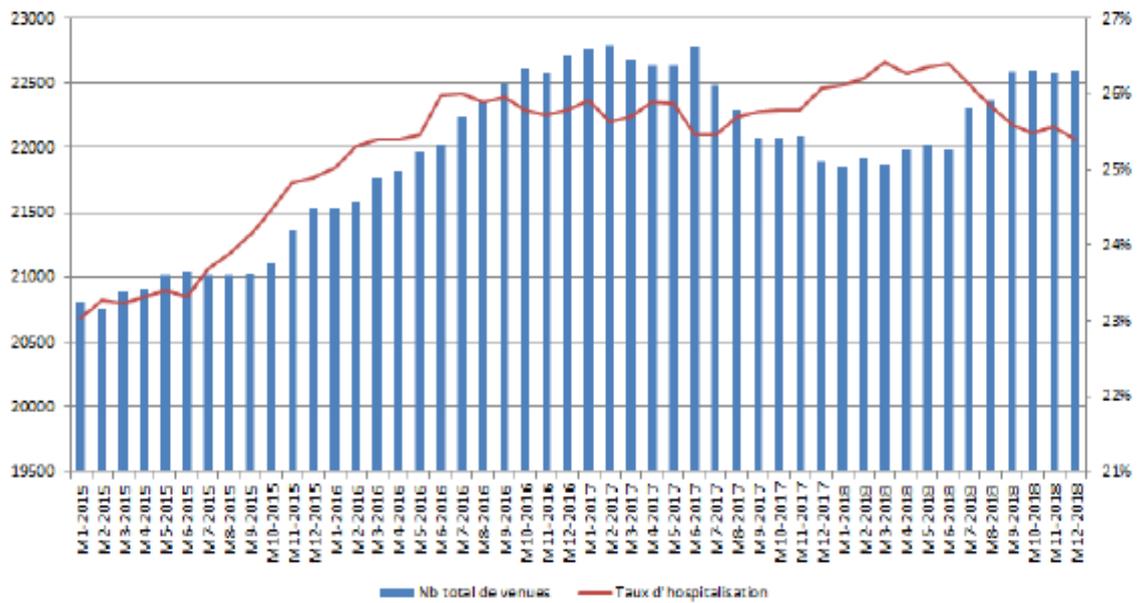
		TOTAL (séjours + séances)		Chirurgie		Médecine (hors séances, obst.)		Séances		Obstétrique Mère-enfant	
		2017	Evol.	2017	Evol.	2017	Evol.	2017	Evol.	2017	Evol.
TS 4	CH Le Palais	569	-25,0%		-	541	-23,4%	28	-40,4%		-
TS 4	Cq Augustines	2 445	-3,3%	27	-37,2%	2 418	-2,7%				
TS 4	CH Malestroit	19	-67,2%		-	19	-67,2%				
TS 4	HP Océane	41 776	-0,1%	19 980	+0,5%	12 638	-1,6%	7 004	+5,5%	2 154	-12,6%
TS 4	CHBA Vannes	64 664	+1,0%	9 967	+0,7%	29 215	-0,2%	20 865	+2,6%	4 617	+1,8%
<b>TS 4</b>	<b>TOTAL TS 4</b>	<b>121 950</b>	<b>+0,2%</b>	<b>33 595</b>	<b>+1,4%</b>	<b>51 508</b>	<b>-1,3%</b>	<b>28 554</b>	<b>+3,4%</b>	<b>8 293</b>	<b>-5,0%</b>
TS 5	CH Fougères	12 922	+0,2%	2 154	-1,8%	8 332	-0,3%	548	+66,6%	1 888	-6,1%
TS 5	CH Redon	10 577	-0,4%	2 375	-0,2%	6 792	+1,2%	264	+66,0%	1 146	-16,5%
TS 5	CH Vitré	10 036	+4,9%	1 900	+5,3%	5 584	+4,8%	799	+12,1%	1 753	+1,7%
TS 5	CH Bain de Bretagne	660	-0,3%		-	627	-0,6%	33	+6,5%		-
TS 5	CH La Guerche	375	-6,3%		-	373	-6,5%	2	+100,0%		-
TS 5	CHP St-Grégoire	58 043	+0,4%	28 288	+3,7%	13 530	-1,9%	11 533	-0,3%	4 692	-8,8%
TS 5	Cq La Sagesse	22 507	+5,0%	10 481	+4,5%	4 300	+6,9%	7	-82,5%	7 719	+5,2%
TS 5	Pcq St-Laurent	18 676	+5,8%	6 365	+7,4%	11 368	+4,7%	943	+9,1%		-
TS 5	Cq St-Yves	360	+5,6%	1	-	359	+5,6%				-
TS 5	CH Janzé	282	-5,1%		-	282	-4,7%				-
TS 5	CH Montfort sur Meu	208	+1,5%	1	-	207	+1,0%				-
TS 5	CH Saint-Méen le Grand	18	-83,9%		-	18	-83,9%				-
TS 5	CRLCC E. Marquis	59 237	+4,6%	1 704	-11,2%	2 623	-5,5%	54 910	+5,7%		-
TS 5	Pôle gériatrique rennais	3 471	+7,8%	6	-	3 373	+7,4%	92	+15,0%		-
TS 5	HP Sévigné	29 596	+4,8%	15 761	+4,0%	8 037	+7,1%	5 797	+3,6%	1	-
TS 5	CHU Rennes	123 438	+1,2%	25 680	+3,3%	60 591	+0,2%	28 241	+1,9%	8 926	-0,4%
TS 5	CH Marches de Bretagne	276	+0%		-	276	+0%				-
<b>TS 5</b>	<b>TOTAL TS 5</b>	<b>350 682</b>	<b>+2,4%</b>	<b>94 716</b>	<b>+3,5%</b>	<b>126 672</b>	<b>+1,1%</b>	<b>103 169</b>	<b>+4,2%</b>	<b>26 125</b>	<b>-1,6%</b>

Source : bilan PMSI 2017 – site ARS Bretagne

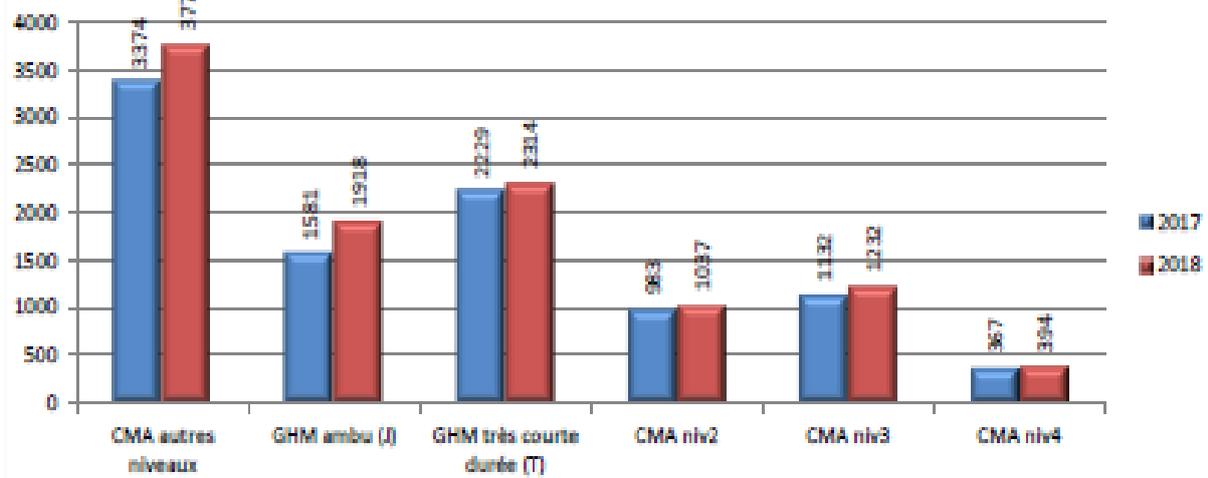
Activité globale - Source PMSI					
	Indicateur	2014	2015	2016	2017
CI-A1	Nombre de RSA de médecine (HC)	4364	4683	5042	4759
CI-A2	Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1472	1379	1413	1357
CI-A3	Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	703	652	674	555
CI-A4	Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	1273	1349	1690	1981
CI-A5	Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	736	1133	1441	1470
CI-A6	Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	184	188	205	188
CI-A7	Nombre de séances de chimiothérapie	2	0	7	76
CI-A8	Nombre de séances de radiothérapie	0	0	0	0
CI-A9	Nombre de séances d'hémodialyse	0	0	0	0
CI-A10	Nombre de séances autres	103	119	152	188
CI-A11	Nombre d'accouchements	598	558	592	485
CI-A12	Nombre d'actes chirurgicaux	1842	2090	2410	2390
CI-A13	Nb d'ATU	15943	16224	17177	16471
CI-A14	Nombre d'actes d'endoscopies	813	796	890	860
CI-A15	Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	100	101	99	100

Source : Hospidiag / extraction au 6 avril 2019

**Activité du Service d'Accueil Urgences sur 12 mois glissants**



**Répartition des niveaux de sévérité**

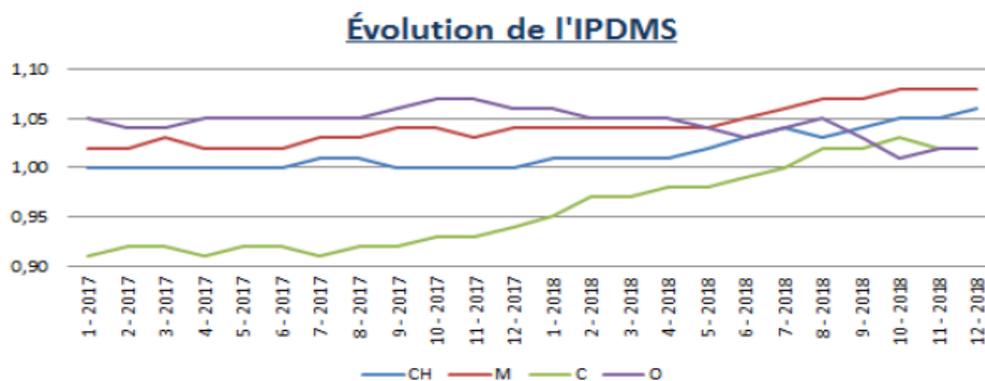


Source : analyse DIM - PMSI 2018

Lits et places installés - Source SAE					
	Indicateur	2014	2015	2016	2017
CI-AC1	Nombres de lits installés en Médecine	85	91	91	91
CI-AC2	- dont lits de soins intensifs	0	.	0	.
CI-AC3	- dont lits de surveillance continue	4	4	4	4
CI-AC4	- dont lits de réanimation	0	.	0	.
CI-AC5	Places installés de Médecine	3	5	5	5
CI-AC6	Lits installés de Chirurgie	40	30	30	30
CI-AC7	Places installées de Chirurgie	4	6	6	6
CI-AC8	Lits installés d'Obstétrique	20	20	15	15
CI-AC9	Places installées d'Obstétrique	0	4	0	.

	Etablissement			
	2014	2015	2016	2017
<u>A7 : Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie (hors séances)</u>	7	6.9	7.4	7.5
<u>A8 : Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité</u>	0.49	0.44	0.58	0.58
<u>A9 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4</u>	14.61	16.14	15.28	15.98
<u>A10 : Enseignement</u>	.	.	.	.
<u>A11 : Recherche et publications</u>	.	.	.	.
<u>A12 : Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences</u>	64.5	69.9	69.1	70.9
<u>A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)</u>	96.8	85	86.7	86.1
<u>A14 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)</u>	101.1	71.3	77.5	68.9
<u>A15 : Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)</u>	96.2	39.3	54.4	45.1

Source : Hospidiag / extraction au 6 avril 2019



Source : analyse DIM - PMSI 2018

	Etablissement				Région 2017	
	2014	2015	2016	2017	2ème décile	8ème décile
<u>P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)</u>	1.04	1.026	1.025	1.041	0.874	1.325
<u>P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)</u>	0.952	0.932	0.921	0.945	0.866	1.294
<u>P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)</u>	1.018	1.043	1.063	1.062	0.886	1.053
<u>P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes</u>	27.6	26.7	30.5	30.9	22.2	35.3
<u>P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes</u>	10.6	9.3	14.5	15.2	3.8	15
<u>P6 : Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes</u>	29.1	26.2	15.3	14.6	4.8	17.1
<u>P7 : Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée)</u>	23.6	23.8	20.2	21.6	14.7	22.1
<u>P8 : Nombre d'examens de biologie par technicien</u>	.	.	.	.	20417	32711
<u>P9 : ICR par salle d'intervention chirurgicale</u>	208148	232920	272902	263567	245861	431540
<u>P10 : Taux de césarienne</u>	10.37	10.57	9.12	8.87	16.81	21.94
<u>P11 : Taux de péridurale (accouchements par voie basse)</u>	53.17	49.5	48.88	43.44	62.17	86.25
<u>P12 : Taux de chirurgie ambulatoire</u>	33.33	45.1	50.49	52	0	62.13
<u>P12_bis : Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines)</u>	40.61	53.91	59.12	60.72	35.88	66.67
<u>P13 : Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire</u>	68.11	84.26	87.76	89.06	68.2	88.63
<u>P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire</u>	83.6	85.8	109.2	111.4	62.1	110.1
<u>P15 : Indice de facturation</u>	3.4	16.7	17.1	19.7	0.9	12
<u>P16 : Niveau d'atteinte des prérequis Hôpital Numérique</u>	54	54	106	106	91	106

Source : Hospidiag / extraction au 6 avril 2019

## Annexe n° 4. Tableaux financiers

Les budgets (principal et annexes)

		Exercice 2014	Exercice 2015	Exercice 2016	Exercice 2017	Exercice 2018
H (principal)	Produits nets	45 098 k€	48 236 k€	49 276 k€	49 649 k€	51 648 k€
	Charges nettes	45 042 k€	47 996 k€	49 613 k€	51 880 k€	51 642 k€
	<b>Résultats</b>	<b>55 k€</b>	<b>239 k€</b>	<b>-337 k€</b>	<b>-2 231 k€</b>	<b>6 k€</b>
B (USLD)	Produits nets	1 756 k€	1 774 k€	1 828 k€	1 918 k€	1 921 k€
	Charges nettes	2 047 k€	1 752 k€	1 780 k€	1 901 k€	1 981 k€
	<b>Résultats</b>	<b>-291 k€</b>	<b>22 k€</b>	<b>48 k€</b>	<b>17 k€</b>	<b>-60 k€</b>
E (EHPAD 1)	Produits nets	3 641 k€	3 530 k€	3 562 k€	3 510 k€	3 509 k€
	Charges nettes	3 338 k€	3 521 k€	3 540 k€	3 459 k€	3 558 k€
	<b>Résultats</b>	<b>303 k€</b>	<b>9 k€</b>	<b>23 k€</b>	<b>50 k€</b>	<b>-49 k€</b>
D (EHPAD 2)	Produits nets	2 965 k€	2 986 k€	3 025 k€	2 913 k€	3 019 k€
	Charges nettes	2 943 k€	2 982 k€	3 072 k€	2 976 k€	3 173 k€
	<b>Résultats</b>	<b>22 k€</b>	<b>5 k€</b>	<b>-47 k€</b>	<b>-63 k€</b>	<b>-154 k€</b>
P (social)	Produits nets	1 592 k€	1 637 k€	1 575 k€	1 549 k€	1 285 k€
	Charges nettes	1 502 k€	1 404 k€	1 393 k€	1 367 k€	1 510 k€
	<b>Résultats</b>	<b>89 k€</b>	<b>233 k€</b>	<b>183 k€</b>	<b>182 k€</b>	<b>-225 k€</b>
U (foyer vie)	Produits nets	280 k€	295 k€	290 k€	297 k€	309 k€
	Charges nettes	252 k€	272 k€	281 k€	293 k€	285 k€
	<b>Résultats</b>	<b>28 k€</b>	<b>23 k€</b>	<b>9 k€</b>	<b>4 k€</b>	<b>25 k€</b>
C (instituts)	Produits nets	263 k€	278 k€	278 k€	279 k€	258 k€
	Charges nettes	228 k€	252 k€	259 k€	276 k€	332 k€
	<b>Résultats</b>	<b>35 k€</b>	<b>27 k€</b>	<b>19 k€</b>	<b>3 k€</b>	<b>-74 k€</b>
N (SSIAD)	Produits nets	936 k€	953 k€	944 k€	960 k€	949 k€
	Charges nettes	938 k€	988 k€	959 k€	960 k€	985 k€
	<b>Résultats</b>	<b>-2 k€</b>	<b>-36 k€</b>	<b>-15 k€</b>	<b>-0,34 k€</b>	<b>-36 k€</b>
A (DNA)	Produits nets	1,289 k€	1,308 k€	1,314 k€	1,351 k€	1,141 k€
	Charges nettes	0,392 k€	0,393 k€	0,398 k€	0,400 k€	0,404 k€
	<b>Résultats</b>	<b>0,897 k€</b>	<b>0,915 k€</b>	<b>0,916 k€</b>	<b>0,951 k€</b>	<b>0,736 k€</b>
<b>Budget global</b>	Produits nets	56 532 k€	59 690 k€	60 779 k€	61 076 k€	62 899 k€
	Charges nettes	56 292 k€	59 167 k€	60 896 k€	63 114 k€	63 466 k€
	<b>Résultats</b>	<b>240 k€</b>	<b>523 k€</b>	<b>-116 k€</b>	<b>-2 038 k€</b>	<b>-567 k€</b>

Source : chiffres du CHIRC/DAF + comptes financiers

Le budget U correspond au CSAPA<sup>52</sup>.

<sup>52</sup> Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Détail du budget principal

	Exercice 2014	Exercice 2015	Exercice 2016	Exercice 2017	Exercice 2018	2014/2018 (en %)
TITRE 1 - Charges relatives au personnel chapitres limitatifs	20 958 k€	21 652 k€	22 754 k€	23 335 k€	24 175 k€	15%
TITRE 1 - Charges relatives au personnel chapitres évaluatifs	11 885 k€	11 993 k€	12 268 k€	12 833 k€	13 038 k€	8%
TITRE 1 - Charges relatives au personnel TOTAL	32 844 k€	33 644 k€	35 023 k€	36 167 k€	37 213 k€	13%
TITRE 2 - Charges à caractère médical	5 346 k€	5 730 k€	6 284 k€	6 333 k€	6 157 k€	15%
TITRE 3 - Charges à caractère hôtelier et général	4 597 k€	4 761 k€	5 319 k€	6 025 k€	5 849 k€	27%
TITRE 4 - Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	2 255 k€	3 861 k€	2 987 k€	3 355 k€	2 424 k€	8%
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>	<b>45 042 k€</b>	<b>47 996 k€</b>	<b>49 613 k€</b>	<b>51 880 k€</b>	<b>51 642 k€</b>	15%
TITRE 1 - Produits de l'assurance maladie	34 632 k€	38 092 k€	39 385 k€	39 232 k€	41 250 k€	15%
TITRE 2 - Produits de l'activité hospitalière	3 493 k€	3 731 k€	3 898 k€	3 778 k€	3 798 k€	9%
TITRE 3 - Autres produits	6 973 k€	6 412 k€	5 992 k€	6 639 k€	6 600 k€	-5%
<b>TOTAL DES RECETTES</b>	<b>45 098 k€</b>	<b>48 236 k€</b>	<b>49 276 k€</b>	<b>49 649 k€</b>	<b>51 648 k€</b>	15%
<b>RESULTAT COMPTABLE</b>	<b>55 k€</b>	<b>239 k€</b>	<b>-337 k€</b>	<b>-2 231 k€</b>	<b>6 k€</b>	

Source : chiffres du CHIRC/DAF + comptes financiers

Capacité d'autofinancement (CAF)

En €	2014	2015	2016	2017
<b>= Production propre</b>	<b>46 515 230</b>	<b>49 232 025</b>	<b>50 497 800</b>	<b>54 778 313</b>
- Achats	5 842 188	6 062 529	6 487 855	6 710 309
- Services extérieurs	1 154 881	1 137 127	1 668 899	1 842 680
- Autres services extérieurs	2 841 006	2 827 437	2 688 517	3 499 147
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	5 946	6 764	6 574	15 646
<b>= Valeur ajoutée</b>	<b>36 671 209</b>	<b>39 198 168</b>	<b>39 645 955</b>	<b>42 710 531</b>
+ Autres subventions	292 166	276 007	216 626	366 266
- Charges totales de personnel*	35 922 926	36 915 239	38 265 762	43 841 723
+ Remboursement de frais entre budgets	1 257 878	1 125 559	1 205 456	1 616 720
<b>= Résultat économique brut</b>	<b>2 298 327</b>	<b>3 684 496</b>	<b>2 802 275</b>	<b>851 795</b>
+ Autres produits de gestion	590 625	452 025	438 582	391 905
- Autres charges de gestion	253 233	331 397	592 143	826 590
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>2 635 720</b>	<b>3 805 124</b>	<b>2 648 714</b>	<b>417 110</b>
- Frais financiers nets réels	338 596	298 593	256 774	232 701
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	336 082	234 635	276 485	894 727
- Charges exceptionnelles réelles	438 940	817 348	332 476	704 407
<b>= Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>2 194 265</b>	<b>2 923 818</b>	<b>2 335 950</b>	<b>374 728</b>
en % du total des produits	4,38%	5,49%	4,29%	0,62%

En €	2014	2015	2016	2017
Capacité d'autofinancement brute	2 194 265	2 923 818	2 335 950	374 728
- Annuité en capital de la dette	1 018 660	883 253	1 390 447	981 795
Dont remboursement d'emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	0	0
<b>= Capacité d'autofinancement nette (a)</b>	<b>1 175 605</b>	<b>2 040 565</b>	<b>945 504</b>	<b>-607 067</b>

Source : comptabilité publique/ANAFI

<b>EPRD 2019 initial</b>		<b>350000048</b>					
<b>TABLEAU RECAPITULATIF</b>		<b>CH INTERCOMMUNAL REDON CARENTOIR</b>					
	COMPTE ANTICIPE 2018	PREVISION S 2019	2020	2021	2022	2023	
Résultat prévisionnel CRPP	-1 324 991,08	-3 180 468,60	-1 691 904,39	-1 341 177,72	-1 004 601,20	-696 980,43	
Résultat / total des produits du CRPP	-2,63%	-6,50%	-3,32%	-2,60%	-1,93%	-1,32%	
Résultat comptable toutes activités confondues	-1 895 604,13	-3 760 311,92	-1 726 155,94	-1 359 672,86	-1 007 018,84	-682 994,68	
Marge brute	247 110,77	-1 290 726,18	821 759,30	1 015 302,38	1 334 524,20	1 660 124,01	
Taux de marge brute	0,43%	-2,26%	1,38%	1,69%	2,19%	2,70%	
Capacité d'auto financement	254 884,80	-1 490 201,92	606 149,06	798 132,14	1 115 786,16	1 439 810,33	
Taux de CAF	0,43%	-2,58%	1,01%	1,32%	1,82%	2,33%	
Couverture des investissements par la CAF	25,21%	-37,26%	30,31%	79,81%	111,58%	143,98%	
CAF Nette (Valeur)	-694 487,90	-2 475 448,84	-543 850,94	-301 867,86	15 786,16	339 810,33	

Source : extrait EPRD 2019

## Annexe n° 5. Endettement et besoins financiers

<b>F7 D : Taux de vétuste des équipements</b>	<b>78.9</b>	<b>80.2</b>	<b>79.8</b>
<b>F8 D : Taux de vétuste des bâtiments</b>	<b>63.4</b>	<b>65.3</b>	<b>67.6</b>

Source : Hospidiag - Années 2015, 2016 et 2017

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Moyenne
Effort annuel d'amortissement (dotation aux amortissements des immo. propres / Immo. corporelles propres)	-2,49%	2,89%	2,01%	8,37%	3,51%	2,86%
Degré d'amortissement cumulé des immo. corporelles propres	67,50%	69,31%	70,86%	70,06%	73,03%	70,15%
Degré d'amortissement des bâtiments	58,68%	61,02%	63,80%	64,24%	66,89%	62,93%
Degré d'am. des installations agencements aménagements de bât.	82,28%	82,03%	81,86%	78,35%	79,85%	80,87%
Degré d'am. des ouvrages d'infrastructure et voiries	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Degré d'amortissement des constructions	63,38%	65,30%	67,60%	67,16%	69,61%	66,61%
Degré d'am. des installations techniques indus.	86,46%	79,42%	75,82%	75,55%	81,07%	79,66%
Degré d'am. du matériel de transport	79,07%	82,76%	85,61%	76,57%	83,40%	81,48%
Degré d'am. du matériel de bureau	98,52%	98,03%	98,40%	98,63%	99,19%	98,55%
Degré d'am. du matériel de informatique	69,57%	79,76%	85,40%	82,13%	85,54%	80,48%
Degré d'am. du mobilier	67,47%	79,06%	80,71%	82,06%	84,05%	78,67%
Degré d'am. des autres immo. corporelles	86,99%	85,76%	83,39%	83,00%	85,48%	84,92%
Taux de vétusté des bâtiments en %	63,36%	65,27%	67,57%	67,13%	69,57%	66,58%

En €	2014	2015	2016	2017
<b>= Capacité d'autofinancement nette (a)</b>	<b>1 175 605</b>	<b>2 040 565</b>	<b>945 504</b>	<b>-607 067</b>
+ Apports en capital	5 790	100	0	250 000
+ Subventions d'équipement reçues	607 774	79 856	67 413	774 000
+ Produits de cession	9 290	3 085	4 100	500
<b>= Recettes d'investissement hors emprunt (b)</b>	<b>622 854</b>	<b>83 041</b>	<b>71 513</b>	<b>1 024 500</b>
<b>= Financement propre disponible (a+b)</b>	<b>1 798 459</b>	<b>2 123 606</b>	<b>1 017 017</b>	<b>417 433</b>
- Dépenses d'équipement réelles (y.c. tx en régie)	1 297 315	1 574 466	2 080 358	1 956 853
- Prises de participations nettes	99	-3	29	0
<b>= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre</b>	<b>501 045</b>	<b>549 143</b>	<b>-1 063 370</b>	<b>-1 539 419</b>
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)	0	-72 917	-673 155	38 634
<b>= Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation, dit BARC (ou DARFC)</b>	<b>501 045</b>	<b>622 059</b>	<b>-390 215</b>	<b>-1 578 053</b>
+ Nouveaux emprunts de l'année	906 000	904 000	435 250	39 029
<b>= Variation de la trésorerie nette</b>	<b>1 407 045</b>	<b>1 526 059</b>	<b>45 035</b>	<b>-1 539 024</b>

Source : comptabilité publique/ANAFI

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moy
+ Dettes financières	9 403 456	9 424 203	8 469 006	7 915 311	7 945 655	-4,1%

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moy
Charges d'intérêt	300 415	263 260	224 005	204 658	187 563	-11,1%

En €	2014	2015	2016	2017	2018
+ Nouveaux emprunts de l'année	906 000	904 000	435 250	39 029	1 045 737
Dont autres obligations et dettes financières	900 000	900 000	431 250	0	1 000 000
Dont autres dettes et cautionnements	6 000	4 000	4 000	39 029	45 737

Source : comptabilité publique/ANAFI

	2017	2018	évol. 2018 2017	2019	évol. 2019 2018
CAF ou IAF		254884,80		-1490201,92	-684,66%
Taux d'autofinancement net		-68,69%		-61,89%	
Capacité de remboursement à long terme		31,25			
Taux de recours à l'emprunt	-48,18%	5,01%		50,37%	

Source : EPRD 2019

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE REDON CARENTOIR

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moy
Stocks de pds pharmaceutiques et médicaux	231 313	187 587	168 962	294 033	294 033	6,2%
+ Autres stocks et encours de production	240 261	245 778	244 621	282 052	282 052	4,1%
<b>= Stocks et en-cours (a)</b>	<b>471 574</b>	<b>433 366</b>	<b>413 583</b>	<b>576 085</b>	<b>576 085</b>	5,1%
Hospitalisés et consultants	1 328 950	1 264 450	1 154 096	1 526 295	1 425 211	1,8%
+ Caisses de sécurité sociale	6 781 153	6 799 004	6 066 078	7 252 863	2 469 815	-22,3%
+ Départements	710 476	597 974	536 235	637 347	770 044	2,0%
+ Autres tiers payants	674 496	613 793	1 109 050	1 728 441	1 005 407	10,5%
+ Autres redevables*	55 904	445 847	-277 692	-237 777	-128 239	N.C.
- Dépréciations des comptes de redevables	501 614	95 411	95 411	155 411	155 411	-25,4%
<b>= Redevables et comptes rattachés (b)</b>	<b>9 049 365</b>	<b>9 625 658</b>	<b>8 492 356</b>	<b>10 751 759</b>	<b>5 386 827</b>	-12,2%
Dettes fournisseurs	1 402 870	1 530 370	1 243 281	2 517 956	2 483 689	15,4%
Dettes fournisseurs d'immobilisations	501 687	549 829	244 606	597 495	134 997	-28,0%
- Avances, acomptes et rabais	0	0	0	0	1 314	N.C.
<b>= Dettes fournisseurs (c)</b>	<b>1 904 557</b>	<b>2 080 199</b>	<b>1 487 887</b>	<b>3 115 452</b>	<b>2 617 373</b>	8,3%
<b>Besoin en fonds de roulement de gestion (a+b-c=d)</b>	<b>7 616 382</b>	<b>7 978 825</b>	<b>7 418 052</b>	<b>8 212 392</b>	<b>3 345 539</b>	-18,6%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	60	61	54	53	22	-22,5%
+ Dépenses à classer ou à régulariser	236	9 354	0	6 161	0	-100,0%
- Recettes à classer ou à régulariser	1 389 750	1 462 560	1 354 038	1 675 641	1 299 183	-1,7%
+ Créances publiques sur opérations particulières	-131 306	-180 906	-152 834	-15 315	-198 436	10,9%
+ Créances fiscales	-229 000	-14 841	-211 813	-241 178	-255 004	2,7%
<b>- Dettes (-) et créances (+) sur personnel et sécurité sociale</b>	<b>2 194 388</b>	<b>2 222 546</b>	<b>2 378 051</b>	<b>2 700 281</b>	<b>1 743 964</b>	-5,6%
+ Autres dettes (-) et créances (+) diverses*	692 989	174 817	277 274	47 286	178 673	-28,7%
<b>= Autres dettes et créances (e)</b>	<b>-3 251 218</b>	<b>-3 696 682</b>	<b>-3 819 462</b>	<b>-4 578 968</b>	<b>-3 317 913</b>	0,5%
<b>Intérêts courus non échus (f)</b>	<b>65 459</b>	<b>55 354</b>	<b>44 956</b>	<b>41 156</b>	<b>37 112</b>	-13,2%
<b>= Besoin en fonds de roulement global* (d+e-f=g)</b>	<b>4 299 706</b>	<b>4 226 789</b>	<b>3 553 634</b>	<b>3 592 268</b>	<b>-9 486</b>	N.C.
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	34	32	26	23	0	N.C.
Provisions pour risques d'exploitation	154 415	334 591	127 794	9 467	9 467	-50,2%
+ Autres provisions pour charges	308 311	1 285 638	1 851 638	2 154 638	2 154 638	62,6%
<b>= Provisions pour risques et charges (h)</b>	<b>462 726</b>	<b>1 620 229</b>	<b>1 979 432</b>	<b>2 164 105</b>	<b>2 164 105</b>	47,1%
<b>= Besoin en fonds de roulement net global* (g-h=i)</b>	<b>3 836 980</b>	<b>2 606 560</b>	<b>1 574 202</b>	<b>1 428 163</b>	<b>-2 173 591</b>	N.C.
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	30	20	12	9	-14	N.C.

En €	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Trésorerie active (disponibilités) (A)</b>	<b>42 264</b>	<b>1 243 723</b>	<b>1 291 013</b>	<b>206 401</b>	<b>331 937</b>
Dont valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0
Dont banque, compte au Trésor et comptes de placement court terme	36 906	1 234 722	1 283 425	201 998	326 742
Dont chèques et valeurs à l'encaissement	0	4	37	111	551
Dont caisse, régies et accreditifs	5 357	8 997	7 551	4 292	4 644
Dont dépréciation des comptes de trésorerie	0	0	0	0	0
<b>Trésorerie passive tirée des fonds en dépôt (B)</b>	<b>150 509</b>	<b>140 707</b>	<b>142 962</b>	<b>130 964</b>	<b>150 423</b>
<b>Autre trésorerie passive tirée de financements à très court terme (C)</b>	<b>721 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>230 000</b>	<b>6 011</b>
Dont avances et tirages sur lignes de trésorerie	721 000	0	0	230 000	0
Dont intérêts courus à payer ou à recevoir	0	0	0	0	0
Dont virements internes et encaissements divers	0	0	0	0	6 011
<b>= Trésorerie nette (A-B-C)</b>	<b>-829 246</b>	<b>1 103 016</b>	<b>1 148 051</b>	<b>-154 563</b>	<b>175 504</b>
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	-7	8	8	-1	1

Source : comptabilité publique/ANAFI

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moy
<b>Dette fournisseurs (a)</b>	<b>1 380 087</b>	<b>662 405</b>	<b>997 816</b>	<b>1 959 293</b>	<b>2 057 803</b>	10,5 %
<b>Charges (b)</b>	<b>10 998 225</b>	<b>11 128 540</b>	<b>12 208 567</b>	<b>13 974 954</b>	<b>12 016 853</b>	2,2 %
Dont charges budget H	9 137 947	9 426 651	10 406 340	11 329 801	10 941 597	4,6 %
Dont charges budgets B, E, J	1 508 760	1 346 512	1 445 640	2 051 913	727 454	-16,7 %
Dont charges budget C	62 421	64 228	60 202	76 257	51 216	-4,8 %
Dont charges budgets L, M, N, P	289 097	291 149	296 385	516 983	296 586	0,6 %
Dont charges budget A	0	0	0	0	0	N.C.
<i>en nombre de jours de charges d'exploitation</i>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>51</b>	<b>63</b>	8,1 %

Source : comptabilité publique/ANAFI

## Annexe n° 6. Ressources humaines

Personnel médical

En ETPR	2014	2015	2016	2017	2018	2014/2018 (en %)
PH Temps plein	25,79	27,75	29,83	31,71	34,39	33,35%
PH Temps partiel	1,00	0,60	0,60	0,60	0,60	-40,00%
Praticiens Attachés associés	4,98	5,74	7,09	7,05	4,99	0,20%
Praticiens contractuels	15,86	13,88	12,28	12,35	14,81	-6,62%
Assistants des Hôpitaux	1,60	0,80	0,48	1,00	0,32	-80,00%
Internes et FFI	9,72	7,68	5,10	5,15	8,15	-16,15%
<b>effectif total</b>	<b>58,95</b>	<b>56,45</b>	<b>55,38</b>	<b>57,86</b>	<b>63,26</b>	<b>7,31%</b>
Internes et FFI	9,72	7,68	5,10	5,15	8,15	-16,15%
<b>effectif total retraité</b>	<b>49,23</b>	<b>48,77</b>	<b>50,28</b>	<b>52,71</b>	<b>55,11</b>	<b>11,94%</b>

Source : CHIRC – DRH

Personnel non médical

	En ETPR	2014	2015	2016	2017	2018	2014/2018 (en %)
P N M	Personnel de direction et administratifs	76,98	74,90	82,47	84,21	82,87	7,65%
	Personnel des services de soins	476,02	495,59	510,28	601,43	601,52	26,36%
	Personnels éducatifs et sociaux	7,00	7,74	7,62	7,56	7,99	14,14%
	Personnels médico-techniques	13,45	13,81	15,01	15,55	16,11	19,78%
	Personnels techniques et ouvriers	50,97	48,52	47,23	60,89	65,89	29,27%
	Contrats disp. Part.	5,19	10,30	8,67	10,42	2,68	-48,36%
	<b>TOTAL</b>		<b>629,61</b>	<b>650,86</b>	<b>671,28</b>	<b>780,06</b>	<b>777,06</b>

Source : CHIRC – DRH

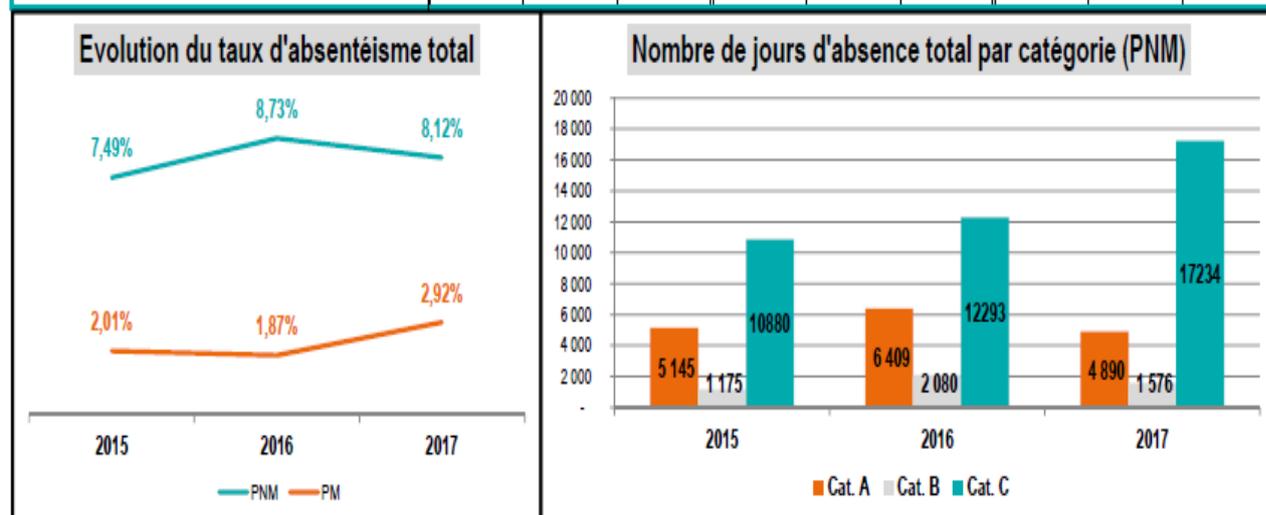
### Âge moyen du personnel médical

PERSONNEL MEDICAL <i>hors internes</i>	2015	2016	Ecart 2016 / 2015	évolution 2016 / 2015	2017	2017 HC	Ecart 2017 / 2016	évol 2017 / 2016	évol 2017 / 2016 HC	Âge moyen		
										2015	2016	2017
Personnels enseignants et hospitaliers	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,0%	0,0%	-	-	-
PH temps plein	28,29	29,81	1,52	5,37%	31,63	30,63	1,82	6,1%	2,8%	53	54	53
PH temps partiel	0,60	0,60	0,00	0,00%	0,60	0,60	0,00	0,0%	0,0%	60	61	62
Praticiens attachés	1,00	0,58	-0,42	-42,00%	0,50	0,50	-0,08	-13,8%	-13,8%	57	58	51
Praticiens attachés associés	4,75	6,41	1,66	34,95%	6,58	6,58	0,17	2,7%	2,7%	41	41	43
Prat. contractuels et adjoints contractuels	13,19	12,25	-0,94	-7,13%	12,29	12,29	0,04	0,3%	0,3%	52	53	54
Assistants des hôpitaux	0,78	0,48	-0,30	-38,46%	1,00	1,00	0,52	108,3%	108,3%	38	34	30
Assistants associés	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,0%	0,0%	0	0	0
<b>Total personnel médical</b>	<b>48,61</b>	<b>50,13</b>	<b>1,52</b>	<b>3,13%</b>	<b>52,60</b>	<b>51,60</b>	<b>1,52</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,9%</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>53</b>
Sous-total personnel médical - Hommes	37,26	34,08	-3,18	-8,53%	36,05	35,05	1,97	5,8%	2,8%	53	54	55
Sous-total personnel médical - Femmes	11,34	16,04	4,70	41,45%	16,54	16,54	0,50	3,1%	3,1%	49	47	48

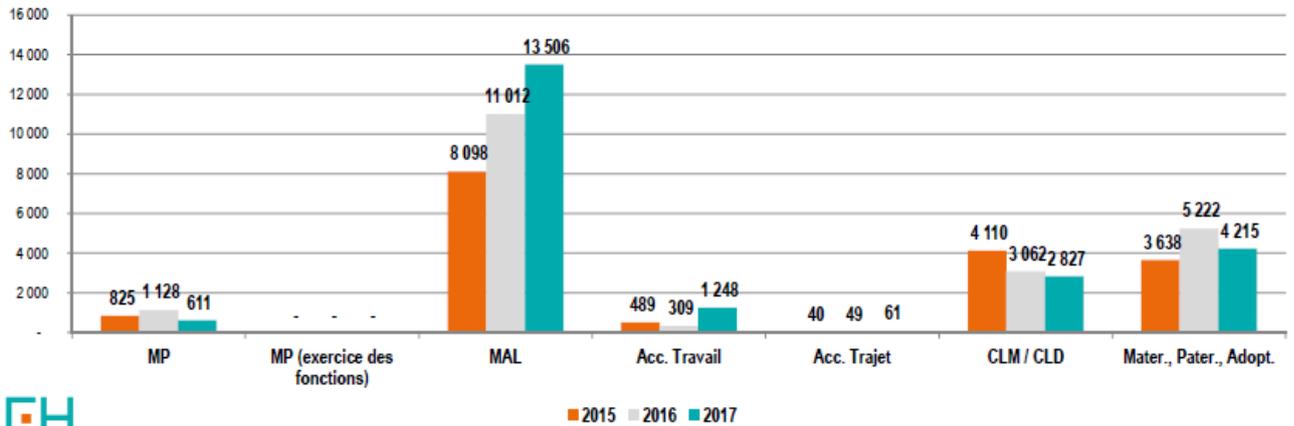
Source : CHIRC – Bilan social 2017

### Absentéisme

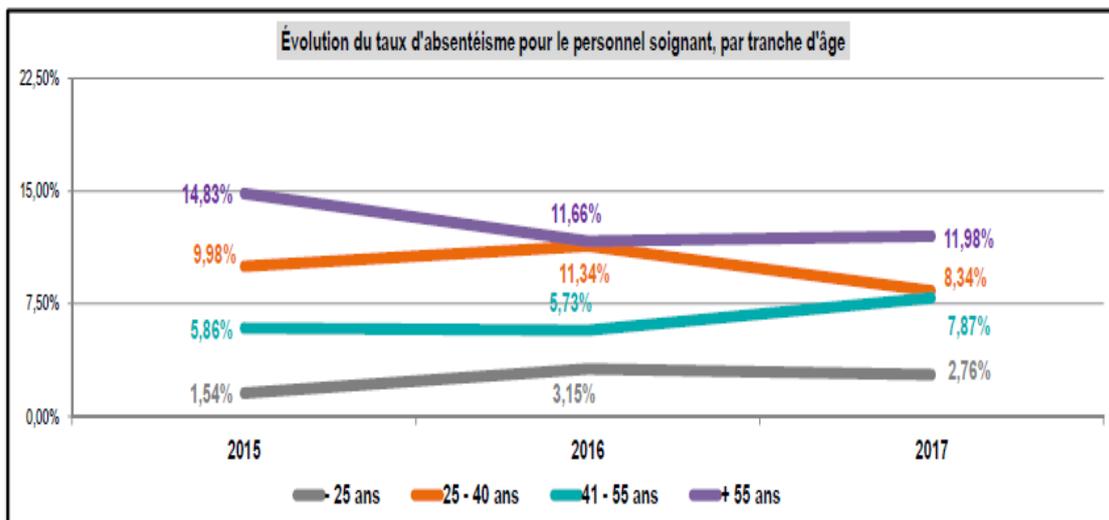
Taux d'absentéisme total	durée < 6 jours			durée > 6 jours			TOTAL		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Personnel Non Médical	0,31%	0,31%	0,22%	7,18%	8,42%	7,91%	7,49%	8,73%	8,12%
Personnel Médical	0,03%	0,05%	0,08%	1,92%	1,74%	2,83%	2,01%	1,87%	2,92%
<b>TOTAL ÉTABLISSEMENT</b>	<b>4,05%</b>	<b>0,30%</b>	<b>0,24%</b>	<b>6,81%</b>	<b>7,95%</b>	<b>7,58%</b>	<b>7,10%</b>	<b>8,24%</b>	<b>7,79%</b>



Nombre de jours d'absence total par motif (PNM)



6.2 Nombre moyen de jours d'absence / agent (rapporté à l'effectif total)	2015	2016	2017
Personnel Non Médical	25	29	27
Soignants	22	30	27
Personnel Médical	7	7	10



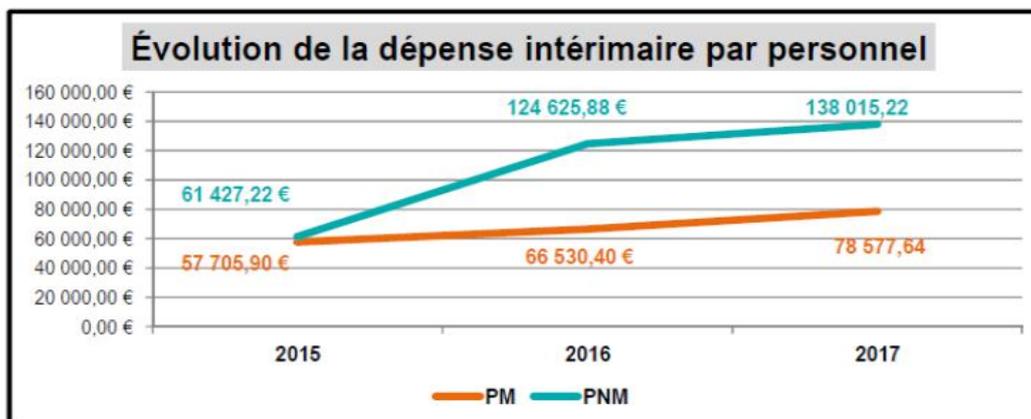
Source : bilan social 2017

Intérim médical

**Indicateur n°3 : Taux d'évolution des dépenses correspondant à l'emploi des personnels intérimaires**

3. Taux d'évolution des dépenses correspondant à l'emploi des personnels intérimaires		2015	2016	évolution 2016 / 2015	2017	évolution 2017 / 2016
Personnel Médical	Dépenses brutes*	57 705,90 €	66 530,40 €	15,3%	78 577,64	18,1%
Personnel Non Médical	Dépenses brutes	61 427,22 €	124 625,88 €	102,9%	138 015,22	10,7%

\* Concernant les dépenses brutes d'intérim du personnel médical, celles-ci ne correspondent qu'aux frais de mise en relation.



**Commentaires**

Le nombre de journées d'intérim est passé de 457 à 522 pour le personnel non médical, cette augmentation concernant essentiellement les AS, IBODE et KINÉ.  
Concernant l'intérim médical, nous constatons une augmentation correspondant à 51,5 jours de plus par rapport à 2016. Les services les plus concernés sont la Cardiologie/Pneumologie, les Urgences, l'Anesthésie, l'EHPAD/USLD et la Chirurgie Orthopédique.

Source : bilan social 2017

COMPTE ANTICIPE 2018 CRPP - CHI REDON CARENTOIR -					
Cpte	Intitulé	Réalisé 2017	Réalisé 2018	Ajustement	CAA
			au 19/03/2019		2018
	<b>Personnel Non Médical</b>				
621	Personnel extérieur à l'établissement	124 893,27	195 158,43		195 158,43
	<b>Personnel Médical</b>				
621	Personnel extérieur à l'établissement	91 699,59	187 211,17		187 211,17

Source : CHIRC/DAF (données chiffrées 2018)

## Annexe n° 7. Plan de redressement 2019-2021

Projet	Directeur de projet	Enjeu financier annuel	Nature de la mesure	Échéance
1 <u>Augmentation des recettes résultant des chambres particulières</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	233 995	Optimisation codage et chaîne de facturation	juin-19
2 <u>Mettre en service IIRM</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	104 200	Développement d'activité	janv-20
3 <u>Ouvrir l'unité d'hospitalisation de jour en addictologie</u>	Gaëlle BOUVIER-MULLER - DAPI	140 700	Développement d'activité	juin-20
4 <u>Transfert de l'activité de stérilisation au CHU de Rennes</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	50 000	Optimisation des organisations	juin-20
5 <u>Transfert de l'activité de blanchisserie de Carentoir vers le SLLGOM</u>	Pierre-Louis DUPONT - logistique, gériatrie	20 000	Optimisation des organisations	janv-20
6 <u>Obtenir la reconnaissance des lits identifiés de soins palliatifs</u>	Sonia LEMARIE - DRH-DAM	60 000	Optimisation codage et chaîne de facturation	sept-19
7 <u>Emarger au dispositif de financement IFAO</u>	Chantal VISSOUARN - DSRMT, usagers, QGDR	160 000	Optimisation codage et chaîne de facturation	janv-20
8 <u>Création d'une activité de rétinoplastie</u>	Gaëlle BOUVIER-MULLER - DAPI	100 000	Développement d'activité	mai-19
9 <u>Mise à disposition du bloc opératoire aux partenaires extérieurs dans le cadre du GCS Pays de Redon</u>	Patrick BESSON - directeur	-	Développement d'activité	juin-19
10 <u>Création d'une activité de polysomnographie</u>	Sonia LEMARIE - DRH-DAM	47 231	Développement d'activité	mai-19
11 <u>Gestion de lits - médecine</u>	Chantal VISSOUARN - DSRMT, usagers, QGDR	1 700 000	Optimisation des organisations	janv-19
	<u>Création d'une unité médico-chirurgicale digestive</u>	936 000	Développement d'activité	juin-19
	<u>Augmentation de l'efficience de l'USC</u>	264 570	Développement d'activité	mai-19
12 <u>Optimisation des moyens du bloc opératoire</u>	Chantal VISSOUARN - DSRMT, usagers, QGDR	60 000	Economie charges TI	janv-19
13 <u>Diminution de l'imérim médical</u>	Sonia LEMARIE - DRH-DAM	700 000	Economie charges TI	janv-19
14 <u>Développer les chimiothérapies</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	200 000	Développement d'activité	oct-19
15 <u>Création d'un laboratoire de biologie médicale territorial</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	-	Optimisation des organisations	
16 <u>Définition d'une stratégie de retour à l'équilibre budgets B et E</u>	Pierre-Louis DUPONT - logistique, gériatrie	300 000	Optimisation des organisations	août-19
17 <u>Revoir le mode de rémunération des astreintes médicales</u>	Sonia LEMARIE - DRH-DAM	40 000	Economie charges TI	janv-19
18 <u>Suppression d'un poste de directeur adjoint</u>	Patrick BESSON - directeur	120 000	Economie charges TI	déc-19
19 <u>Affectation précise des charges supportées par le budget H au profit des budgets annexes</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	619 000	Optimisation codage et chaîne de facturation	déc-19
20 <u>Fusion des PUJ</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	50 000	Optimisation des organisations	oct-19
21 <u>Transfert de la fonction restauration</u>	Pierre-Louis DUPONT - logistique, gériatrie	-	Optimisation des organisations	janv-21
22 <u>Suppression de postes</u>	Sonia LEMARIE - DRH-DAM	300 000	Economie charges TI	janv-19
23 <u>Faciliter l'accès à l'offre de soins - prise de rendez-vous par internet</u>	Claire RIGAUD - DAFSI	147 930	Développement d'activité	oct-19
		6 353 626		



Les publications de la chambre régionale des comptes  
de Bretagne  
sont disponibles sur le site :  
<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-bretagne>