



Le 11 janvier 2017

Le président

à

Monsieur le directeur
du centre hospitalier de Saint Malo
1 rue de la Marne
35400 Saint Malo

Dossier suivi par : Sylvie Durand, greffière adjointe
T 02.99.59.85.53
Sylvie.durand@crtc.ccomptes.fr

Réf. : 2016-0047

Objet : notification du rapport d'observations définitives relatif à
l'examen de la gestion du centre hospitalier de Saint-Malo

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Lettre recommandée avec accusé de réception

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Saint-Malo concernant les exercices 2012 et suivants pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance, dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet, au directeur régional des finances publiques d'Ille et Vilaine ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé.

Jean-Louis HEUGA



NOTIFICATION FINALE
DU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

sur la gestion du centre hospitalier de Saint-Malo

au cours des exercices 2012 et suivants

EN L'ABSENCE DE REPONSE REÇUE DANS LE DELAI LEGAL

SOMMAIRE

Rapport d'observations définitives

p. 1 à 71

SOMMAIRE

1. L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT	5
1.1. PRESENTATION	5
1.2. LES CAPACITES ET L'ATTRACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT	5
1.3. LE PILOTAGE STRATEGIQUE	10
2. LA GESTION BUDGETAIRE ET FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1. PRESENTATION	15
2.2. LA FIABILITE DES COMPTES	15
2.3. L'EXECUTION BUDGETAIRE	15
2.4. L'ANALYSE FINANCIERE	16
3. LES RESSOURCES HUMAINES	23
3.1. PRESENTATION DU SERVICE	23
3.2. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE	24
3.3. L'ABSENTEISME	26
3.4. LE TEMPS DE TRAVAIL ET LES CET	27
3.5. LES CONTRACTUELS	28
3.6. LES ASTREINTES ET LA PERMANENCE DES SOINS	29
3.7. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS	32
4. LA PERFORMANCE ET LA REGULARITE DE L'ACHAT PUBLIC	33
4.1. PRESENTATION	33
4.2. L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT	33
4.3. LA POLITIQUE ET LA STRATEGIE D'ACHAT	36
4.4. LA REGULARITE ET LA QUALITE DU PROCESSUS D'ACHAT	38
4.5. LA PERFORMANCE DE LA FONCTION ACHAT	42

Centre hospitalier de Saint Malo

**OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE
DES COMPTES DE BRETAGNE**

Exercices 2012 et suivants

La chambre régionale des comptes de 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 de Saint Malo à compter de l'exercice 2012. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 15 janvier 2016.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 17 juin 2016 avec M. Arnaud GUYADER, ordonnateur et M. Jean SCHMID, ancien ordonnateur.

Lors de sa séance du 7 juillet 2016, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 4 août 2016 à M. Arnaud Guyader et M. Jean SCHMID. Des extraits ont été également adressés aux tiers mis en cause.

M. Laurent DONADILLE, ordonnateur pour les trois premiers mois de la période examinée, a été destinataire d'une lettre de fin de contrôle.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 15 novembre 2016, a arrêté ses observations définitives.

RÉSUMÉ

La chambre régionale des comptes de Bretagne a examiné la gestion du Centre hospitalier de Saint Malo (CHSM) pour la période 2012 à 2016. L'établissement, implanté sur le territoire de santé n°6, est membre et siège de la communauté hospitalière de territoire Rance Emeraude regroupant également les Centres hospitaliers de Dinan et de Cancale. Doté de près de 1 000 lits dont 442 de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'établissement comptait 2 135 agents (hors internes) fin 2015 dont 196 personnels médicaux pour un budget d'exploitation consolidé de près de 170 M€ de charges.

L'activité médicale est globalement en hausse depuis 2011, l'établissement ayant réalisé un effort de réorganisation capacitaire important au profit de prises en charge plus courtes via des hôpitaux de semaine ou de jour. Malgré ces changements, le positionnement de l'établissement en matière de chirurgie reste faible sur son territoire et la productivité de ses blocs opératoires, pourtant renouvelés en 2011, insuffisante.

La tenue des comptes n'appelle pas d'observations particulières, le centre hospitalier s'étant engagé dans une démarche de certification à l'horizon 2017.

La situation financière est déséquilibrée sur l'ensemble de la période, le résultat d'exploitation consolidé pour 2015 s'élevant à -746 000 € et le déficit du budget principal étant de -390 000 €. Si les résultats semblent s'améliorer depuis 2011, ces derniers doivent être corrigés de cessions d'actifs non pérennes et de financements de l'ARS, portant le déficit structurel annuel à près de 2 M€.

Malgré les plans de retour à l'équilibre successifs depuis 2008, l'établissement ne parvient pas à dégager de marges de manœuvre financières suffisantes pour résorber son déficit, les recettes générées par les nouvelles activités ayant été jusqu'à présent absorbées par la hausse des charges de fonctionnement. L'état de prévisions de recettes et dépenses (EPRD) 2016 ne prévoit d'ailleurs un retour à l'équilibre qu'en 2019.

Si la capacité d'autofinancement de l'établissement s'est améliorée entre 2011 et 2015, l'encours de la dette, de 74,5 M€, reste élevé et fait suite à une politique d'investissement soutenue cette dernière décennie. Dans ce contexte, le projet de reconstruction du pôle psychiatrie, appuyé d'une aide de l'agence régionale de santé (ARS) et chiffré à 16 M€, implique de la part de l'établissement une plus grande maîtrise de ses charges de fonctionnement.

Malgré l'extension de capacité en médecine, les effectifs de l'établissement progressent faiblement sur la période (1,7 %), le CHSM ayant rationalisé ses moyens par des réorganisations de services. Les rémunérations brutes connaissent en revanche une évolution plus soutenue (9,7 %) dont une partie s'explique par une politique d'avancement et de grade favorable. L'ensemble de la masse salariale progresse de 12,1 % du fait de recrutement de personnels en postes partagés avec d'autres établissements. L'absentéisme demeure par ailleurs élevé bien que des mesures de prévention aient été mises en place. Les modalités de recours aux personnels contractuels doivent être améliorées.

En matière d'achats, le centre hospitalier affiche sa volonté de privilégier la mutualisation au sein de la communauté hospitalière et s'est doté pour ce faire d'une cellule des marchés publics compétente pour les trois établissements. Le CHSM est très inséré dans le maillage de groupement d'achats et participe au programme PHARE mesurant la performance et l'efficacité de la commande publique.

La politique achat doit être néanmoins mieux formalisée, l'établissement n'ayant pas de document stratégique en la matière et ne disposant pas d'un guide des procédures. La régularité des achats n'appelle dans l'ensemble que peu d'observations, le centre hospitalier devant essentiellement être vigilant sur les critères d'appréciation des offres

Recommandations

Sur le fondement des observations du rapport, la chambre formule les recommandations suivantes :

- 1-Assurer la traçabilité des déplacements des médecins lors des astreintes (3.6.3) ;
- 2-Renforcer et élargir les compétences des acheteurs (4.2.1 .2) ;
- 3-Elaborer un guide de la commande publique (4.2.2) ;
- 4-Formaliser une stratégie pluriannuelle de l'achat et de la commande publique (4.3.1) ;

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.

1. L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

1.1. PRESENTATION

Le Centre hospitalier de Saint Malo (CHSM) fait partie du territoire de santé n° 6 qui regroupe également les centres hospitaliers de Dinan et de Cancale. Ces trois établissements sont regroupés depuis 2010 au sein d'une communauté hospitalière de territoire nommée CHT Rance Emeraude devenue en juin 2016 groupement hospitalier de territoire et dont le CHSM est le siège.

Le Centre hospitalier de Saint Malo est implanté au sein d'une agglomération de 80 000 habitants et assure la couverture sanitaire de 140 000 habitants pour un territoire de santé comptant 240 000 habitants. Si la population du bassin de vie augmente chaque année (0,6 %), cet accroissement s'explique essentiellement par l'installation de populations plus âgées (retraités).

L'établissement comptait 998 lits fin 2015 dont 442 de médecine chirurgie obstétrique (MCO), 58 de soins de suite et de réadaptation (SSR) 148 de psychiatrie, 10 d'addictologie ainsi qu'un secteur personnes âgées composé d'une USLD de 83 lits et d'un EHPAD de 257 lits (voir annexe 1).

Le CHSM employait 2 134 agents fin 2015 dont 1 978 personnels non médicaux et 156 médecins, son budget principal s'élevant à 150 M€ de dépenses.

Outre le site principal de l'hôpital Broussais, le CHSM compte cinq sites extérieurs.

1.2. LES CAPACITES ET L'ATTRACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

1.2.1. Evolution des capacités

Les capacités de l'établissement ont été sensiblement modifiées depuis 2012. Ainsi, le secteur de médecine a vu ses capacités d'hospitalisation complète augmenter de 13 % sur la période suite à l'ouverture d'une unité de médecine gériatrique de 26 lits en avril 2013 et d'une extension des capacités du service de cardiologie de 11 lits en 2014.

A l'inverse, l'activité de chirurgie a été marquée par une perte de 12 lits d'hospitalisation complète en 2014 passant de 78 à 66 lits. Cette diminution capacitaire s'est également opérée en obstétrique (-3 lits) et poursuivie dans le secteur social par la perte du foyer de vie « Les quatre pavillons » de 53 lits et places, transféré à l'ADAPEI 35 au 1^{er} janvier 2014.

Le mode de prise en charge a également été renouvelé sur la période, le centre hospitalier ayant transformé 25 lits d'hospitalisation complète de médecine et 13 lits de chirurgie en hôpitaux de semaine entre 2014 et 2015. L'unité de médecine ainsi constituée accueille désormais les activités de très courts séjours de cardiologie, de pneumologie et de gastro-entérologie.

1.2.2. L'activité MCO

1.2.2.1. L'évolution globale

L'activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) progresse sensiblement depuis 2011.

Une part importante de cette dynamique trouve son origine dans la forte évolution du nombre de séances de dialyse et de chimiothérapie réalisées sur la période et augmentant de près de 40 % sur la période, le nombre de séjours hors séances évoluant quant à lui de 7,5 %.

	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Séjours (GHS)	23 530	24 289	24 124	24 796	25 305	7,5%
Séances (Chimio et transfusions)	3 118	3 770	4 426	5 260	5 841	87,3%
Séances de dialyse	3 964	3 868	4 000	3 737	4 067	2,6%
Total	30 612	31 927	32 550	33 793	35 213	15,0%

Source : CHSM

Parmi le champ MCO, l'activité de médecine (hors séances) connaît les taux de croissance les plus importants (11,8 %) essentiellement en raison de l'augmentation capacitaire en médecine gériatrique (26 lits) et cardiologique (13 lits) réalisée en 2013.

La chirurgie progresse également sur la période, le nombre d'entrées ayant augmenté de près de 8 % et le nombre d'actes opératoires de 9,8 %¹. Ces derniers restent néanmoins plus faibles en comparaison d'autres établissements de même taille².

Seule l'obstétrique connaît une baisse sensible de son activité, le nombre de séjours étant en repli de 7 % en 5 ans et le nombre d'accouchements étant passé de 1 362 en 2011 à 1 289 en 2015, soit une baisse de 5,4 %.

Entrées	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Médecine						
HC et HdJ (hors HJ addicto)	20 160	20 573	20 675	21 830	22 538	11,8%
Séances (dialyses patients ext. et HJ onco hémato)	6 552	7 051	7 726	8 250	9 050	38,1%
Sous total	26 712	27 624	28 401	30 080	31 588	18,3%
Chirurgie						
HC et HdJ (avec gynéco et IVG)	6 006	6 113	6 156	6 308	6 478	7,9%
Obstétrique	1 939	1 972	1 930	1 937	1 800	-7,2%
Total	34 657	35 709	36 487	38 325	39 866	15,0%

Source : CHSM

1.2.2.2. Les parts de marché

Le Centre hospitalier de Saint Malo voit son attractivité de médecine progresser depuis 2011³ et demeure dans ce domaine l'acteur majoritaire sur son territoire. Sa présence est encore plus forte s'agissant de l'obstétrique puisque ses parts de marchés approchent les 85 % en 2014. Aucun opérateur privé n'assure cette activité sur le territoire, le premier concurrent du CHSM est le Centre hospitalier de Dinan (6,8 %) faisant partie de la CHT.

¹ Hors IVG et actes d'anesthésie

² En 2014, CHSM : 4234 actes, CH de St Brieuc : 9116, CH de Vannes : 9 597-Source Hospidiag.

³ 2011 : 60,4%, 2014 : 62,7%

L'établissement dispose également d'un positionnement affirmé en matière de cancérologie, celui-ci réalisant plus de la moitié de l'activité de son territoire (50,1 %), les concurrents les plus directs étant la clinique de la côte d'Emeraude (18,4 %) et le CHU de Rennes (11 %).

En revanche, son positionnement en matière d'hospitalisation complète de chirurgie est beaucoup plus faible et stagne depuis 2011 (36 %), expliquant la faible part de l'activité de chirurgie dans son case- mix.

Ce constat est encore plus sévère s'agissant des hospitalisations de jour de chirurgie dont seulement 22,6 % sont réalisées au CHSM.

L'établissement est fortement concurrencé par la clinique de la côte d'Emeraude ainsi que par la polyclinique du pays de Rance qui réalisent respectivement 48,5 % et 10 % des actes de chirurgie ambulatoire du territoire. En matière d'hospitalisation complète de chirurgie, le CHSM doit à la fois faire face à l'offre privée assurée par la clinique de la Côte d'Emeraude (25,4 %) et le centre hospitalier privé de Saint Grégoire mais aussi à l'offre publique du CHRU de Rennes (11,7 %).

Cette concurrence explique son faible positionnement dans le domaine de la chirurgie orthopédique et son absence en matière d'ophtalmologie et de cancérologie urologique pour laquelle l'établissement a perdu son autorisation au profit de l'offre privée.

L'ordonnateur a indiqué que l'établissement, en partenariat avec le CHU de Rennes, développait des activités de chirurgie reconstructrice et bariatrique.

1.2.2.3. Le mode de prise en charge en MCO

L'analyse des RSA produits entre 2011 et 2015 met également en exergue une progression de l'hospitalisation de jour et de l'ambulatoire plus soutenue que l'hospitalisation complète. Tel est le cas de la chirurgie qui voit ses hospitalisations classiques diminuer (-1,1 %) au profit de l'ambulatoire (53,6 %).

		2011	2012	2013	2014	2015	Evol
Hospitalisation complète	Médecine	14 139	14 458	14 589	14 684	15 186	7,4%
	Chirurgie	3 794	3 743	3 760	3 793	3 751	-1,1%
	Obstétrique	1 704	1 749	1 709	1 679	1 679	-1,5%
Sous total		19 637	19 950	20 058	20 156	20 616	5,0%
Hospitalisation partielle et séances	Médecine	2 800	3 015	2 762	3 024	3 055	9,1%
	Chirurgie	1 185	1 389	1 415	1 694	1 820	53,6%
	Obstétrique	505	507	486	533	564	11,7%
Sous total		4 490	4 911	4 663	5 251	5 439	21,1%
Total		24 127	24 861	24 721	25 407	26 055	8,0%
Séances		7 093	7 648	8 452	9 153	10 082	42,1%
Total		31 220	32 509	33 173	34 560	36 137	15,7%

Source : Hospidiag

Le même constat peut être fait s'agissant de l'activité de médecine même si une augmentation capacitaire réalisée en 2013 et 2014 dans le secteur de la gériatrie et de la cardiologie explique que l'hospitalisation complète continue de progresser de 7,4 % sur la période.

La part de l'activité chirurgicale effectuée en ambulatoire a d'ailleurs fortement évolué entre 2011 et 2014 passant de 23,8 % à 30,87 %. Toutefois, cette progression correspond plus à un rattrapage qu'à une réelle performance, l'établissement restant en 2014 dans la moyenne de sa catégorie⁴.

Le taux des 18 gestes marqueurs devant être pris en ambulatoire, de 63,4 % en 2014, reste d'ailleurs lui aussi dans la moyenne des établissements de référence⁵.

L'établissement a indiqué disposer de marges de progression sur certaines spécialités comme par exemple l'orthopédie, mais souffre dans ses comparaisons de l'absence de certaines spécialités chirurgicales porteuses de ce type de prise en charge (ophtalmologie, urologie).

1.2.2.4. Les durées moyennes de séjours (DMS) et taux d'occupation en MCO

L'IPDMS⁶, qui mesure l'efficacité de la prise en charge du séjour au regard de la moyenne nationale, s'est nettement amélioré en médecine depuis 2011. En revanche, cet indicateur est moins favorable s'agissant de la chirurgie et de l'obstétrique.

<i>IP-DMS</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>Evol</i>	<i>Ref 2015 2^{ème} décile</i>	<i>Ref 2015 8^{ème} décile</i>
Médecine	1,017	0,982	0,981	0,942	-7,37%	0,943	1,128
Chirurgie	1,079	1,073	1,01	1,015	-5,93%	0,967	1,151
Obstétrique	1,045	1,018	1,028	1,021	-2,30%	0,924	1,053

Source :Hospidiag

L'établissement continue de mettre en œuvre des actions visant à diminuer la DMS notamment en prévoyant en chirurgie l'intervention d'un médecin gériatre afin d'offrir une prise en charge plus globale du patient. En obstétrique, le CHSM souhaite également s'engager dans la démarche PRADO de l'assurance maladie visant également à réduire les DMS pour cette spécialité.

Les taux d'occupation des services de MCO étaient de 84,78 % en 2014, les services de médecine ayant un taux élevé de 87,6 % et ceux de chirurgie de 77,84 %.

1.2.2.5. La productivité des blocs opératoires

Suite à une opération de restructuration achevée en 2011, le Centre hospitalier de Saint Malo dispose de 8 salles opératoires dont un bloc dédié aux urgences et un bloc obstétrical. Le précédent rapport de la chambre soulevait l'insuffisance de l'activité opératoire au regard du nombre de blocs existants et s'interrogeait de ce fait sur la pertinence de l'opération de restructuration de plus de 38 M€.

⁴ 2^{ème} décile (-performant) 14,47 %, 8^{ème} décile (+ performant) :42,43 %

⁵ Source Hospidiag : Pour 2014, CHSM : 63,41%, 8^{ème} décile de la catégorie : 77,33%

⁶ Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux. Il traduit les dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service, etc.).

Une étude de benchmark conduite sous l'égide de l'ANAP en 2012 et réactualisée en janvier 2016 met en exergue les insuffisances de la productivité du bloc opératoire de l'établissement et de ce fait son surdimensionnement.

	2011	2012	2016
Taux d'ouverture des blocs	48,4	44,8	51,4
Taux d'occupation	67,5	72,2	72,4
Taux de débordement	10,1	6	3,7

Source : CHSM

En effet, si le taux d'ouverture⁷ des blocs progresse depuis 2011 pour atteindre 51,4 % en 2016, ce niveau de performance reste bien en deçà de l'objectif cible de 85 % fixé par l'ANAP.

Il en est de même s'agissant des taux d'occupation⁸ qui bien, qu'en amélioration depuis 2011, demeurent également inférieurs aux objectifs cibles.

Ce déficit de performance se retrouve d'ailleurs dans la productivité exprimée en points ICR⁹ (indice de coût relatif) rapportés au nombre de salles opératoires.

Si le nombre de points ICR produits par salle a sensiblement progressé depuis 2011, les performances du CHSM restent encore éloignées des établissements les plus efficaces.

	2011	2014	Moyenne de référence 2ème décile	8ème décile
ICR d'anesthésie par anesthésiste	12 570	14 803	8 450	18 528
ICR par chirurgien	80 224	85 764	43 895	107 137
ICR par salle	179 134	225 897	158 903	310 555
Nbr d'ICR	1 236 906	1 349 539		

Source : Hospidiag

Une comparaison des performances des établissements du Grand Ouest (nombre d'actes chirurgicaux/chirurgiens hors obstétriciens) permet d'ailleurs de constater que la productivité du CHSM est parmi les plus faibles.

	Nbre de chirurgiens	Nbre d'actes	Actes/chirurgien
St brieuc	25,16	9116	362,3
Vannes	23,5	9597	408,4
St Malo	13,71	4234	308,8
Quimper	23,34	8996	385,4
Saint Nazaire	18,05	7726	428,0
Morlaix	10,58	3231	305,4
Centre Bretagne	10,7	3471	324,4
Laval	14,58	4340	297,7

Source : Hospidiag

⁷ Temps de vacation offert au chirurgien par rapport au temps conventionnel (54H par semaine et par salle)

⁸ Taux d'occupation : Rapport entre le temps des interventions se déroulant au sein d'une vacation et le temps de vacation offert.

⁹ L'ICR est une unité d'œuvre des actes médico-techniques indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles. Plus il est élevé, plus son utilisation est efficiente.

1.2.2.6. L'activité externe

L'activité de consultations et actes externes évolue favorablement (+13 %) sur la période, l'établissement ayant développé notamment ses explorations fonctionnelles (endoscopie..).

Consultations et actes	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Toutes activités (MCO, SSR, psy)	168 730	173 843	187 891	190 655	190 381	13%

Source : CHSM

1.2.3. Les autres domaines d'activité

Les autres secteurs de l'établissement connaissent des niveaux d'activité satisfaisants.

S'agissant des soins de suite et de rééducation, les taux d'occupation des lits ouverts demeurent élevés en 2014 (93,28 %), le taux de rotation des places étant lui également satisfaisant en 2015 (130 %).

L'activité de psychiatrie adulte progresse de 7,2 % entre 2011 et 2014, celle de la pédopsychiatrie de 2,1 %. Les taux d'occupation en psychiatrie sont importants et dépassent même les 100% pour le secteur 1 et 2.

L'activité ambulatoire de ce secteur a fortement progressé puisque le nombre d'actes réalisés a augmenté de 74% pour les adultes¹⁰ et de 10% pour les enfants¹¹ entre 2011 et 2014.

Enfin, les taux d'occupation en 2015 de l'EHPAD (98,8 %) et de l'USLD (98,2%) sont proches de 100 %.

1.3. LE PILOTAGE STRATEGIQUE

1.3.1. La communauté hospitalière de territoire

Les établissements de Saint Malo, Dinan et Cancale font partie depuis 2010 de la communauté hospitalière de territoire Rance-Emeraude (CHT).

Créées par la loi du 21 juillet 2009 « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST^o), ces communautés ont pour vocation de mettre en œuvre une stratégie commune et notamment d'élaborer un projet médical commun et de gérer à une échelle inter hospitalière des fonctions et des activités. Il s'agit par ailleurs de favoriser la coopération entre les établissements publics de santé en favorisant l'émergence de véritables filières de soins. La loi santé du 26 janvier 2016 est venue renforcer cette coopération en créant au 1er juillet 2016 les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et en prévoyant la mise en commun de compétences obligatoires comme par exemple le SIH.

La CHT Rance-Emeraude, dénuée de personnalité juridique, s'appuie sur un groupement de coopération sanitaire. Dans ce cadre, a été élaboré un projet médical de territoire en 2010, actualisé en 2012 pour la période 2012-2015.

Par convention du 23 juin 2009, les trois établissements se sont par ailleurs dotés d'une équipe de direction commune dont l'organigramme a été revu deux fois depuis cette date afin de mieux répondre aux problématiques de la CHT. L'organisation comprend une direction générale et des directions transversales (Travaux, achats, stratégie, communication, SIH, écoles), les CH de Dinan et de Saint Malo ayant un directeur de site et des directions fonctionnelles propres.

¹⁰ 2011 : 22 697, 2014 : 39 563 actes

¹¹ 2011 : 17 775, 2014 : 19 636 actes

L'article 4 de la convention de mise en place de la direction commune prévoyait un bilan concerté entre les trois établissements devant faire l'objet d'une présentation aux conseils d'administration de chaque établissement, devenu aujourd'hui conseil de surveillance. La lecture des relevés de décisions des réunions de 2013 à 2015 n'indique pas qu'une telle information ait été délivrée.

En revanche, un bilan du fonctionnement de la CHT a été présenté en mars 2015 à la commission de la CHT réunissant les présidents des conseils de surveillance des trois établissements, les présidents de CME et le directeur de la CHT.

Ce document fait le constat que nombreuses actions de coopération ont déjà été conduites à ce jour s'agissant notamment du partage de temps médical et de l'organisation de filières de soins efficaces.

Sur le plan stratégique, la CHT s'est dotée d'une feuille de route commune via le projet communautaire de territoire ayant favorisé une coordination des établissements.

Ainsi, la CHT a-t-elle permis d'harmoniser les contrats de pôle ainsi que l'information médico-économique transmise aux membres des directoires. Dans le domaine des ressources humaines, quelques actions ponctuelles ont été à ce jour réalisées portant notamment sur le dépôt de dossiers communs d'amélioration des conditions de travail, de mise en place d'une GPEC commune et d'une coordination en matière de formation entre le CHSM et le CH de Cancale.

Les avancées les plus importantes concernent le système d'information pour lequel un schéma directeur a été validé dès 2011.

En matière d'achats, une cellule d'achats commune a été mise en place ainsi qu'une commission consultative des marchés partagée entre le CH de Dinan et le CHSM.

Le bilan de la CHT décline néanmoins les limites de l'articulation actuelle des trois établissements qui demeurent trois entités juridiques propres.

Si la coordination des établissements est à ce jour une réalité, il n'en reste pas moins que le fonctionnement actuel souffre d'une lourdeur due à la redondance des instances de décision des trois établissements. Ainsi, continuent d'exister trois conseils de surveillance, trois commissions médicales d'établissement, trois comités techniques d'établissement et trois comités d'hygiène et de sécurité au travail différents dont la pertinence mérite d'être examinée.

La coopération médicale et les économies de fonctionnement attendues d'un meilleur partage du temps médical continuent également de reposer sur le bon vouloir des praticiens, juridiquement salariés d'un seul des trois établissements de la CHT.

1.3.2. Le projet d'établissement

Conformément à l'article L. 6143-2 du CSP, le Centre hospitalier de Saint Malo a élaboré en 2014 un projet d'établissement pour la période 2015-2018 faisant suite au précédent projet d'établissement achevé en 2013.

Ce document s'inscrit dans le cadre du projet médical communautaire élaboré en 2010 et mis à jour en 2012. Le projet retient cinq objectifs, les deux premiers portant sur la nature de l'offre médicale souhaitée, le troisième sur l'évolution de l'organisation de la structure pour y parvenir, le quatrième portant sur la qualité de l'offre de soins, et le cinquième concernant les ressources à mobiliser.

S'agissant de l'offre de soins, le projet d'établissement vise à conforter le CHSM en qualité d'établissement de référence sur son territoire. Le projet détaille notamment les activités médicales et surtout chirurgicales qu'il souhaite développer à l'avenir compte tenu des importants travaux de restructuration de son plateau technique réalisés en 2011.

L'établissement envisage également de modifier ses modes de prise en charge en privilégiant les hôpitaux de jour et de semaine.

Enfin, le projet évoque également les coopérations mises en place au sein de la CHT et celles devant être renforcées avec le CHU de Rennes.

Ce document appelle toutefois les remarques suivantes :

Le calendrier du projet d'établissement, couvrant la période 2015-2018 ne coïncide pas avec le projet communautaire achevé en 2015. La mise en place des GHT prévoit d'ailleurs la rédaction d'un projet médical de territoire devant être achevé en juillet 2017 dont les orientations risquent d'être en décalage avec le propre projet du Centre hospitalier de Saint Malo arrivant à son terme l'année suivante.

Par ailleurs, le projet d'établissement revêt un caractère très général, ne faisant l'objet d'aucunes données chiffrées et d'aucun calendrier de mise en œuvre ou de suivi.

Ainsi, l'orientation stratégique n°1, visant à conforter le CHSM dans sa mission d'établissement de référence du territoire 6, propose de nombreuses évolutions pour chaque spécialité médicale et chirurgicale sans pour autant préciser le niveau actuel d'activité et les objectifs que l'établissement souhaite se fixer. Si le projet fournit en propos introductif quelques données d'activité, celles-ci demeurent trop générales.

Il en est de même s'agissant de l'orientation stratégique n°3 visant à développer les modes alternatifs à l'hospitalisation qui là encore ne fournit aucune information sur les performances actuelles et attendues de l'établissement.

Enfin, le projet ne précise pas les modalités de suivi de ces actions via un éventuel comité de pilotage et de suivi.

1.3.3. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le CHSM dispose d'un CPOM couvrant la période 2012 à 2017 signé en juillet 2013 dont les annexes 1 à 7 portant sur les objectifs d'activités n'ont été arrêtées qu'en janvier 2014.

1.3.4. Le contrat de retour à l'équilibre

Malgré la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre entre 2008 et 2010, la situation financière de l'établissement fin 2010 demeurait fragile.

La passation en octobre 2011 d'un avenant au CPOM pour la période 2011 à 2013 devait permettre de rétablir l'équilibre du budget principal fin 2013 au moyen de douze mesures.

Ces dernières visaient principalement à faire progresser l'activité augmentant les capacités de l'établissement en gériatrie et pneumologie et en élargissant le recrutement en chirurgie. L'établissement prévoyait également des mesures d'économie de fonctionnement passant par une révision de l'organisation du temps de travail ou des remplacements.

L'intégralité de ces mesures a été mise en œuvre par l'établissement dans le respect du calendrier prévisionnel, certaines d'entre elles ayant même été depuis corrigées afin de gagner en efficacité. D'une manière générale, l'établissement s'est montré très réactif sur la période examinée et a su modifier rapidement ses modes de prise en charge.

Le bilan financier de l'avenant est toutefois mitigé puisque ce dernier n'a pas permis un retour à l'équilibre du budget principal comme escompté initialement. Les charges de fonctionnement ont progressé dans l'ensemble de 7,7 % entre 2011 et 2013 contre une prévision initiale de 4,6 %. Ainsi, les dépenses de personnel ont été deux fois supérieures aux prévisions du contrat de retour à l'équilibre, les dépenses de titre 3 évoluant de 15,21 % sur la période alors même que le plan prévoyait une stabilité des charges.

A l'inverse, les produits réellement constatés ont connu une progression plus favorable (8 %) que la prévision (6,4 %) même si les recettes liées à l'activité restent en deçà des attentes.

Au final, l'exercice 2013 clôture avec un déficit de 1,076 M € quand le CPOM prévoyait un excédent de 300 000 €.

En décembre 2015, un nouveau train de mesures a été adopté via la signature avec l'ARS d'un plan d'amélioration des performances portant sur la période 2014-2016.

Ce plan inclut toutefois des mesures déjà mises en place dès 2014 et dont l'essentiel de l'impact financier n'est plus à venir. Tel est le cas de réorganisations capacitaires en chirurgie (hospitalisation complète) et médecine (hôpital de semaine) ainsi que la réduction du temps de travail journalier, effectifs depuis le 1er janvier 2014.

De même, les produits issus des cessions patrimoniales, estimées de 0,5 M€ à 0,7 M€ par an pendant trois ans, ne constituent pas des recettes pérennes.

Les autres mesures portent à la fois sur des réorganisations capacitaires, des économies de dépenses de personnel, une meilleure valorisation de l'activité médicale ainsi que des économies sur les achats.

Le plan d'amélioration de la performance prévoit un déficit de 0,783 M€ en 2016 et un résultat net équilibré en 2017 (31 450 €).

L'examen de l'EPRD 2016 transmis à l'ARS en mars 2016 modifie déjà ces données en prévoyant un déficit du budget principal de 1,18 M€ et le retour à l'équilibre en 2019.

1.3.5. Le pilotage médico-économique

Le pilotage médico-économique conduit par la direction des finances en lien avec le DIM est satisfaisant.

Un travail de fiabilisation du codage de l'activité réalisé en 2013 a permis de générer des recettes supplémentaires sur les exercices 2011 et 2012 et de mieux valoriser la production médicale.

L'établissement dispose d'une cellule d'analyse de gestion rattachée à la direction des finances. L'établissement a mis en place une comptabilité analytique et produit chaque année des comptes de résultats analytique (CREA).

L'ensemble des services est destinataire chaque mois d'un bilan des statistiques administratives faisant état de l'évolution des entrées, des journées, des DMS et des taux d'occupation. Parallèlement, le directoire bénéficie d'une information plus complète faisant mention, outre des données d'activité, d'une situation sur les dépenses, les recettes ainsi que l'évolution des effectifs. Ces tableaux ont été harmonisés à l'échelle de la CHT en 2015.

Les directions fonctionnelles sont destinataires d'informations mensuelles plus ciblées les concernant comme par exemple des tableaux de bord des achats.

Enfin, les neuf pôles de l'établissement bénéficient chaque quadrimestre d'une information sur l'activité, les dépenses et les recettes les concernant. Ces documents s'accompagnent de rencontres entre la direction, le contrôleur de gestion référent du pôle, et le pôle (chef de pôle, cadre de pôle, assistant de gestion). Lors du bilan complet de l'année N-1, est ajoutée une évaluation des objectifs inscrits dans le contrat de pôle à partir des indicateurs identifiés.

Une politique de contractualisation est mise en œuvre depuis 2010. Les contrats de pôles précisent les objectifs annuels en matière d'activité, de performance médico-économique, de qualité de la prise en charge et font mention également d'indicateurs sociaux. Ces contrats font l'objet d'un suivi trimestriel de la part de la direction des finances et du DIM. L'établissement a mis en place un intéressement de l'ordre de 100 000 € par an pouvant se traduire par des achats de petits équipements ou des formations complémentaires.

Le départ du médecin DIM à la fin de 2016 risque de fragiliser les efforts accomplis en matière de valorisation de l'activité et doit faire l'objet d'une attention particulière de la part de la direction de l'établissement.

1.3.6. Les liens avec les tiers

S'agissant des liens entre l'AUB, association à but non lucratif chargé de prendre en charge les dialysés, et le Centre hospitalier de St Malo, la chambre avait relevé l'existence de nombreuses conventions dont le suivi n'était pas assuré de manière satisfaisante. La chambre avait recommandé la signature d'une convention cadre unique régissant l'ensemble des relations entre les deux partenaires. Si dans les faits, le CHSM et l'AUB ont bien passé une convention en 2013 concernant l'exploitation par l'association d'un poste de dialyse au sein du Centre hospitalier de St Malo, les autres prestations réciproques (fourniture de repas, mise à disposition de temps de personnel), ne sont toujours pas clarifiées au sein d'un document unique.

2. LA GESTION BUDGETAIRE ET FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

2.1. PRESENTATION

Le Centre hospitalier de Saint Malo comptait au 31 décembre 2015 un budget principal et quatre budgets annexes (EHPAD, USLD, IFSI, CSAPA (P2)). L'établissement gérait jusqu'au 31 décembre 2013 un foyer occupationnel les « quatre pavillons » transféré à l'ADPAPEI au 1^{er} janvier 2014.

Le budget principal représente à lui seul 89 % des produits consolidés de l'établissement en 2015.

2.2. LA FIABILITE DES COMPTES

2.2.1. La certification des comptes

L'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » a inscrit à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique le principe de la certification des comptes des établissements publics de santé.

Dans le cadre de l'offre de service de la DRFiP, un audit partenarial ordonnateur / comptable est planifié sur les thèmes des immobilisations, des provisions et de la paie sur la fin du premier semestre 2016.

L'établissement a débuté un important travail de fiabilisation de ses comptes, portant notamment sur l'amélioration de la tenue de l'inventaire. Le suivi informatisé (GMAO) des matériels biomédicaux et informatiques concernera prochainement les autres matériels et mobiliers de l'établissement.

Les écritures de rattachement de produits et de charges sont réalisées régulièrement. Par ailleurs, l'établissement ne comptabilise pas de reports de charges.

2.2.2. Le suivi des immobilisations et des amortissements

Comme le montrent les tableaux suivants, les écritures de transfert d'immobilisations du compte 23 vers le compte 21 sont effectuées de manière régulière et cohérente.

Les travaux importants en cours au 31 décembre 2012 ont été transférés l'exercice suivant, une fois achevés, au compte 21.

2.3. L'EXECUTION BUDGETAIRE

Les prévisions de dépenses du budget principal sont sous estimées. L'écart entre la prévision et la réalisation en 2012 et 2014 représentant respectivement 4,7 M€ et 5,1 M€. Ces écarts concernent essentiellement les charges de personnel (Titre 1) et les charges à caractère médical (titre 2). Bien que ces écarts, portant sur des valeurs de stocks et de rétrocessions de médicaments soient financièrement neutres, l'établissement aurait dû procéder à une décision modificative compte tenu des volumes concernés.

Les recettes du budget général sont également sous estimées dans les mêmes proportions.

Le même constat peut être fait s'agissant du budget annexe de l'EHPAD dont les dépenses, en 2012 et 2013 notamment, dépassent de plus de 10 % les prévisions initiales.

S'agissant du tableau de financement, les prévisions budgétaires sont satisfaisantes entre 2012 et 2014, les dépenses ayant été réalisées en moyenne à 105 % et les recettes à 92 %. Le tableau de financement n'a pas fait l'objet d'annulations de crédits durant la période examinée. Par ailleurs, les emprunts prévisionnels sont effectivement levés pour les sommes initialement prévues.

L'année 2015 est toutefois marquée par un écart important entre la prévision initiale et la réalisation compte tenu d'une opération de refinancement, opérée fin 2015, n'ayant pas fait l'objet d'une décision modificative.

2.4. L'ANALYSE FINANCIERE

2.4.1. La situation financière consolidée

La situation financière consolidée de l'établissement est déséquilibrée sur l'ensemble de la période. Les deux budgets les plus importants (budget principal et budget de l'EHPAD) sont déficitaires depuis 2011.

	2011	2012	2013	2014	2015
Budget H	- 1 265 658	- 903 064	- 1 076 137	- 914 712	- 390 413
Budget E	- 635 589	- 528 327	- 1 094 505	- 588 824	- 408 301
Budget B	312 817	77 358	- 33 079	153 179	37 928
Budget C	61 709	52 717	13 039	3 723	457
Budget P	188 490	409 432	- 198 362	- 18 588	13 844
Total	- 1 338 230	- 891 884	- 2 389 044	- 1 365 221	- 746 486

Source : Comptes financiers

2.4.2. La situation du budget principal

Le budget principal est déficitaire sur l'ensemble de la période, le déficit comptable moyen s'établissant à -821 000 € entre 2012 et 2015

	2012	2013	2014	2015
Résultat comptable	- 903 064	- 1 076 137	- 914 712	-390 413,47
C/675	10 452	7 966	269 716	73874,98
C/775	3 250	7 141	507 258	738849,23
Sous total	- 895 862	- 1 075 312	- 1 152 254	- 1 055 388
Dotation CRE	866 000	900 000	800 000	869000
Résultat	- 1 761 862	- 1 975 312	- 1 952 254	- 1 924 388

Toutefois, ce résultat doit faire l'objet d'un retraitement afin de déterminer le résultat de gestion propre à chaque exercice. Pour ce faire, les aides exceptionnelles de l'ARS versées au titre du contrat de retour à l'équilibre ont été décomptées. Ce calcul ne tient pas compte des autres versements exceptionnels de l'ARS ainsi que des insuffisances de provisions au titre des admissions en non-valeur et des CET.

Les aides annuelles de l'ARS concernant le contrat de retour à l'équilibre représentent une aide moyenne annuelle de 0,860 M€ permettant au budget principal de dégager un taux de marge brut de 6,73 % en 2015.

Le retraitement intègre également les recettes exceptionnelles enregistrées en 2012 et 2013 au titre du recodage des années antérieures et modifiant substantiellement les résultats comptables de l'année.

Ces retraitements a minima montrent que le déficit structurel de l'établissement est supérieur au niveau affiché et s'élève en réalité à -1,9 M€ en 2015. Hors aides de l'ARS, le taux de marge brut n'est d'ailleurs plus que de 4,96 %, l'EPRD 2016 prévoyant même un taux en baisse de 4,32 %.

2.4.2.1. L'évolution des recettes

Les produits du budget principal évoluent de 17,5 % entre 2011 et 2015 soit une croissance moyenne annuelle de 4,1 %, rythme légèrement supérieur à celui des dépenses (3,9 %).

Hors dépenses de médicaments en sus, de DMI et des rétrocessions, la croissance moyenne des recettes est de 3,4 % par an contre 3,2 % pour les dépenses.

Budget principal	2011	2012	2013	2014	2015	Evol
T1:Produits versés par l'AM	99 077 749	102 397 839	104 794 143	107 934 506	115 526 408	16,6%
T2:Autres produits de l'activité hospitalière	12 496 251	12 701 719	13 093 718	13 384 156	13 819 956	10,6%
T3:Autres produits de l'activité hospitalière	16 178 778	17 786 232	20 028 267	24 724 081	20 699 734	27,9%
Total des produits	127 752 778	132 885 790	137 916 128	146 042 744	150 046 098	17,5%
Résultats	-1 265 658	-903 064	-1 076 137	-914 712	-390 413	69,2%

Source : *Compte de gestion*

Les recettes liées à l'activité d'hospitalisation évoluent de 15,6 % soit à un rythme identique à celui des séjours et séances sur la période (+15 %).

S'agissant des financements par forfait, la progression des recettes est plus faible. La dotation annuelle de financement (DAF) concernant les soins de suite et réadaptation et la psychiatrie n'évoluent ainsi que de 8,6 %. Les forfaits annuels urgences et prélèvement sont quant à eux restés stables sur la période à l'exception de l'année 2013. Ces financements représentaient 20 % des recettes de titre 1 en 2015.

L'évolution des recettes de Titre 1 a été fortement marquée par le transfert d'une grande partie des crédits MIGAC au titre 3 « Fonds d'intervention régional » en 2012 puis l'imputation de ces recettes à nouveau au titre 1 au compte ad hoc 7471 à partir de 2015.

Ces financements diminuent fortement (-21 %) du fait du basculement d'une partie des dotations en fonds d'intervention régionale désormais comptabilisés en titre 3. Tel est le cas notamment des crédits d'aide à la contractualisation (AC) ainsi que des financements de la permanence des soins, des équipes mobiles de soins palliatifs, d'addictologie, de gériatrie, des consultations mémoires de centre de coordination des soins en cancérologie, du CDAG et des actions d'éducation thérapeutiques.

Les produits à la charge des assurés ou de leurs mutuelles (Titre 2) évoluent de 10,6 % soit 2,5 % en moyenne par an. S'agissant des recettes liées aux hospitalisations, leur progression s'explique uniquement par l'effet volume, l'établissement ayant connu une stabilité de ses tarifs depuis 2011 puis une baisse significative depuis 2014.

Enfin, le Titre 3 « autres produits » voit ses masses financières fortement augmenter entre 2011 et 2015 sous l'effet notamment des transferts de crédits MIGAC au fonds d'intervention régionale (Subventions) et du doublement des recettes liées aux rétrocessions. Les recettes liées aux prestations de service (C/70) doublent également sur la période sous l'effet de remboursements de personnels mis à disposition de la CHT ou du foyer d'hébergement « les quatre pavillons ».

2.4.2.2. L'évolution des dépenses

Les dépenses du budget principal ont progressé de 16,6 % entre 2011 et 2015.

Budget principal	2011	2012	2013	2014	2015	Evol
T1: Charges de personnel	87 373 936	89 727 853	93 510 225	97 365 260	98 457 853	12,7%
T2: Charges à caractère médical	18 528 163	20 096 216	20 553 125	23 832 404	25 682 907	38,6%
T3: Charges à caractère hôtelier et général	11 577 268	12 270 702	13 340 990	13 004 097	13 435 360	16,0%
T4: Charges d'amortissement et financières	11 539 068	11 694 084	11 587 925	12 755 695	12 860 392	11,5%
Total des charges	129 018 435	133 788 855	138 992 265	146 957 456	150 436 511	16,6%

Source : *Compte de gestion*

Les charges de personnel évoluent sensiblement (12,7 %) sur la période (12,6% hors remboursements de frais de personnels) représentant une hausse moyenne annuelle de 3 %. Une partie de cette hausse est liée à l'extension capacitaire opérée en 2013 et 2014.

Les charges à caractère médical également évoluent fortement en 5 ans (38 %), le poste d'achats de médicaments progressant à lui seul de près de 50 %. Cette hausse s'explique principalement par la hausse des volumes de rétrocessions de médicaments, de molécules onéreuses, sous l'effet de traitements innovants et coûteux et de l'augmentation des chimiothérapies réalisées par l'établissement (hépatite C, anti-cancéreux...). Hors rétrocessions et molécules onéreuses qui font l'objet d'une contrepartie en recettes, les achats de médicament du centre hospitalier progressent de 17 % en quatre ans.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) évoluent de 16 % (3,8 % en moyenne par an), la plus forte augmentation concernant les services extérieurs (27,4 %) et portant sur des prestations de sécurité incendie ainsi que des mesures nouvelles telles que les réservations de places de crèches.

Les charges de titre 4 (amortissements et frais financiers) progressent de 11,5 %, les frais financiers ayant augmenté de 18 % compte tenu du niveau d'endettement croissant de l'établissement. L'année 2015 enregistre une charge d'amortissement exceptionnelle de 353 000 € liée à une régularisation des frais d'études concernant le pôle mère enfant.

De même, l'achèvement d'une tranche importante de travaux débutée depuis 2007 explique également l'augmentation des dépenses d'amortissement (+41 %).

2.4.2.3. L'analyse financière issue des CREA 2014

L'examen des comptes de résultats analytiques de 2014 indique que trois pôles présentent des déficits de fonctionnement. Outre le pôle urgences qui affiche un résultat hors charges de structure de -0,8M €, le pôle mère enfant présente un déficit hors charges de structure de -1,5M €, porté à -2,1 M € en intégrant les charges de structure du fait notamment des frais de reconstruction du site en 2008.

Le même constat peut être fait s'agissant du pôle chirurgie qui verrait ses coûts et ses recettes directes s'équilibrer mais qui subit pleinement dans ses charges de structures le surdimensionnement de son plateau technique.

	Hors charges de structures	Charges de structures incluses
Pôle ANP	- 813 333	- 1 709 492
Pôle pasteur	2 645 071	1 630 945
Gériatrie et SSR	3 188 702	2 559 203
Cardio-vasculaire	799 684	- 287 139
Chirurgie	- 27 984	- 581 049
PFME	- 1 563 671	- 2 132 023
Psychiatrie adulte	1 027 263	361 308
Pédo-psychiatrie	- 63 995	- 338 873

Sources : CHSM

2.4.2.4. La situation financière des budgets annexes

La situation financière de l'EHPAD est déséquilibrée sur l'ensemble de la période, le déficit le plus important ayant été constaté en 2013.

Budget EHPAD	2011	2012	2013	2014	2015	Evol
T1:Charges de personnel	7 513 320	8 070 176	8 260 506	8 043 735	8 031 390	6,9%
T2:Charges à caractère médical	345 469	377 156	378 189	319 417	306 206	-11,4%
T3:Charges à caractère hôtelier et général	2 657 946	2 585 086	2 590 623	2 600 586	2 629 541	-1,1%
T4:Charges d'amortissement et financières	544 861	637 555	1 037 290	1 027 376	990 713	81,8%
Total des charges	11 061 596	11 669 974	12 266 607	11 991 114	11 957 850	8,1%
T1:Produits afférents aux soins	3 932 668	4 359 344	4 045 213	4 084 815	4 104 000	4,4%
T2:Produits afférents à la dépendance	1 616 872	1 734 420	1 686 909	1 755 583	1 744 743	7,9%
T3:Produits afférents à l'hébergement	4 764 823	4 864 176	4 980 776	5 138 674	5 254 248	10,3%
Autres produits	111 644	183 708	459 205	423 218	446 557	300,0%
Total des produits	10 426 007	11 141 647	11 172 102	11 402 290	11 549 549	10,8%
Résultats	-635 589	-528 327	-1 094 505	-588 824	-408 301	-35,8%

Source : Comptes financiers

Ce déficit est imputable à la section soins, les autres sections dépendance et hébergement ayant renoué avec les excédents en 2015.

Après une forte augmentation de ses dépenses de personnel entre 2011 et 2013 (10 %), l'établissement a réduit ses dépenses de personnel et charges à caractère médical pesant sur la section soins permettant de diminuer le déficit de la section, ce dernier représentant toutefois 13 % de la dotation soins en 2015.

L'établissement a procédé en 2015 à une nouvelle coupe Pathos faisant ressortir une sous dotation de la section soins de 700 000 €. Cette dernière devrait être réévaluée en 2016. Ce financement complémentaire doit permettre d'apurer en priorité le report à nouveau déficitaire de la section soins s'élevant fin 2015 à 3 M€.

S'agissant des autres sections, la reconstruction du site de La Haize explique la progression des charges d'amortissement et de frais financiers sur la période. La section hébergement bénéficie de recettes nouvelles provenant de la réévaluation tarifaire et d'un amortissement d'une subvention du conseil général à partir de 2013.

Les autres budgets annexes n'appellent pas d'observations.

2.4.3. La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement brute progresse de 30 % entre 2011 et 2015 et représente 5,46 % des produits de gestion consolidés plaçant l'établissement au-dessus de la médiane (4,70¹²).

	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL DES CHARGES	147 884 647	153 345 114	160 679 976	165 715 629	169 348 534
675 - Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	9 704	10 452	630 375	269 716	73 875
68 - Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	10 432 346	10 338 706	10 450 344	11 282 096	11 577 569
SOUS-TOTAL 1	137 442 597	142 995 955	149 599 257	154 163 816	157 697 090
TOTAL DES PRODUITS	146 546 417	152 453 231	158 290 932	164 350 407	168 602 048
775 - Produits des cessions d'éléments d'actifs	10 170	3 250	629 549	507 258	738 949
777 - Quote-part des subventions virée au résultat	12 545	2 250	46 520	50 760	49 704
78 - Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	2 455 642	1 913 094	1 338 360	2 083 480	1 371 300
SOUS-TOTAL 2	144 068 059	150 534 637	156 276 503	161 708 909	166 442 095
CAF BRUTE	6 625 463	7 538 682	6 677 245	7 545 093	8 745 005
CAF NETTE	3 212 547	3 919 373	2 917 989	2 674 492	4 358 908

Source : Comptes financiers

La CAF nette¹³, en baisse de 16 % entre 2011 et 2014, retrouve en 2015 un niveau supérieur au début de période et représente près de 50 % de la CAF brute, plaçant l'établissement dans la moyenne de référence.¹⁴

2.4.4. Le tableau de financement et le plan global de financement pluriannuel

Le Centre hospitalier de Saint Malo a réalisé pour près de 66 M€ de dépenses d'équipements et de travaux entre 2011 et 2015, soit une moyenne annuelle de 13,1 M€. Le tableau de financement a été corrigé d'une opération de refinancement d'un emprunt réalisé en 2015 pour un montant de 9,3 M€.

¹²Source : DGFIP

¹³ Corrigée d'une opération de refinancement de 9,3 M € réalisée en 2015

¹⁴ Source : Hospidiag : établissements les plus performants en 2014 : 68,7%

Intitulés		2011	2012	2013	2014	2015
Capacité d'autofinancement (CAF)		6 625 463	7 538 682	6 677 245	7 545 093	8 745 005
Titre 1 :	Emprunts	13 134 677	16 348 278	13 500 726	10 498 676	5 001 245
Titre 2 :	Dotations et subventions		1 549 400	0	142 879	8 314
Titre 3 :	Autres ressources	10 170	3 250	3 712 699	548 635	739 103
TOTAL DES RESSOURCES (A)		19 770 310	25 439 610	23 890 670	18 735 282	14 493 667
Insuffisance d'autofinancement (IAF)						
Titre 1	Remboursement des dettes financières	5 547 369	3 619 309	3 759 256	4 870 600	4 386 096
Titre 2 :	Immobilisations	14 146 122	20 616 147	13 978 962	9 836 153	7 325 401
Titre 3 :	Autres emplois		712	1 540 745	18 468	1 800
TOTAL DES EMPLOIS (B)		19 693 491	24 236 168	19 278 963	14 725 221	11 713 297
Apport ou prélèvement sur fonds de roulement		76 820	1 203 442	4 611 707	4 010 061	2 780 369

Source : Comptes financiers

Au cours de la période, l'établissement a achevé une importante phase de travaux débutée en 2007 et qui visait notamment à restructurer le plateau technique et le pôle mère enfant ainsi qu'à créer un nouveau service de gériatrie de 26 lits. L'ensemble de ces opérations a représenté une dépense de 42,8 M€.

D'autres opérations engagées entre 2011 et 2015 ont porté sur la création d'un hôpital de semaine de chirurgie, la réhabilitation d'un service de gériatrie ainsi que la construction de l'EHPAD de La Haize, cette dernière ayant représenté une dépense de 12 M€ entre 2011 et 2014.

En marge de ces opérations de travaux, le CHSM a maintenu un niveau d'investissement élevé en matière de système d'information (5,8 M€ en 5 ans) et de mise aux normes des installations (Téléphonie, incendie) pour un montant cumulé de 8,6 M€. Le renouvellement des équipements biomédicaux et hôteliers, élevé en début de période, diminue sur les exercices 2014 et 2015.

Compte tenu de ce programme d'investissement, le taux de vétusté des bâtiments est relativement faible (46 % en 2014) et proche de la moyenne des établissements les plus performants (2ème décile : 36,7, 8ème décile : 61,1 % en 2014).

S'agissant des équipements, le taux de vétusté (78 % en 2014 et 80,3 en 2015) se situe dans la moyenne des établissements de référence (pour 2014: 2ème décile : 73,3 : 8ème décile : 86) et s'améliore depuis 2011 (84,7).

Le tableau de financement de l'EPRD 2016 prévoit une dépense d'immobilisation de 6,1 M€ concernant notamment des travaux de mises aux normes (1,4 M€) et un effort élevé en matière de SIH (785 k€) compte tenu du projet de déploiement du dossier patient communautaire.

2.4.5. Le financement des investissements

Les dépenses d'investissement, de 65,9 M€ entre 2011 et 2015, ont été financées par la levée d'emprunts d'un montant total de 56,3 M€¹⁵ soit un taux d'autofinancement de seulement 15 %.

Ce recours à l'emprunt explique par ailleurs la forte progression des remboursements de la dette, qui, hors opérations de refinancement, augmentent de 28 % entre 2011 et 2015.

¹⁵ Niveau d'emprunt réel, hors refinancements.

Pour la période 2016/2020 (PGFP 2016), le Centre hospitalier de Saint Malo envisage d'investir pour un montant total de 37,6 M€ dont 16,1 M€ au titre de la reconstruction de l'unité d'hospitalisation psychiatrique adulte et 5,4 M€ pour le système d'information hospitalier. S'agissant de la psychiatrie, l'établissement bénéficie d'une aide annuelle de 713 000 € faisant l'objet d'un provisionnement.

L'établissement indique dans son rapport de présentation de l'EPRD 2016 avoir revu à la baisse ses prévisions d'investissements compte tenu des difficultés financières structurelles.

Le CHSM maintient toutefois son effort de renouvellement des équipements courants et biomédicaux d'un montant total de 5,8 M€ sur 5 ans.

Le financement de ces opérations doit être assuré par la levée d'un emprunt de 25 M€ soit 66 % des dépenses d'immobilisation prévisionnelles. L'autofinancement de l'établissement, outre la CAF dérogée chaque année, table sur une recette de cessions d'actifs de 0,5 M€ en 2016.

L'équilibre du PGFP dépend de la réussite des mesures de redressement négociée avec l'ARS fin 2015.

En effet, le maintien d'une capacité d'autofinancement suffisante pour faire face au niveau d'investissement voté reste conditionné par un retour à l'équilibre du budget principal à l'horizon 2019.

Pour ce faire, l'établissement devra limiter la croissance des charges du budget général à 2,7 % entre 2016 et 2020, les dépenses de personnel ne devant pas croître de plus de 2,9 % durant les 5 prochaines années.

Il s'agit d'un réel effort de maîtrise des charges puisque les dépenses ont progressé entre 2011 et 2015 de 16,6 %, les seules dépenses de personnel ayant augmenté de 12,7 % sur la même période. La PGFP inclut également le versement des aides financières annuelles de la part de l'ARS (713 000 €) hors contrat de retour à l'équilibre lui permettant de maintenir un taux de marge brute proche de 5,7 % sur la période 2016/2020.

L'ordonnateur a précisé que l'évolution des charges de personnel, soutenue entre 2011 et 2015, correspondait à des extensions capacitaires qu'il n'est pas prévu de réitérer à l'avenir.

L'impact de l'ouverture de ces nouvelles unités d'hospitalisation doit néanmoins être relativisé compte tenu de la faible progression des effectifs précédemment évoquée.

Les hypothèses retenues doivent permettre de dégager une capacité d'autofinancement brute couvrant le remboursement en capital des emprunts pour toute la période.

2.4.6. Le bilan et la trésorerie

Le fonds de roulement net global a plus que doublé sur la période principalement sous l'effet de la progression de la dette de l'établissement représentant 49,48 jours de charges courantes fin 2015 soit un niveau au-dessus de la médiane (43,77).

Le besoin en fonds de roulement est couvert par le fonds de roulement de l'établissement sur l'ensemble de la période, permettant à l'établissement de dégager une trésorerie nette positive 9,1 M€. Le besoin en fonds de roulement représentait 27,64 jours de charges courantes en 2015, soit un niveau en deçà de la médiane (35,87).

2.4.7. L'encours de la dette

L'encours de la dette a augmenté de 62,7 % en cinq ans passant de 45 M€ à 74,4 M€. Ce niveau d'endettement représente près de 9 années d'autofinancement en 2015 contre moins de 7 en 2011.

Le taux d'indépendance financière du CHSM, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 65,3 % en 2014 et 66,3 % en 2015. Ce taux s'est dégradé depuis 2011 (48,3) et correspond désormais à la part des établissements de la même catégorie les plus dépendants (2014 :8ème décile 66,5¹⁶). Compte tenu du niveau d'investissements projeté et du volume des emprunts à venir, ce taux d'indépendance financière devrait se dégrader pour atteindre 73,15 % en 2020.

L'encours de dette rapporté au total des produits de l'exercice est de 45,3 % (46,1 % en 2014).

Ces deux derniers ratios conduisent au maintien, pour l'établissement, de l'obligation d'autorisation préalable de l'ARS pour tout recours à l'emprunt.

La durée apparente de la dette est passée de 5,5 années en 2011 à 9,8 années en 2014 et 8,5 en 2015 plaçant l'établissement dans la moyenne de référence.

Le stock de dette était composé fin 2015 d'emprunts à taux fixes pour 65 %, à taux variables pour 22 % et à taux composés pour 11%. Aucun prêt ne présentait de risque au sens de la charte Gissler (99,5 % en A1).

3. LES RESSOURCES HUMAINES

3.1. PRESENTATION DU SERVICE

La gestion des ressources humaines est scindée entre une direction des personnels non médicaux et une direction des affaires médicales.

La direction des personnels non médicaux est placée sous la responsabilité d'un directeur adjoint et de deux attachés. Le service compte seize agents. La direction des affaires médicale est placée sous la responsabilité directe du directeur de site.

A partir de mi 2016, les ressources humaines des trois établissements de la GHT seront coordonnées par le directeur des ressources humaines du Centre hospitalier de Saint Malo.

Cette démarche de coordination avait déjà été initiée dès 2011 s'agissant de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Une cartographie des métiers des trois établissements a été réalisée en 2013 sur la base du référentiel des métiers de la fonction publique hospitalière. L'établissement s'est par ailleurs doté d'un logiciel « Gest form GPMC » pour la conduite des entretiens professionnels. Des fiches de postes ont été élaborées. Cette démarche monte progressivement en charge puisqu' en 2015, 109 entretiens d'évaluation avaient été réalisés sur cette forme.

Par ailleurs, si les trois établissements, en l'absence de fusion, continuent d'élaborer leur propre plan de formation, les actions mises en place sont élaborées à l'échelle du groupement hospitalier.

¹⁶ Source : Hospidiag

3.2. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE

3.2.1. Les effectifs

Les effectifs totaux du Centre hospitalier de Saint Malo ont progressé de 1,70 % entre 2011 et 2015 représentant une hausse globale de 35 ETP. Hors internes, cette progression n'est que 1,3 % sur la même période et représente 28 ETP supplémentaires dont 8 médicaux et 20 non médicaux.

Effectifs en ETP	2011	2012	2013*	2014	2015	Evol
Personnel médical	180,83	186,68	189,92	196,98	196,63	8,74%
<i>Dont emplois permanents</i>	<i>109,71</i>	<i>111,49</i>	<i>116,49</i>	<i>122,6</i>	<i>124,1</i>	<i>13,12%</i>
<i>Dont non permanents et internes</i>	<i>71,12</i>	<i>75,19</i>	<i>73,43</i>	<i>74,38</i>	<i>72,53</i>	<i>1,98%</i>
Personnel non médical						
Titulaires et stagiaires	1551,59	1591,01	1619,06	1649,63	1657,96	6,86%
CDI	27,89	31,69	33,43	32,98	29,7	6,49%
CDD	309,7	297,93	284,45	258,39	216,61	-30,06%
Autres (CAE...)	29,7	31,68	35,73	35,07	34,58	16,43%
Sous total personnel non médical	1 918,88	1 952,31	1 972,67	1 976,07	1 938,85	1,04%
Total des personnels	2 099,71	2 138,99	2 162,59	2 173,05	2 135,48	1,70%

*inclus, les effectifs du foyer de vie transférés à l'ADAPEI mais continuant d'être rémunérés par le CHSM (23,32 ETP non médicaux).

Ce sont les effectifs médicaux qui ont connu la plus grande dynamique (8 %) sur la période. Cette hausse concerne les emplois permanents en hausse de 13,1 % soit plus de 14 ETP, les emplois non permanents ayant fortement reculé dans le même intervalle.

Si les effectifs des personnels non médicaux ont dans l'ensemble faiblement progressé depuis 2011 (+1 %), la période a été avant tout marquée par une diminution du nombre de personnels en contrat à durée déterminée (-30 %) au profit des personnels permanents (titulaires et CDI).

En effet, le regroupement des activités de cardiologie et pneumologie au sein d'un hôpital de semaine commun, la réorganisation capacitaire en chirurgie ainsi que la maîtrise des effectifs de remplacement ont permis de diminuer sensiblement les effectifs de personnels non permanents de l'établissement à partir de 2015.

Les effectifs du seul budget principal progressent de 2,75 % entre 2011 et 2015, les effectifs médicaux évoluant de 8,1 %, les personnels non médicaux de 2,17 %.

3.2.2. L'évolution de la masse salariale consolidée

Le titre 1 consolidé « charges de personnel » progresse de 12,4 % entre 2011 et 2015, soit une hausse moyenne annuelle de 3 %.

La rémunération brute des personnels médicaux et non médicaux tous budgets confondus progresse de 9,7 % entre 2011 et 2015 soit une hausse moyenne annuelle de 2,4 %.

Rémunérations	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution
Personnel médical	12 715 608	12 963 242	13 664 534	14 074 555	14 544 111	14,4%
<i>Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel</i>	7 928 544	8 013 277	8 593 787	8 854 962	9 163 233	15,6%
<i>Praticiens contractuels renouvelables de droit</i>	265 863	332 256	463 253	528 111	412 945	55,3%
<i>Praticiens contractuels sans renouvellement de droit</i>	1 871 753	1 938 869	1 876 255	1 780 703	1 670 120	-10,8%
<i>Autres personnels</i>	1 015 199	1 089 073	1 127 916	1 317 006	1 474 006	45,2%
<i>Permanence des soins</i>	1 634 249	1 589 768	1 603 323	1 593 773	1 823 808	11,6%
Personnel non médical	52 414 926	53 994 515	55 140 900	56 610 659	56 929 282	8,6%
<i>Personnel titulaire et stagiaire</i>	44 763 816	46 373 092	47 635 757	49 497 381	50 558 674	12,9%
<i>Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)</i>	819 535	905 709	962 054	992 608	998 151	21,8%
<i>Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)</i>	6 495 706	6 332 881	6 092 139	5 636 693	4 868 440	-25,1%
<i>Autres personnels non médical</i>	335 869	382 832	450 951	483 976	504 018	50,1%
Sous total (hors charges)	65 130 534	66 957 758	68 805 434	70 685 214	71 473 393	9,7%
Total titre 1	100 035 380	103 156 114	107 565 177	110 265 287	112 484 361	12,4%
<i>Dont C/621 Personnels extérieurs</i>	1 142 872	1 661 789	2 354 605	1 978 668	1 793 667	56,9%

Source : Comptes financiers

S'agissant des seuls personnels médicaux, la progression de la masse salariale brute, de 14,4 % en 5 ans (3,4 % par en moyenne par an), reste supérieure à l'évolution des effectifs sur la même période (8,7 %).

Il en est de même pour le personnel non médical qui voit ses rémunérations brutes progresser de 8,6 % (2,1 % en moyenne par an) alors même que les effectifs évoluent faiblement.

Cet écart est particulièrement marqué s'agissant des personnels titulaires et stagiaires dont la rémunération brute progresse de près de 13 % et les effectifs de moins de 7 %. Il en est de même pour les personnels en CDI dont la rémunération brute évolue de 21,8 % alors même que les effectifs augmentent de seulement 6,5 %.

Le coût des personnels soignants de l'établissement est dans l'ensemble assez élevé et proche de la part des établissements les plus coûteux. Seules les dépenses relatives aux personnels administratifs, techniques et logistiques sont faibles et proches de la moyenne des établissements les moins coûteux.

	2014	2ème décile	8ème décile
Coût du PNM des services cliniques rapportés aux recettes	30	25	31,4
Coût du PM des services cliniques rapportés aux recettes	9,3	8,2	11,6
Coût du personnel des services médico-techniques rapporté aux recettes	18,1	14,3	22,2
Poids des dépenses administratives, logistiques, techniques	18,1	17,4	24,6

Source : Hospidiag

La plus forte évolution du titre 1 concerne néanmoins les dépenses de personnel extérieurs, qui progressent sous l'effet de recrutements conjoints dans le cadre de la CHT ou de la coopération avec le CHU de Rennes.

En revanche, les dépenses d'intérim, nettes des remboursements du CH de Dinan, sont en baisse sur la période et ne représentent pas une charge importante au regard de l'ensemble du Titre 1.

3.2.3. Masse salariale et avancement des agents

Outre les créations de postes et les mesures catégorielles, la masse salariale dépend également de la politique de l'établissement en matière d'avancement.

S'agissant des avancements d'échelons, le CHSM pratique une politique bienveillante.

L'examen des procès-verbaux de la CAP du 4 septembre 2014 montre ainsi que sur les 151 aides-soignantes classe normale ayant bénéficié d'un avancement d'échelon, 60 (40 %) l'ont obtenu à la durée minimale, 77 (51 %) à la durée intermédiaire bonifiée et seulement 14 (9 %) à la durée moyenne du grade. Aucun agent n'a vu son avancement proposé à la durée maximum.

Les dispositions de l'article 67 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifié par la loi n°2015-1785 du 29 décembre 2015 prévoient la suppression de l'avancement à la durée minimale. Cette mesure, applicable à partir du 1er juillet 2016, devrait représenter une économie annuelle de 70 000 € pour l'établissement.

Les avancements de grade ont lieu selon les modalités et proportions prévues par les statuts particuliers propres à chaque grade. Les avancements de grade pour 2014 et 2015 ont tous été accordés au maximum des possibilités laissées par les textes.

3.3. L'ABSENTEISME

Le taux d'absentéisme est dans l'ensemble stable entre 2012 (9,51 %) et 2014 (9,26 %) mais se situe au-dessus de la moyenne des établissements de même catégorie¹⁷. Ce taux est par ailleurs inégal selon les services concernés, l'USLD ayant un taux d'absentéisme de plus de 12 %.

L'analyse du nombre de jours d'absence par agent, tous motifs confondus, montre également un niveau élevé d'absentéisme puisque le personnel médical est absent en moyenne 12,9 jours par an en 2013 pour une moyenne de la strate de 8,93 jours¹⁸, le personnel non médical étant absent 35,2 jours par an pour une moyenne de 27,19 jours pour la moyenne de référence.

S'agissant de la seule maladie ordinaire, le niveau d'absentéisme des personnels non médicaux progresse passant de 15,38 jours par agent en 2013 à 16,26 jours en 2014. Ce niveau se situe là encore au-dessus de la dernière moyenne de référence connue pour 2013 (12,29 jour)¹⁹.

Concernant les personnels médicaux, si l'absence pour maladie ordinaire était importante en 2013 (5,39 %) au regard de la moyenne de référence (3,47 %), ce taux a fortement diminué en 2014 (2,69 %).

L'établissement a mis en place diverses mesures visant à faire diminuer l'absence au travail. L'établissement a ainsi fait appel à des psychologues ergonomes afin d'analyser notamment les causes des accidents du travail. Il a par ailleurs investi dans l'aide au mode de garde des enfants en réservant 10 places dans une crèche associative et en privilégiant les personnels aux horaires atypiques.

L'établissement a par ailleurs décidé de ne pas procéder à des remplacements pour les premiers jours d'absence.

¹⁷ CHSM en 2013 : 9,64 %, moyenne de la strate : 8 %

¹⁸ Source : Bilans sociaux 2013, ATIH

¹⁹ Source : Bilans sociaux 2013, ATIH

3.4. LE TEMPS DE TRAVAIL ET LES CET

3.4.1. Le temps de travail

En application du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, la durée est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements publics de santé. Le décompte est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. Cette durée est réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable (agents soumis à des sujétions spécifiques) et à 1 476 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit.

Le CHSM a procédé à l'aménagement du temps de travail par un accord cadre en date du 6 janvier 2002 modifié par avenant le 6 février 2002 et le 4 mars 2003.

Le contrat de retour à l'équilibre 2010-2013 prévoyait le passage de 7h36 à 7h30 quotidien pour les services de soins à continuité de travail ainsi que le passage de 7h36 à 12 heures pour la réanimation.

Le protocole d'accord signé en décembre 2014 entérine partiellement cette mesure en faisant passer le temps de travail des agents des services de soins à continuité de travail de 7h36 à 7h30 et réduisant le nombre de RTT de 18 à 15 jours par an.

Par ailleurs, l'établissement a supprimé en 2013 le principe d'une journée exceptionnelle octroyée jusqu'à cette date en complément des 6 jours enfants malades prévus par la réglementation.

S'agissant du temps de travail médical, l'article 3.1.4 du guide de gestion du temps de travail de 2013 arrête le temps de travail des praticiens du service des urgences et de l'UHCD à 40 heures par semaine soit à niveau inférieur à la limite de 48 heures prévues par le décret du 6 novembre 2002.

Compte tenu de ces éléments, le temps de travail applicable au Centre hospitalier de Saint Malo n'appelle pas d'observations.

3.4.2. Les CET et les heures supplémentaires

Le CHSM a appliqué les dispositions du décret du 6 décembre 2002 relatif aux CET dans la fonction publique hospitalière. Désormais, il existe un CET « stock », reprenant, dans la limite de 20, les jours accumulés avant le 31 décembre 2011 (les autres étant indemnisés ou versés au compte de la RAFP), et un CET « nouvelle formule », avec un choix à partir de 20 jours épargnés et un plafond maximal de 60.

Le volume global des jours épargnés sur les CET est en diminution entre 2013 et 2014. Si les stocks de CET des personnels médicaux correspondent à la moyenne observée dans les autres établissements de taille comparable (CHSM : 31,8 jours/ agent, strate : 29,7), il n'en est pas de même s'agissant des personnels non médicaux qui disposent de stocks largement supérieurs à la moyenne (pour 2013, CHSM : 5,34 ; strate : 2,8).

Les provisions constituées au 31 décembre 2014 s'élevaient à 1,9 M€ pour les personnels non médicaux et 3,7 M€ pour les personnels médicaux. Ces provisions couvrent la totalité des couts d'indemnisation des CET stockés à ce jour. L'établissement procède par ailleurs régulièrement à l'indemnisation des journées de RTT.

Le nombre d'heures supplémentaires payées depuis 2012 reste relativement faible au regard de la moyenne des autres établissements. En 2014, le nombre d'heures totales s'élevait à 8 391 soit une moyenne de 4,2 heures par agent contre une moyenne de la strate de 22,7 heures par agent (2013). S'agissant des seuls personnels de soins, le constat est identique, le nombre d'heures supplémentaires étant de 2,1 heures par agent contre 23,6 pour la moyenne de référence.

3.4.3. Les temps partiels

Le temps partiel des personnels non médicaux est assez fortement développé au sein du Centre hospitalier de Saint Malo et progresse entre 2012 et 2014 passant de 26,89 % des effectifs à 32,52 % en 2014. Ces niveaux dépassent largement la moyenne constatée pour la fonction publique hospitalière en 2013 et s'établissant 21,2%²⁰.

La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit que les fonctionnaires autorisés à travailler à temps partiel perçoivent une fraction de la rémunération d'un agent à temps plein. Toutefois, dans le cas de services représentant 80 ou 90 % du temps plein, cette fraction est égale respectivement à 6/7 (85,71 %) et à 32/35 (91,43 %), ce qui conduit à une sur-rémunération pour ces deux catégories de temps partiel.

L'établissement perçoit des remboursements de la part du FEH (fonds pour l'emploi hospitalier de la Caisse des dépôts et consignations), qui viennent partiellement compenser ce surcoût.

Pour la seule année 2014, les temps plein accordés de droit au agents pour l'éducation d'un enfant de moins de 3 ans ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique représentait 22,5 % des effectifs physiques, les autres personnels bénéficiant d'un temps de travail aménagé sur simple accord de l'employeur.

Le surcoût annuel, compte tenu des remboursements FEH octroyés dans le cadre des congés de formation professionnelle, représente en moyenne 170 000 € par an.

L'établissement ne compte pas limiter à l'avenir le nombre de temps partiels mais précise que tout retour à temps plein d'un agent doit se faire à effectif constant du service à peine de devoir postuler dans un autre service.

3.5. LES CONTRACTUELS

3.5.1. Le recours aux contractuels

L'analyse d'une vingtaine de dossiers d'agents contractuels a permis de relever les observations suivantes :

Des agents ont été recrutés dans le cadre d'une vacance de poste sur la base de l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 et non sur la base de l'article 9-1 concernant les remplacements momentanés de fonctionnaires (9-1 al 1) ou le remplacement de contractuels sur postes vacants (9-1, al 2) ». Ces dernières dispositions prévoient que le contrat ne peut être conclu et renouvelé que pour une durée totale de deux ans ce qui n'a pas été le cas pour les agents considérés.

Par ailleurs, l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit que « les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées ».

²⁰ Rapport général annuel de fonction publique 2015 (chiffres 2013)

Sur la base de ces dispositions, l'établissement a procédé au recrutement d'agents en contrat à durée déterminée sur des grades existants au sein de la fonction publique. Tel est le cas d'un contrôleur de gestion embauché sur un grade d'adjoint des cadres, d'un ingénieur informatique ou de deux chargées de mission employées sur un grade d'attaché d'administration hospitalière.

Par ailleurs, l'ensemble des contrats à durée indéterminée prévoit un avancement de carrière et de rémunération identique à celui des fonctionnaires. Ces dispositions sont contraires à l'article 2 du décret n°2010-19 du 6 janvier 2010 qui prévoit que « la rémunération des agents employés à durée indéterminée fait l'objet d'un réexamen au minimum tous les trois ans ».

3.5.2. L'examen des bulletins de paie

L'établissement versait jusqu'en septembre 2015 des primes spécifiques et des primes spéciales de début de carrière aux agents contractuels contrairement aux dispositions du décret 88-1083 du 30 novembre 1988 modifié. A la suite de l'instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015, le CHSM a mis fin à cette pratique à partir du mois d'octobre 2015. En revanche, l'examen de bulletins de paie de 2015 montre que ces primes sont désormais versées sous l'intitulé « prime diverse » (d'un montant de 128,85 €, soit les 90 € de la prime spécifique, 38,85 € de la prime spéciale). Cette « prime diverse », dépourvue de fondement légal est donc irrégulière.

Par ailleurs, le CHSM a versé en 2015 une prime de technicité d'ingénieur hospitalier à trois ingénieurs contractuels contrairement aux dispositions de l'article 1 du décret n°91-870 du 5 septembre 1991 qui dispose que « les ingénieurs hospitaliers ou stagiaires bénéficient d'une prime de technicité mensuellement à terme échu ». Ces versements représentent 28 000 €.

Enfin, l'établissement verse la majoration pour travail intensif à ses agents non titulaires contrairement au décret 92-197 du 28 février 1992. Ce dernier prévoit en effet qu'en marge des agents titulaires, les personnels suivants peuvent prétendre à la majoration :

- L'ensemble des personnels concourant aux soins dans les services d'admission d'urgence et les services mobiles de secours d'urgence ;
- Les agents assurant la conduite des chaudières et des moteurs ;
- Les personnels affectés dans les standards téléphoniques desservant au moins cinq cents lits.

L'examen des fiches de paie de 2015 montre que certains agents non titulaires et non affectés dans les services précités bénéficient à tort de ces versements.

Il doit être mis fin au versement des primes irrégulières susmentionnées

3.6. LES ASTREINTES ET LA PERMANENCE DES SOINS

3.6.1. Les astreintes techniques

Dans son précédent rapport, la chambre avait relevé que l'organisation des astreintes techniques était contraire à la réglementation sur deux points :

- une durée d'astreinte par semaine de 128 heures contraire à la limite des 72 heures fixée par la réglementation ;
- une indemnisation basée sur un temps de récupération (2/3) et un paiement en heures supplémentaires pour le reliquat, principe contraire aux règles régissant le paiement des heures supplémentaires.

Depuis fin 2011, la nouvelle organisation des astreintes techniques en place a mis fin à ces deux irrégularités.

3.6.2. La permanence médicale

Conformément à la réglementation en vigueur, l'établissement a mis en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins. Celle-ci se réunit régulièrement entre 3 et 4 fois par an.

L'établissement a élaboré un guide de la gestion du temps de travail médical en 2013 mis à jour au 1^{er} janvier 2016.

La permanence des soins est organisée par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et la permanence pharmaceutique dans les établissements de santé.

La permanence sur place ou en astreinte a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou internes en dehors du service quotidien pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié.

Les obligations individuelles de participation à la permanence des soins sont définies dans le cadre du tableau général de service et déclinées dans le cadre des tableaux de service mensuels.

Les dépenses liées à la permanence des soins, relativement stables jusqu'en 2014, ont progressé de 14 % en 2015 pour atteindre 1,8 M€ pour le budget principal. Cette augmentation provient de l'application au 1^{er} janvier 2015 de l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif au temps d'intervention en astreinte et de la forfaitisation de l'astreinte de coronarographie le 1^{er} décembre 2015 qui ont engendré une dépense supplémentaire de 230000 € par rapport à 2014.

Le contrôle du temps de travail médical est assuré au moyen d'un logiciel (AGIRH). L'article 11 du 30 avril 2003 précise que le tableau mensuel de service est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou du responsable de service. Il doit comporter l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile en précisant le nom et la qualité du praticien qui en est chargé.

Les tableaux fournis par l'ordonnateur pour l'exercice 2014 sont conformes à la réglementation précitée. Le contrôle de correspondance entre les astreintes payées, les gardes (sujétions) et les prévisions des tableaux des services pour l'exercice 2014, et s'agissant de six praticiens, n'a pas révélé d'anomalie

3.6.3. Les déplacements dans le cadre des astreintes

L'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié précise pour le suivi des déplacements des astreintes, que chaque praticien effectuant une astreinte à domicile enregistre, selon des modalités arrêtées par le directeur, sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, les informations suivantes :

- l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte ;
- ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital ;
- le nom pour chaque malade soigné et, par référence à la nomenclature des actes médicaux, l'indication des soins dispensés.

Le précédent rapport de la chambre avait mis en lumière des insuffisances quant à la tenue de ces informations et la réalité de certains déplacements payés aux personnels médicaux mais non justifiés par des appels téléphoniques traçables.

L'examen des déplacements payés aux praticiens de cinq services a permis de mettre en exergue une grande disparité de pratique selon les opérateurs durant leurs astreintes. Rapportés au nombre d'astreintes par praticien, il ressort que les déplacements varient du simple au quadruple conduisant à s'interroger sur les pratiques des opérateurs se trouvant très éloignés de la moyenne de leurs collègues.

S'agissant du déclenchement des déplacements, le contrôle a dû être réalisé sur une période très récente (les mois de février et mars 2016), l'établissement n'ayant pas la mémoire des appels téléphoniques au-delà de trois mois. La situation de 4 praticiens a été examinée.

La comparaison des relevés téléphoniques et de la déclaration mensuelle de déplacement reste à ce jour encore perfectible puisque 10 déplacements déclarés sur un total de 72 déplacements impliquant un trajet n'étaient pas liés à un appel téléphonique.

Dans le cadre du présent contrôle de la chambre, l'établissement a rappelé aux personnels soignants de passer par le standard pour joindre un praticien d'astreinte et demandé à ces derniers de déclarer un numéro de téléphone sur lequel ils souhaitent être joints. Des contrôles ponctuels seront réalisés une fois ces données collectées.

3.6.4. Le temps de travail additionnel

Les praticiens peuvent, sur la base du volontariat, assurer des périodes de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service. Un praticien à temps plein est réputé avoir accompli ses obligations de service hebdomadaire s'il a réalisé dix demi-journées inscrites au tableau de service, sans considération du nombre d'heures effectivement réalisées.

Le temps de travail effectué au-delà des obligations de service constitue du temps de travail additionnel qui peut être soit récupéré soit versé au compte épargne temps soit indemnisé suivant la tarification spécifique prévue à cet effet.

Le temps de travail additionnel est stable en volume horaire sur la période. Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2013, l'établissement a mis en place à partir de 2015 des contrats de temps de travail additionnel avec les médecins définissant un volume annuel ne devant pas être dépassé. L'examen d'un échantillon de 5 contrats a permis de constater que les volumes horaires sont dans l'ensemble respectés.

Le directeur présente au directoire et à la commission médicale d'établissement un bilan annuel de la réalisation du temps de travail additionnel incluant les éléments d'évaluation établis par la commission relative à l'organisation de la permanence des soins » conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2013.

Un contrôle du temps de travail des personnels médicaux est réalisé à chaque quadrimestre par la direction des affaires médicales. Il se fait sur la base des tableaux mensuels et dans le cadre du calcul du temps additionnel dont le paiement est effectué au quadrimestre.

L'examen des plages additionnelles rémunérées en 2015 s'agissant de 4 praticiens n'a pas révélé d'irrégularités au regard des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013.

3.7. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS

Fin 2015, 12 praticiens exerçaient une activité libérale au CHSM.

3.7.1. La commission d'activité libérale

L'article R. 6154-11 du code de la santé publique précise que : « La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. »

Contrairement aux dispositions de l'article 6154-11 du CSP, la commission d'activité libérale ne se réunit pas tous les ans, les exercices 2013 et 2014 ayant été traités lors d'une seule et même réunion s'étant tenue en avril 2015. Les comptes rendus de ces réunions sont en revanche adressés à l'agence régionale de santé conformément à la réglementation.

3.7.2. Les contrats d'activité libérale

L'ensemble des contrats d'activité libérale ont été examinés pour la période de contrôle. Deux contrats indiquent une durée d'activité de 10 % alors même que le rapport d'activité de la commission fait état d'une activité à 20 %. Par ailleurs, 3 des 12 contrats n'indiquaient pas en annexe les plages d'activité réservées à l'activité libérale.

L'établissement a pu en revanche fournir pour l'ensemble des praticiens les attestations d'assurance pour l'exercice 2016.

3.7.3. Les obligations du praticien vis-à-vis du patient

Le professionnel de santé a l'obligation de remettre à son patient une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé, dès lors que ses honoraires totaux excèdent 70 € (arrêté du 2 octobre 2008). L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction pécuniaire (article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale).

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les éléments évoqués mais a précisé que des supports d'information étaient en cours de finalisation. Il est par ailleurs précisé qu'aucun médecin ne pratique de dépassements d'honoraires.

Par ailleurs, s'agissant de l'égal accès aux soins, l'établissement n'a pas mis en place de suivi ou d'indicateurs permettant de comparer le délai d'attente entre le secteur public et le secteur privé.

3.7.4. Les conditions de l'activité libérale

L'article L. 6154-2 du CSP dispose notamment que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

En outre, cette limite doit s'apprécier par catégories d'actes : la lettre DH/PMI/n°292 du 19 novembre 1997 précise que doivent être comparées les consultations de même nature, en libéral et en secteur public, mesurables selon les mêmes unités de références (comme les consultations les plus courantes : C, CS et C3).

Si l'examen des rapports annuels de la CAL pour les années 2013 et 2014 n'a pas mis en exergue de dépassement global de l'activité privée de certains praticiens au regard de leur activité publique, l'analyse par type d'acte montre un dépassement à trois reprises. Ce dépassement est encore plus fréquent lorsqu'est comparée la valorisation des actes.

Par ailleurs, l'activité libérale des praticiens se caractérise par l'exercice des actes les mieux valorisés dans le secteur privé. Tel est le cas notamment de deux médecins qui doublent pour l'un et quadruple l'autre la valeur des actes produits en secteur privé.

Cette concentration des actes les mieux valorisés conduit à un niveau de recettes en secteur privé supérieur pour certaines actes à celui constaté en secteur public.

Les procès-verbaux de la commission d'activité libérale montrent d'ailleurs que ces dépassements sont relevés à plusieurs reprises par le représentant de l'assurance maladie.

Enfin, les tableaux de service fournis par la direction des affaires médicales ne sont pas cohérents pour trois praticiens avec la durée contractuelle prévue. Alors même que ces trois opérateurs disposent de deux demi-journées chacun pour l'exercice en secteur privé, les tableaux de service ne réservent sur le second semestre 2014 qu'une plage hebdomadaire.

4. LA PERFORMANCE ET LA REGULARITE DE L'ACHAT PUBLIC

4.1. PRESENTATION

Les achats de fonctionnement (budget principal), tous types confondus, représentaient en 2015 une dépense annuelle de 38 M€ soit 25 % des charges totales de fonctionnement du budget principal contre 21,2 % en 2011 (annexe 2). Si ces dépenses brutes ont fortement progressé entre 2011 et 2015 (34 %), cette progression, nette des remboursements liés aux rétrocessions et paiements en sus, atteint 42 % sur la même période soit un rythme beaucoup plus rapide que les recettes d'activité (8 %)²¹.

Le nombre de marchés publics passés par le Centre hospitalier de Saint Malo est en diminution entre 2012 et 2015 ²² (annexe 3); de nombreuses procédures étant réalisées via d'autres groupements d'achats ne relevant pas de la responsabilité de l'établissement.

Les volumes financiers des marchés passés par la CHT ont triplé sur la période.

4.2. L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT

4.2.1. La fonction achat : organigramme et fonctionnement

4.2.1.1. L'organisation mise en place

Les trois établissements de la CHT Rance -Emeraude affichent une volonté de piloter leur fonction achat à l'échelle communautaire.

²¹ Recettes de Titre 2 horsDMI et médicaments en sus.

²² L'établissement n'a pas pu fournir les données pour 2010 et 2011.

Depuis 2012, la communauté dispose en effet d'une charte de l'achat communautaire posant le principe d'un regroupement des approvisionnements sous la responsabilité de la direction des achats, des services économiques et de la logistique du Centre hospitalier de Saint Malo, établissement pivot de la CHT. D'une validité de 10 ans, la convention donne au groupement, dont le Centre hospitalier de St-Malo est le coordonnateur, la mission de gérer la préparation et la passation des marchés pour répondre aux besoins respectifs de chacun des trois établissements adhérents en matière de travaux, de fournitures ou de services (article 4).

Pour mettre en place cette organisation, les trois établissements de la communauté ont eu recours à un cabinet d'expert en 2009 afin de les accompagner dans l'évolution de leur processus d'approvisionnements et d'achats.

Le CHSM a transposé, en partie, le modèle préconisé par l'audit visant à réorganiser la fonction achat autour d'une cellule des marchés et à identifier des fonctions d'acheteurs et de gestionnaires.

La fonction achat est principalement partagée entre deux directions transverses aux trois établissements : la Direction des Achats, des Equipements et de la Logistique (DAEL) et de la Direction des Travaux et des Opérations Immobilières (DIOI). La pharmacie représente également un acheteur important de l'établissement, d'autres directions réalisant des achats plus ponctuellement.

Les missions de la DAEL emploient 5,1 ETP d'acheteurs (ETP) en charge des achats hôteliers, logistiques, biomédicaux et médicaux, hors médicaments et DMI (annexe 4) dont 3,5 ETP rattachés au Centre hospitalier de Saint Malo. Ces derniers, dont les missions ont été définies par des fiches de postes, ont en charge le recensement et la définition des besoins en lien avec les utilisateurs, la rédaction du CCTP, l'analyse des offres. Ils demeurent par ailleurs compétents pour gérer les procédures de marchés publics inférieurs à 90 000 € HT.

Le traitement des commandes et des factures est assuré par des gestionnaires administratifs au nombre de 8,5 ETP (4,5 ETP pour le CH de Saint Malo) qui restent cependant propres à chaque établissement. Ces derniers assurent le lien entre les utilisateurs en l'absence de délégation en matière d'achats publics au niveau des pôles.

La Direction des Travaux et des Opérations Immobilières (DIOI) gère quant à elle les marchés de travaux et les marchés de fournitures et services relevant de son activité. Les marchés sont gérés par un binôme composé d'une gestionnaire administrative (0,7 ETP d'adjoint administratif) et d'un technicien supérieur hospitalier (0,5 ETP) ou d'un ingénieur (0,20 ETP) sous la responsabilité de l'ingénieur référent du site (annexe). Les gestionnaires ont en charge l'élaboration des pièces administratives et l'encadrement technique. Ils assurent la gestion du projet, qui comprend, sur le périmètre des marchés publics, le recensement des besoins, leur description, l'analyse des offres.

Sur la base des recommandations du cabinet d'expertise, la communauté hospitalière a par ailleurs mis en place une cellule des marchés commune aux trois établissements et composée depuis fin 2015 de deux agents dont chacun dispose d'une fiche de poste détaillée.

Sous l'autorité du directeur des achats, le rôle de la cellule des marchés est d'organiser la fonction achat et d'assurer une veille réglementaire à la fois pour la DAEL mais également pour la pharmacie, la direction des systèmes d'information, la direction des ressources humaines et plus ponctuellement les autres directions (assurances, missions d'audit).

Elle répond également aux interrogations des acheteurs sur la réglementation des marchés et participe à l'élaboration des dossiers de consultation des marchés de plus de 90 000 € HT (hors marchés travaux) en lien avec les acheteurs (validation des CCTP, rédaction du RC, du CCAP, définition des critères de choix etc...).

Elle assure également la publication des marchés, gère la réception des offres, valide les analyses des offres, et finalise les procédures. Elle suit également l'exécution des marchés, notamment pour les modifications à y apporter.

Cette nouvelle organisation montre le souci de l'établissement de professionnaliser la fonction achat en distinguant clairement les fonctions juridiques d'achat et l'exécution concrète de l'achat. Les agents des services bénéficient régulièrement depuis 2012 de formation en lien avec la performance de la commande publique.

4.2.1.2. Les limites de l'organisation actuelle

Dans les faits, si le nombre de marchés passés pour le compte de la CHT augmente depuis 2012, ceux-ci restent encore à ce jour assez faibles en terme de volumes (annexe 5). D'importantes procédures ont été récemment initiées concernant notamment les systèmes d'information, le marché des assurances ou les marchés d'exploitation et de maintenance des installations de chauffage et de climatisation.

L'examen des achats réalisés ces deux dernières années montre la limite inhérente à toute démarche de mutualisation et tenant avant tout aux besoins propres à chaque site ou bien à des impératifs de calendrier. Tel est le cas des marchés de services (psychologue, sécurité incendie) ou d'équipements (sécurité incendie) qui ne répondaient qu'à une situation particulière et temporaire du site de Saint Malo.

Par ailleurs, si les acheteurs de la DAEL disposent bien d'une fiche de poste précisant pour chacun les missions qui leur incombent, ces derniers n'ont pas d'objectifs formalisés à atteindre et encore moins d'indicateurs de suivi de leur réalisation en dehors des objectifs du PAA, qui reste limité à quelques achats ciblés.

En outre, l'organisation actuelle ne permet pas une centralisation de la fonction achat auprès d'un seul responsable.

En effet, la fonction achat reste marquée par une partition des tâches entre la direction de la logistique et celle des travaux conduisant ces deux directions à réaliser des procédures parallèles d'achats de fournitures et de services selon deux circuits différents.

En marge de la DTOI et de la DAEL, d'autres acteurs tels que la pharmacie, la direction des systèmes d'information, la direction des finances ou la direction des ressources humaines disposent chacun de leurs propres acheteurs non rattachés à la DAEL.

L'audit réalisé en 2009 prévoyait l'intégration de personnels de la direction des plans et travaux (1,7 ETP), de la pharmacie, (1,4 ETP) et de la direction des affaires financières (nombre d'ETP indéterminé) ainsi qu'un ETP de la direction des travaux du CH de Dinan.

Cette proposition s'est toutefois heurtée au fait que les gestionnaires administratifs assuraient également des tâches d'accueil et de secrétariat rendant impossible leur centralisation au sein d'une même direction. L'ordonnateur a par ailleurs indiqué que les marchés de travaux demandent une expertise que seuls possèdent les agents de la DTOI même si un travail d'harmonisation des pratiques d'achats est en cours avec la cellule des marchés publics.

Le Centre hospitalier de Saint Malo pourrait, en lien avec les deux autres établissements de la CHT, étudier la possibilité de renforcer le rôle des acheteurs en élargissant à la fois leur périmètre de compétences et en fixant à ces derniers des objectifs chiffrés.

4.2.2. Les documents stratégiques

En matière de formalisation des procédures d'achats, le CHSM dispose de deux schémas descriptifs des différentes étapes des procédures. L'un concerne les achats de fournitures et services pilotés par la DAEL, l'autre, les marchés de travaux gérés par la Direction des Travaux et des Opérations Immobilières (DTOI).

Outre le fait que ces documents s'avèrent difficilement compréhensibles, cette distinction témoigne, une nouvelle fois, de l'absence de pilotage d'ensemble de l'achat au sein de l'établissement et in fine de la CHT, l'établissement de Saint-Malo étant coordonnateur du groupement d'achats.

Les logigrammes sont par ailleurs contradictoires car la cellule des marchés de la DAEL est compétente pour les marchés de services et de fournitures. Or, le schéma de la DTOI prévoit que celle-ci est également compétente, via l'assistante administrative travaux, pour passer les marchés de fournitures et services de la direction.

Enfin, l'établissement ou la communauté ne sont pas dotés d'un guide de la commande publique rappelant les termes juridiques jalonnant les procédures de marchés publics et expliquant au-delà du simple logigramme le rôle de l'ensemble des intervenants. Ces préconisations avaient déjà été formulées par le cabinet d'audit en 2009, celui-ci ayant indiqué la nécessité de mettre en place une brochure de sensibilisation aux achats, un guide des procédures et un mode d'emploi des achats publics.

En qualité d'établissement support de la CHT, il revient au Centre hospitalier de Saint Malo de mettre en œuvre ces préconisations. L'ordonnateur a d'ailleurs indiqué que ce travail d'écriture et de formalisation était en cours.

4.2.3. La commission consultative des marchés publics

La CHT a institué une Commission Consultative des Marchés (CCM) communautaire pour garantir la transparence des jugements des offres. Elle n'émet qu'un avis, le choix final appartient au Pouvoir Adjudicateur.

Dans les faits, chaque établissement dispose toujours de sa commission consultative des marchés publics propre. L'article 3 de la charte de l'achat au sein de la CHT ne prévoit en effet qu'une commission consultative des marchés communautaire veillant au respect de l'égalité de traitement pour toutes les procédures d'appel d'offres. Aucune disposition n'encadre l'articulation entre ces deux commissions.

4.3. LA POLITIQUE ET LA STRATEGIE D'ACHAT

4.3.1. La définition d'une politique d'achats.

L'établissement ne dispose pas à ce jour d'une politique d'achat formalisée définissant de manière précise l'architecture retenue à l'échelle communautaire, le rôle des différents acteurs, la stratégie d'achat et la contribution attendue de cette politique aux performances de l'établissement.

L'audit réalisé en 2009 avait pourtant mis en avant les faiblesses du CHSM dans ce domaine. L'expert avait notamment préconisé de « valider un document qui formalise les missions de la fonction achats notamment en termes de contribution aux objectifs des établissements et de quantifier et planifier l'atteinte de ces objectifs ». Il avait par ailleurs conseillé de « construire une stratégie achats par famille, hiérarchiser ces stratégies en cohérence avec les plannings de renouvellement de marchés, les montants en jeu ou de la criticité de cette famille pour les activités des trois établissements ».

L'ordonnateur a précisé que bien que n'ayant pas de politique d'achat formalisée, l'objectif de l'établissement est de mutualiser dès que possible les achats à l'échelle de la communauté hospitalière ou bien par une participation accrue à des groupements de commande. Chaque renouvellement de marché tient compte d'une mutualisation possible à l'échelle communautaire, l'objectif recherché étant à la fois de réaliser des économies sur les volumes achetés et d'homogénéiser des pratiques entre les différents acteurs de la commande publique.

4.3.2. La mutualisation des achats

Le centre hospitalier de Saint Malo a initié une politique de mutualisation de ses achats.

A l'échelle de la communauté de territoire, un groupement de commandes a été constitué en 2009 visant à regrouper dès que possible les achats des trois établissements membres.

Le Centre hospitalier de Saint Malo adhère par ailleurs au Groupement de Coopération Sanitaire "Achats Santé Bretagne" (GCS ASB) constitué en juin 2013, soutenu par l'ARS Bretagne. Il est également coordonnateur du groupement d'achats régional pour les produits diététiques et produits de nutrition entérale. En tant qu'adhérent du GCS ASB, l'établissement bénéficie de la convention signée avec l'UGAP qui permet d'obtenir des conditions tarifaires préférentielles. Le tarif « convention partenariale » appliqué par l'UGAP est, selon l'établissement, plus avantageux que le tarif « grands comptes » dont il bénéficiait auparavant.

Depuis peu, suite à l'ouverture d'UniHA²³ aux établissements publics de santé autres que les CHU, le CHSM a également signé une première convention avec ce groupement d'achat national, pour le choix de son commissaire aux comptes, par le biais d'un marché subséquent à son accord-cadre.

Un groupement de commandes a également été constitué entre la Ville de St Malo et les trois établissements de la CHT Rance Emeraude dans le cadre d'un marché de prestation de restauration scolaire et hospitalière qui vise à confier à un prestataire unique les fonctions d'approvisionnement des différentes structures et d'exploitation de la cuisine centrale de St Malo.

Pour ses achats de médicaments, le centre hospitalier est membre d'un groupement d'achats départemental, auquel il se joint pour tous les lots pour lesquels un besoin existe. L'établissement reste toutefois dépendant des pratiques des opérateurs pouvant les conduire à privilégier une technique médicale non prévue par le groupement régional. L'ordonnateur a par ailleurs indiqué pouvoir acheter par ses propres moyens des molécules génériques alors que le groupement resterait sur une molécule princeps.

Enfin, l'établissement est membre de douze groupements d'achats régionaux et pilote le groupement concernant l'achat des produits diététiques et de nutrition entérale.

L'analyse des volumes d'achats mutualisés entre 2012 et 2015 montre une progression certaine de la part des achats réalisés à une échelle autre que celle de l'établissement, la part d'achats mutualisés passant de 17 % en 2012 à 25 % en 2015.

Si les médicaments sont achetés à près de 55 % dans le cadre du groupement régional, la part des dispositifs médicaux reste quant à elle plus marginale compte tenu de la diversité de pratiques des opérateurs évoquée précédemment.

²³ Groupement de coopération sanitaire regroupant les CHU et d'importants établissements de santé ayant vocation à grouper les achats.

D'autres postes de dépenses restent également faibles comme par exemple les fournitures de services techniques (0,71 %).

4.3.3. La veille concurrentielle et juridique

Chaque acteur participant aux achats est responsable de la veille concurrentielle sur le secteur qu'il a en charge et reçoit notamment les représentants commerciaux.

La veille juridique est assurée par la Cellule des Marchés par le biais notamment d'abonnements à des revues spécialisées sur internet (Achatpublic.com, Citia, Weka). L'établissement réfléchit à l'acquisition du logiciel MarcoWeb, qui permet d'assurer un suivi des procédures.

Concernant les achats de médicaments et dispositifs médicaux, la veille est assurée par le coordonnateur du groupement d'achats départemental. Par ailleurs, les pharmaciens des établissements membres du groupement rencontrent les responsables grands comptes et génériqueurs.

La Direction des Travaux assure la veille réglementaire pour la partie spécifique aux marchés de travaux, par l'intermédiaire d'un abonnement au journal Le Moniteur notamment.

4.4. LA REGULARITE ET LA QUALITE DU PROCESSUS D'ACHAT

4.4.1. Le périmètre contrôlé

L'examen a porté sur un échantillon de 17 marchés regroupant à la fois des achats de travaux, de fournitures et de services (annexe 6).

4.4.2. L'évaluation du besoin

La qualité et une bonne organisation de la phase d'évaluation des besoins contribuent à la conformité et à la performance des procédures d'achat. Un recensement des besoins programmé et maîtrisé, une estimation financière fiable optimisent et sécurisent le fonctionnement du processus achat et évitent des dérives financières.

Au CHSM, un recensement des besoins est réalisé dans le cadre du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI). L'établissement a mis en place une fiche de demande d'équipements hôteliers décrivant le besoin, le coût complet ainsi que le retour sur investissement attendu. La discussion avec les utilisateurs permet de prioriser les demandes en fonction du budget. Lorsque le PPI est validé, les utilisateurs sont associés au choix des équipements.

En ce qui concerne les achats de fournitures ou de prestations récurrents, un calendrier des procédures est en cours de validation. Il permet à la cellule des marchés d'alerter les acheteurs avant le renouvellement des marchés.

Les utilisateurs font part de leurs besoins ponctuels aux acheteurs concernés. L'opportunité des demandes est évaluée par l'acheteur en lien avec le service émetteur, ainsi que le cas échéant les quantités, la récurrence du besoin, et la qualité souhaitée. Une procédure de mise en concurrence adaptée au besoin est alors lancée.

Enfin, pour la pharmacie, l'opportunité des nouveaux besoins est évaluée en COMEDIMS (commission des médicaments et dispositifs médicaux), où les utilisateurs présentent les bénéfices attendus sur différents plans (confort et sécurité des patients, techniques opératoires, hygiène, gains budgétaires...). Un formulaire de demande de référencement est renseigné à cette fin.

4.4.3. La computation des seuils et allotissements

La nomenclature définie par le Centre hospitalier de Saint Malo pour déterminer l'homogénéité des fournitures et services reprend le cadre général de classification des fournitures et services de la nomenclature issue de l'arrêté du 13 décembre 2001 adapté à la réalité des marchés passés par l'établissement (les familles de produits et services n° 10, 14, 15, 17, 18, 24, 25, 35, 36, 37, 38, 67, 73, 74, 76 et 81 de cette dernière nomenclature ont fait l'objet d'une adaptation. Les autres familles restent inchangées).

Le CHSM a prévu de la remplacer par la nomenclature européenne CPV, ce qui nécessite une évolution préalable du logiciel de Gestion Economique et Financière du Centre Hospitalier (MAGH 2).

Pour les marchés inférieurs à 25 000 € HT, chaque direction acheteuse est chargée de la mise en concurrence, en sollicitant au minimum trois sociétés si le tissu concurrentiel le permet. Un CCAP restreint est communiqué aux candidats avec la définition du besoin, et un acte d'engagement est signé par le titulaire.

4.4.4. La publicité et la mise en concurrence

L'examen des marchés a montré que la mise en concurrence était très inégale d'un marché à l'autre, l'ensemble des lots des 17 marchés contrôlés ne présentant en moyenne que 2,5 offres par lot. Parmi les 83 lots étudiés, 1 lot ne présentait aucune offre et 22 une seule offre soit 26 % de l'échantillon. De plus, seuls 27 des lots ont bénéficié de 3 offres et plus (soit seulement un tiers des marchés examinés).

Parmi les raisons de cette carence de concurrence, il peut être relevé le choix des dates de publication de l'avis public à la concurrence peu propice à une réponse des entreprises ou bien le délai laissé aux candidats pour formuler une offre, parfois très court, comme l'indique le tableau ci-dessous.

N°	Objet	Procédure	Date publication	Date réception des plis	Montant HT	Offres
130146	Prestations ergonomes & psychologue du travail	MAPA	27-avr.-13	15-mai-13	197 000 €	1
130174	Travaux HDS Cardiologie	MAPA	24-sept.-13	11-oct.-13	82 835 €	6 offres pour 4 lots
140006	Travaux réfection salles de bains La Briantais	MAPA	28-oct.-13	18-nov.-13	106 188 €	4 offres pour 4 lots
140018 à 23	Travaux restructuration plateau technique réeduc.	MAPA	16-nov.-13	5-déc.-13	226 266 €	Sur 6 lots, 1 n'a eu qu'une offre et 3 deux offres
140194 à 201	Travaux restructuration partielle 2ème étage Bât. B	MAPA	30-juil.-14	29-août-14	673 411 €	Sur 8 lots, 3 n'ont eu qu'une seule offre et 2 deux offres.

4.4.5. Le recours à la négociation

L'établissement recourt systématiquement à la négociation quand la procédure le permet. Concernant l'échantillon contrôlé, les gains obtenus sont variables et ne permettent pas toujours d'économies probantes sur les achats, certains candidats refusant de baisser leurs offres.

Tel est le cas du marché relatif à la fourniture de matériels techniques et de pièces détachées pour les services techniques du CHSM passé en procédure négociée à l'issue d'une phase d'appel d'offres, qui n'a pas permis de gains pour l'établissement.

Il en est de même s'agissant du marché de travaux de restructuration partielle du 2^{ème} étage du bâtiment B pour lequel la négociation n'a permis qu'un gain de 0,40 % du montant initial du marché ou bien du marché de travaux du bâtiment A dont la négociation et la mise au point du marché ont même réévalué l'offre retenue de 1,7 %.

La négociation reste néanmoins indispensable pour requalifier des offres manifestement surévaluées au regard des prix constatés sur d'autres marchés. Telle a été la démarche du CHSM pour le marché de travaux de mise en sécurité du bâtiment ABLMN pour lequel la phase de négociation a permis un gain substantiel (0,56 M€).

4.4.6. Les critères de choix

Les critères de choix retenus par l'ordonnateur parmi les marchés examinés appellent les remarques suivantes :

Le marché de sécurité incendie et gardiennage (SIG) passé sous forme d'appel d'offres ouvert retient les références des candidats à la fois comme critère de sélection des candidatures et comme critère d'analyse des offres ce qui est contraire à la jurisprudence en vigueur²⁴.

Par ailleurs, s'agissant de ce même marché, l'article 7 du règlement de la consultation mentionne que le maître d'ouvrage engagera les négociations avec les candidats par rapport aux critères énumérés à l'article 6. Au terme des négociations après classement des offres, l'entreprise retenue sera établie.

Or, en application du I de l'article 59 et du I de l'article 64 du code des marchés publics, il ne peut y avoir, en appel d'offres ouvert et en appel d'offres restreint, de négociations avec les candidats. Le recours à la mise au point prévue aux articles 59-II et 64-II du code des marchés publics ne permet pas d'engager avec le candidat attributaire une négociation susceptible de remettre en cause les conditions de la mise en concurrence initiale et d'affecter le principe d'intangibilité des offres (CAA de Nantes, 26 juin 2003, SDIS Calvados, n° 02NT00006). L'ordonnateur a précisé qu'il s'agissait là d'une erreur du règlement de consultation.

4.4.7. L'analyse des offres

Si les rapports d'analyse des offres des marchés passés en procédure formalisée n'appellent pas de remarques particulières, les analyses produites dans le cadre des marchés passés en procédure adaptée manquent pour certaines d'entre elles d'explications à l'appui des chiffrages fournis.

Tel est le cas du marché de travaux de restructuration partielle du 2^{ème} étage du bâtiment B qui fournit une série de tableaux dont la lecture s'avère peu aisée. L'analyse de ce dernier montre de plus que pour le lot n°2, l'entreprise, qui ne remplissait pas une condition sine qua non du cahier des charges (option 1), se trouve néanmoins classée en seconde position.

Tel est le cas également des marchés de travaux de restructuration du plateau technique de rééducation ou des travaux du bâtiment A pour lesquels les analyses des offres ne font que fournir une note aux critères techniques sans autres explications.

4.4.8. La sécurisation des procédures

Dans le cadre d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financier, l'établissement a mis en place un contrôle interne définissant le rôle de chaque acteur dans le processus de la commande publique.

²⁴ CE : 29 décembre 2005, Sté Bertélé SNCT

L'examen des pièces des marchés ne permet toutefois pas de s'assurer de l'effectivité et de la traçabilité de ce contrôle. Aucun document ne présente de validation ou ne retrace la circulation des pièces entre services acheteurs et cellules marchés.

D'autre part, de grandes différences peuvent être relevées dans les pièces des différents marchés, hétérogénéité provenant de l'isolement de chaque gestionnaire administratif.

4.4.9. L'exécution des marchés

L'exécution des marchés examinés n'appelle pas d'observations à l'exception de deux points :

Le marché de prestation de nettoyage des locaux, notifié en mars 2012 pour une période de 36 mois, a été prolongé au moyen de trois avenants pour une durée de 15 mois soit 40 % de la durée contractuelle. Le montant du marché, initialement de 964 981 €, s'élève en fin de période à 1 337 984 €, représentant une augmentation substantielle (38 %) de la prestation qui aurait nécessité un nouvel appel à concurrence.

Par ailleurs, l'ordonnateur a précisé ne pas mandater les intérêts moratoires en cas de dépassement du délai de paiement qu'à la demande des entreprises contrairement aux dispositions du décret du 29 mars 2013 (article 10) qui prévoient qu'elles sont payées de droit aux entreprises.

4.4.10. Les contentieux

Le nombre et l'importance des contentieux peuvent être des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des procédures et notamment leur transparence.

L'établissement a dû faire à face quatre contentieux entre 2010 et 2015 concernant la commande publique. Il a obtenu gain de cause pour tous ces recours.

4.4.11. La gestion des stocks

Pour les produits gérés par le magasin général, les distributions de fournitures consommables sont organisées à partir du magasin central avec des livraisons dans les unités de soins et autres services à des périodicités différentes selon les catégories de produits (quotidiennes, hebdomadaires, bimensuelles et mensuelles).

Certaines familles de produits (produits d'épicerie, boissons) sont distribuées à partir de dotations hebdomadaires fixées en fonction de la capacité du service. Le réapprovisionnement est réalisé à partir du stock constaté dans la limite des quantités maximales prévues sur la fiche de dotation.

Les stocks sont suivis dans le logiciel de gestion Magh2 où sont enregistrées en temps réel les entrées et sorties de chacun des produits. Le contrôle des quantités du stock physique et du stock comptable est réalisé très régulièrement et systématiquement avant le passage des commandes aux fournisseurs (cf. procédure d'inventaire DAEL – inventaire tournant).

Le réapprovisionnement des produits est effectué à échéances régulières et selon les catégories de produits en tenant compte des volumes disponibles pour le stockage des marchandises, des conditions de conservation des produits (DLC), des conditions de livraison des fournisseurs (minimum de commande, franco de port,...).

S'agissant des médicaments, la gestion des stocks se fait au vu des consommations des services. Pour chaque produit, un stock seuil est défini, différent en fonction du type de molécule. Les stocks sont vérifiés toutes les semaines pour les produits onéreux. Un cadencier de commandes est établi de façon à approcher d'une commande mensuelle par laboratoire. Le stock d'alerte a été fixé à 3 semaines.

Le CHSM gère ses stocks pharmaceutiques avec les logiciels Copilote (gestion stocks) / Magh2 (GEF) / Sillage (dossier patient).

Lors de l'inventaire annuel, les produits qui arriveront à péremption en n+1 sont entrés informatiquement de façon à pouvoir sortir tous les mois les produits identifiés. Un système de pastillage rouge permet d'identifier les produits qui arriveront à péremption dans les 6 mois (ces produits sont sortis en priorité lors des traitements en nominatif : consommations dans la semaine).

4.4.12. Les stocks physiques

Les équipements biomédicaux sont gérés dans un logiciel de Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO). Chaque entrée et sortie de matériels est enregistrée en temps réel dans la GMAO. Le contrôle de l'inventaire physique des matériels est réalisé au fil de l'eau lors des interventions de maintenance préventive et curative des équipements.

Concernant les équipements hôteliers et des services généraux, depuis fin 2011, ils sont identifiés à l'aide d'une étiquette indiquant un numéro d'inventaire correspondant à la fiche d'amortissements issue du logiciel de gestion des amortissements MADRID (MAGH 2).

Un inventaire physique des biens est prévu en 2016.

4.5. LA PERFORMANCE DE LA FONCTION ACHAT

4.5.1. La participation au programme PHARE

Le programme national PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) a été lancé officiellement par la DGOS en octobre 2011.

L'objectif du programme est de permettre d'optimiser les achats hospitaliers, dans un contexte général de contrainte budgétaire, tout en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients. La démarche passe par l'activation d'un ensemble de leviers devant permettre un achat performant : négociation des prix, standardisation des produits achetés, raisonnement à coût complets des produits, activité du marché fournisseur de façon à favoriser la concurrence.

Le programme vise notamment à favoriser la mise en place d'un responsable achat unique dans tous les établissements (ou par regroupement d'établissements pour les plus petits d'entre eux) qui est chargé d'élaborer un plan d'actions achat (PAA) annuel quantifié et d'animer un dialogue prescripteur-acheteur sur toutes les catégories de dépenses.

Le programme PHARE doit également faciliter l'accès des établissements à des groupements de commandes performants, au niveau national et territorial.

Le Centre hospitalier de Saint Malo s'est engagé dans la démarche en participant notamment à plusieurs groupes de travail ARMEN (Equipements d'endoscopie, ...). Les recommandations des groupes de travail ARMEN ont été présentées aux professionnels du centre hospitalier lors de l'élaboration du premier plan d'action achats (PAA), et intégrées dans les pistes de gains achats lorsque cela s'est avéré pertinent.

Le GCS ASB a également mis en place des groupes de travail sur certains segments d'achats :

- Médicaments et Dispositifs Médicaux : comparaison des prix d'achats des établissements hospitaliers ;
- Alimentation : Harmonisation des dossiers de consultation des différents groupements, questions sur le développement durable et les circuits d'approvisionnements, gaspillage alimentaire ;
- Produits d'incontinence : AO 2014, point d'étape sur le marché en cours, rencontre acheteurs/soignants ;
- Fluides médicaux : 1er AO régional, puis nouvelle consultation en 2016

Affranchissements ;

- Produits et matériels d'entretien ;
- Réactifs de laboratoire : en cours de constitution ;
- Fournitures de bureau : en cours de constitution ;
- Dématérialisation des marchés ;

Les acheteurs de la CHT participent aux groupes produits d'incontinence, fluides médicaux, réactifs de laboratoire, dématérialisation des marchés.

4.5.2. Le pilotage de l'achat

Dans le cadre du dialogue de gestion et de la contractualisation interne avec les pôles, les indicateurs de dépenses de médicaments, dispositifs médicaux, examens de laboratoire et consommations hôtelières rapportées à l'activité (aux entrées ou au nombre de journées suivant les indicateurs) font l'objet d'un suivi quadrimestriel dans les bilans transmis aux pôles. Ces derniers sont également intégrés dans le tableau de bord mensuel du directoire.

Ces indicateurs mesurent toutefois plus la consommation des achats à l'échelle du pôle que la performance de l'achat par la direction en charge de cette dernière. L'audit mené en 2009 pointait déjà cette faiblesse dans l'organisation du CHSM et préconisait la mise en place de tableaux de bord mesurant la pertinence de l'achat (part des achats passés sous forme de marchés, nombre de marchés infructueux, part de mutualisation, index des prix...)

Dans le cadre du plan d'action achats (PAA), le CHSM a été conduit à mettre en place un suivi renforcé pour l'achat de produits ciblés. Ce travail permet notamment de comparer les prix obtenus sur des marchés par rapport aux procédures précédentes, mais également de mettre en valeur les leviers utilisés par les acheteurs pour réaliser des gains achats (négociation, prolongation de garantie...).

Le plan d'action achats en 2014 et 2015 portait sur une quinzaine de projets concernant des produits ou achats de matériels dont les plus importants concernaient le dimensionnement du parc automobile, la prise en charge de travaux de câblage par un prestataire de télévision ou le renouvellement du parc de monitoring du service des urgences et de la réanimation.

Sur les familles d'achats les plus significatives, le CHSM a mis en place des tableaux de suivi des achats et/ou consommations et communique aux cadres des services leurs données de consommations.

Ainsi, sur les produits d'incontinence à usage unique, pour le pôle Gériatrie/SSR, l'établissement a mis en place, avec le titulaire du marché, des tableaux de suivi par unité indiquant les consommations par produit, les ratios de quantités consommées par jour et par incontinent, le coût par jour et par incontinent.

S'agissant des dépenses de restauration, des tableaux de bord sont tenus mensuellement. Le tableau de suivi de facturation fournisseurs indique les commandes de repas, d'ingrédients et boissons en quantités et en valeurs, le coût par patient. Celui concernant le suivi des repas distribués permet de rapprocher le nombre de repas distribués et le nombre de journées d'hospitalisation réalisées par services.

Les actions du programme ont également conduit à un travail de concertation avec les prescripteurs afin de faire évoluer certaines pratiques génératrices de coûts. Ce travail a par exemple conduit à revoir les horaires d'ouverture du centre de prélèvement ou bien la fréquence de nettoyage des bureaux administratifs.

4.5.3. Les économies réalisées dans la cadre du programme PHARE

Le Plan d'Action Achats est transmis à l'ARS, via le GCS Achats Santé Bretagne, deux fois par an.

La DGOS²⁵ fixe des objectifs de gains achats annuels à chaque région. Depuis 2015, et dans le cadre du Plan ONDAM 2015- 2017, l'ARS de Bretagne répartit ces objectifs entre les différents établissements hospitaliers de la région, au prorata de leur EPRD. Pour le Centre hospitalier de Saint Malo, les objectifs de gains achats étaient de 782 224 € en 2015, 896 969 € en 2016 et plus de 1 M€ en 2017.

A travers les résultats des marchés, la cellule des marchés élabore le Plan d'Action Achats (PAA). Elle reporte et vérifie les gains achats indiqués par les acheteurs pour chaque piste identifiée dans le tableau mis à disposition par l'ARS.

La méthode de calcul utilisée est celle préconisée par le programme PHARE.

Dans le cadre d'un marché récurrent de services ou fournitures, pour les produits pour lesquels un prix inférieur au précédent est obtenu, le gain achat s'obtient par la multiplication de la quantité prévisionnelle annuelle par la différence de prix.

Lorsque la procédure le permet, les baisses de prix obtenues par les acheteurs dans le cadre de négociations avec les candidats constituent également des gains achats.

Des actions sur les pratiques, initiées par les acheteurs, peuvent également conduire à des gains achats, par des changements de référence de fournitures moins coûteuses, ou par la réduction de la fréquence de nettoyage de locaux administratifs par le prestataire extérieur par exemple.

Les gains obtenus ne correspondent cependant pas systématiquement à un gain budgétaire. En effet, l'établissement reste très dépendant de son environnement et notamment de la fluctuation des prix, de la hausse d'activité, d'achats nouveaux répondant à un nouveau besoin, d'une modification de la fiscalité ou de la réglementation. Le gain peut également s'entendre comme une dépense évitée qui ne se traduira pas forcément par une baisse réelle de la dépense.

Le premier plan d'action réalisé en 2014 a permis d'identifier un gain d'achat de 327 200 € pour un objectif de 503 000 €.

En 2015, le plan a permis un gain de 848 396 € pour un objectif de 782 224 €.

²⁵ Direction générale de l'offre de soins.

Lors de l'élaboration de l'EPRD, les gains budgétaires prévus dans le PAA sont pris en compte et mentionnés spécifiquement dans le rapport de présentation de l'EPRD. Ils sont réévalués ensuite lors des réunions infra annuelles de suivi des dépenses.

En dehors de la cotisation aux groupements de commandes auxquels adhère le Centre hospitalier de Saint Malo, les gains achats identifiés dans le PAA n'ont pas nécessité de moyens supplémentaires.

Ces cotisations sont compensées par le gain de temps dont bénéficient ainsi les acheteurs de l'établissement.

4.5.4. L'exemple des produits traceurs

Dans le cadre de l'enquête nationale sur les achats hospitaliers, il a été demandé à l'établissement de produire pour la période à 2015 l'évolution des quantités et des prix de 16 produits dits « traceurs » correspondant soit à des produits courants et peu onéreux, soit à des produits plus chers mais substituables et communs à la plupart des établissements de santé (annexe 7).

Il ressort de cette étude, après neutralisation des prothèses et de l'échographe pour lesquels les achats ne sont pas comparables d'une année sur l'autre, que le prix global est inférieur à celui de 2010 alors même que les quantités sont en augmentation.

Quantité 2010	Quantité 2015	Cout 2010	Cout 2015
38 200	26 600	169,61	191,52
3 150 000	3 625 000	64 664,56	81 120,48
55 908	63 948	2 281,05	2 378,87
359 808	443 929	15 111,94	18 645,02
526 160	483 800	17 047,58	15 675,12
39 165	54 021	999,69	1 599,51
14 905	24 741	486,98	884,12
346 424	529 473	3 536,99	4 865,33
60 102	49 844	5 892,40	4 246,71
40	38	2 743,82	3 008,29
27	11	25 043,00	8 523,00
8	64	2 679,04	22 903,85
26		55 204,97	
4 590 773	5 301 469	195 862	164 042

4.5.5. La spécificité des achats de médicaments et de produits d'imagerie

4.5.5.1. Les achats de médicaments

4.5.5.1.1. Le périmètre des achats de médicaments

Le volume des achats de médicaments a progressé de plus de 80 % entre 2010 et 2015, leur part dans les achats hospitaliers passant de 28 % en début de période à 36 % en 2015 soit plus du tiers des achats de l'établissement.

Cette évolution s'explique par la progression du volume des médicaments rétrocedés (annexe 8 et 9) pour lesquelles les recettes compensatoires sont passées de 2,25 M€ en 2011 à 5,17 M€ en 2015.

Cette dynamique s'explique également par l'apparition de molécules innovantes et donc onéreuses et de plus en plus intégrées aux protocoles de soins hospitaliers. Ces molécules, dont le financement est assuré par un remboursement en sus des tarifs des séjours, ont généré des recettes en hausse de plus de 82 % entre 2010 et 2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes T2A	2 831 857	3 130 485	3 814 592	4 014 351	4 546 044	5 164 806

En 2015, parmi les cinq premières molécules achetées, quatre étaient des anticancéreux et représentaient à elles seules plus du tiers des coûts des 20 premières molécules onéreuses prescrites dans l'établissement.

Le coût d'achat des 20 premières molécules onéreuses utilisées par la CHSM est passé de 2,7 M€ en 2010 à 4,9 M€ en 2015 soit une hausse de 81 %.

Même si l'établissement favorise la prescription de médicaments génériques, leur part ne progresse que faiblement en volume entre 2012 (32 %) et 2015 (35,4 %) et stagne en valeur passant de 9,7 % des achats en 2012 à 9,4 %.

4.5.5.1.2. *Le choix des médicaments*

Les médicaments achetés par le CHSM sont ceux présents au livret thérapeutique en vigueur dans l'établissement. Contrairement à la médecine de ville, le choix de prescription est donc limité pour les praticiens hospitaliers, le livret proposant des équivalences pour un certain nombre de molécules.

Le COMEDIMS a en charge le référencement de nouveaux médicaments et nouveaux dispositifs médicaux (DM) en fonction soit d'un nouveau besoin soit d'une évolution de gamme sur un produit ou un DM. Le nombre de médicaments référencés est stable. Une démarche est engagée pour supprimer les médicaments à service médical rendu insuffisant et limiter le nombre de spécialités dans certaines classes thérapeutiques (ex : statines, anti hypertenseurs). L'établissement favorise également la prescription des médicaments génériques.

En revanche, le référencement d'un médicament coûteux inclus dans le GHS nécessite une concertation entre pharmacien et médecin et une information de la direction.

Ces dernières années, les référencements des produits les plus coûteux correspondent à des produits de chimiothérapie et donc à des évolutions de prise en charge avec modifications de stratégie thérapeutique.

4.5.5.1.3. *La procédure d'achat des médicaments*

Pour l'achat de ses médicaments, l'établissement fait partie d'un groupement de commandes lui permettant de mutualiser près de 55 % de ses achats en valeur.

S'agissant des molécules onéreuses, la situation de monopole de certains produits interdit toute mise en concurrence. Comme le montrent les tableaux en annexe X, la quasi-totalité des 20 premières molécules onéreuses achetées par le CHSM entre 2010 et 2015 étaient en situation de monopole. En revanche, la mutualisation et la massification des achats au sein d'un groupement de commandes permet d'obtenir des prix plus avantageux pour l'établissement, lui permettant de dégager une marge bénéficiaire au regard des recettes T2A perçues. Ce gain est évalué à 88 000 € en 2015.

4.5.5.2. Les achats d'équipement d'imagerie

4.5.5.2.1. *Le montant des achats*

Les achats d'équipements d'imagerie ont représenté une dépense d'investissement de 3,7 M€ entre 2010 et 2015 (annexe 11), les achats les plus importants portant sur l'acquisition d'un IRM (1 M€) et de deux scanners (1,26 M€).

Un recensement des besoins en équipements biomédicaux est réalisé tous les deux ans par le centre hospitalier. Des fiches destinées à exprimer précisément les demandes en matériels sont adressées aux responsables de pôle. Suite à des échanges avec la communauté médicale et la direction, un plan d'investissement pluriannuel est arrêté.

Les achats d'équipements lourds d'imagerie (scanners et IRM) sont portés par le GCS d'imagerie médicale dont le Centre Hospitalier de Saint Malo est membre avec les radiologues de la SCM de radiologie « Les Cèdres ».

L'établissement propose aux fournisseurs, constructeurs ou courtiers spécialisés de racheter le matériel renouvelé. Cette reprise est indépendante de l'acte d'achat.

Depuis 2015, en ce qui concerne les équipements lourds (IRM / Scanner), et depuis 2014 pour les autres équipements d'imagerie, les constructeurs et courtiers spécialisés sont consultés pour obtenir une offre de reprise. Cette mise en concurrence concerne au minimum deux sociétés qui se déplacent pour estimer le matériel et proposer une offre pour son démontage et son évacuation. L'intervention est planifiée avec la société dont l'offre a été retenue, qui fournit un certificat d'enlèvement et de prise en charge, et devient ainsi propriétaire du matériel.

Ainsi, le scanner de marque SIEMENS, référence SOMATOM DEFINITION AS 128, hors serveur de post-traitement, a ainsi été racheté à 27 % de sa valeur initiale par un courtier spécialisé.

4.5.5.2.2. *Le coût d'exploitation*

La procédure de consultation prend en compte le prix d'achat en coût global intégrant non seulement le prix à l'achat, mais aussi les coûts de fonctionnement et de maintenance associés à l'usage du bien.

Des mesures d'économie sont mises en œuvre en matière d'achats d'imagerie :

-Pour les équipements lourds IRM et SCANNER : substitution du reprographe laser de films médicaux par un robot de gravure CD / DVD et une imprimante papier de type « 7760 Phaser » de marque « XEROX » ;

-Mise en place d'un système d'accès aux images et d'archivage « PACS » (de marque «Télémis») : impact sur les consommations de films ;

-Achat d'équipements d'imagerie utilisant un capteur plan et offrant donc une solution entièrement numérique.

Annexe 1: Evolution des capacités de l'établissement entre 2012 et 2015.

CH SAINT MALO				
	2012	2013	2014	2015
LITS ET PLACES INSTALLEES au 31/12				
MEDECINE Hospitalisation complète	270	295	306	306
<i>dont hospitalisation conventionnelle</i>				281
<i>dont hospitalisation de semaine</i>				25
MEDECINE Hospitalisation de jour	10	8	10	10
MEDECINE Places dialyse et HDJ Onco Hémato	18	18	18	20
Total MEDECINE	298	321	334	336
CHIRURGIE Hospitalisation complète	78	78	66	66
<i>dont hospitalisation conventionnelle</i>				53
<i>dont hospitalisation de semaine</i>				13
CHIRURGIE Hospitalisation de jour	15	15	15	15
Total CHIRURGIE (compris gynéco et IVG)	93	93	81	81
Total OBSTETRIQUE	28	28	28	25
TOTAL M.C.O.	419	442	443	442
dont Total MCO - Hospitalisation complète	376	401	400	397
dont Total MCO - Hospitalisation de jour	25	23	25	25
Soins de suite et de réadaptation - Hospitalisation complète	50	50	48	50
Soins de suite et de réadaptation - Hospitalisation de jour (SSRNL)	8	8	8	8
Total SSR	58	58	56	58
PSYCHIATRIE ADULTES - Hospitalisation à temps plein	86	86	86	86
PSYCHIATRIE ADULTES - Hospitalisation à temps partiel de jour	20	20	20	20
PLACEMENT FAMILIAL	7	7	7	7
Total PSYCHIATRIE ADULTES	113	113	113	113
PEDO PSYCHIATRIE - Hospitalisation à temps plein	7	7	7	7
PEDO PSYCHIATRIE - Hospitalisation à temps partiel	28	28	28	28
Total PEDO PSYCHIATRIE	35	35	35	35
HDJ d'Addictologie	10	10	10	10
Total ADDICTOLOGIE	10	10	10	10
U.S.L.D.	83	83	83	83
E.H.P.A.D.	257	257	257	257
Total PERSONNES AGEES	340	340	340	340
FOYER DE VIE Quatre Pavillons - Hébergement complet	43	43		
FOYER DE VIE Quatre Pavillons - Accueil de jour	10	10		
Total FOYER DE VIE	53	53		
TOTAL CENTRE HOSPITALIER	1 028	1 051	997	998

Annexe 2 : Evolution des achats entre 2010 et 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Etat des comptes pour l'exercice	Définitifs	Définitifs	Définitifs	Définitifs	Définitifs	Provisaires
601 - Achats stockés de matières premi						
602 - Achats stockés ; autres approvisio	15 832 298,58	16 780 058,56	18 367 227,07	18 358 706,03	21 775 570,11	23 308 391,00
<i>dont 6021 - Produits pharmaceutiques et p</i>	8 224 938,80	8 867 718,90	10 216 304,54	10 047 570,74	13 155 081,43	14 406 684,40
<i>dont 60211 - Spécialités pharmaceutiques</i>	5 826 841,36	6 087 774,40	7 148 818,19	7 158 728,71	9 889 712,84	9 926 767,24
<i>dont 60212 - Spécialités pharmaceutiques</i>	5 594,90				68 222,40	1 125 696,48
<i>dont 60213 - Spécialités pharmaceutiques</i>	209 791,13	162 290,66	214 518,43	58 152,29	50 370,95	124 663,19
606 - Achats non stockés de matières et	3 067 299,06	3 427 461,55	3 672 109,28	3 945 001,64	3 736 143,15	3 464 413,85
607 - Achats de marchandises						
609 - Rabais, remises et ristournes obten						
60 - Sous total comptes 60	18 899 597,64	20 207 520,11	22 039 336,35	22 303 707,67	25 511 713,26	26 654 442,73
61 - Comptes 61*	4 018 791,20	4 412 637,11	4 846 658,17	5 094 068,01	5 502 983,44	5 797 297,30
621 - Personnel extérieur à l'établissement	829 545,61	374 664,69	592 467,95	1 218 207,52	1 170 585,04	950 071,76
622 - Rémunérations d'intermédiaires et	322 827,79	266 921,39	393 407,04	621 664,25	183 184,66	229 089,73
623 - Informations, publications, relation	57 896,41	67 157,00	68 705,04	48 237,31	42 583,83	54 696,06
624 - Transports de biens, d'usagers et t	111 255,90	137 810,32	160 404,54	177 462,92	166 302,56	137 387,39
6255 - Frais de déménagement	9 755,10	1 381,83	3 108,11	1 743,75	5 887,81	8 182,39
6257 - Réceptions	20 826,32	14 467,36	13 619,69	19 892,79	17 819,30	28 249,92
626 - Frais postaux et frais de télécomm	334 521,17	382 680,17	375 313,23	387 805,52	373 132,44	388 548,85
627 - Services bancaires et assimilés	8 370,52	10 596,21	34 916,54	53 139,81	24 235,35	32 641,36
628 - Prestations de services à caractèr	2 365 098,92	2 518 279,26	2 705 487,84	3 109 023,09	3 151 692,00	3 532 547,51
<i>dont 6288 - Autres prestations diverses</i>	1 154 734,73	1 220 271,06	1 239 867,73	1 596 127,59	1 853 548,36	1 970 686,63
629 - Rabais, remises, ristournes obtenu						
62 - Sous total comptes 62	4 060 097,74	3 773 958,23	4 347 429,98	5 637 176,96	5 135 422,99	5 605 547,51
T6 - TOTAL DES ACHATS Classe 6	26 978 486,58	28 394 115,45	31 233 424,50	33 034 952,64	36 150 119,69	38 057 287,54
E6 - EVOLUTION annuelle des achats cla	-	(1 415 628,87)	(2 839 309,05)	(1 801 528,14)	(3 115 167,05)	(1 907 167,85)
7071 - Rétrocession de médicaments	2 145 239,42	2 258 003,70	2 140 936,31	2 295 836,62	4 524 406,39	517 148,66
73112 - Produits des médicaments factu	2 831 857,00	3 130 485,00	3 814 592,00	4 014 351,00	4 546 044,00	5 164 806,00
73113 - Produits des dispositifs médica	1 398 058,00	1 655 243,00	1 669 937,00	1 764 440,00	1 876 135,00	1 975 613,00
Total des net des achats hos	#####	21 350 383,75	23 607 959,19	24 960 325,02	25 203 534,30	30 399 719,88

Annexe 3 : Nombre annuel de marchés et répartition par type de procédure.

Nombre annuel de marchés				
CH Saint Malo	2012	2013	2014	2015
TOTAL	44	32	27	30
AO	6	4	3	3
MAPA	34	18	22	23
Art 35	2			1
UGAP	Un numéro de marché n'est pas systématiquement attribué aux achats à l'UGAP			
Groupements d'achats	2	10	2	3

Source : CH St Malo

Montant annuel des achats par type de procédure				
CH Saint Malo	2012	2013	2014	2015
TOTAL	34 038 105,19 €	21 759 945,31 €	10 656 096,03 €	22 683 455,82 €
AO	14 879 692,43 €	4 219 782,92 €	2 717 659,23 €	3 087 697,28 €
MAPA	7 300 845,96 €	1 290 885,33 €	5 467 452,96 €	2 094 150,73 €
Art 35	167 760,00 €			133 148,24 €
UGAP	2 175 935,71 €	1 311 892,83 €	1 621 229,90 €	1 271 283,18 €
Groupements d'achats	9 513 871,09 €	14 937 384,23 €	849 753,94 €	16 097 176,39 €

Source : CH St Malo

Annexe 4: Personnels affectés à la fonction achat au CHSM

Secteurs	ETP	Grades	coût moyen annuel d'un ETP (€)	coût acheteurs (€)
Unité biomédicale	0,50	ingénieur principal	80 336	40 168
	1,00	TSH	54 311	54 311
Unité Equipements Hôteliers et généraux	1,00	TSH	54 311	54 311
	0,50	ACH	42 921	21 460
Unité Médical / Hygiène	1,00	ACH	42 921	42 921
	0,25	AAH	64 640	16 160
Unité Hôtelière	0,85	AAH	64 640	54 944
Coût acheteurs DAEL CHT				284 275 €
Cellule des marchés	1,00	ACH	42 921	42 921
	1,00	Adj Administratif	35 366	35 366
Coût cellule des marchés CHT				78 287 €

Source : CHSM

0,20	ingénieur	80 336	16 067
0,50	TSH	54 311	27 156
0,70	Adj Administratif	35 366	24 756
Coût Direction Travaux CHSM			67 979 €

Annexe 5: Nombre et volume financiers des marchés passés dans le cadre de la CHT.

■ Nombre annuel de marchés				
CHT	2012	2013	2014	2015
TOTAL	3	4	4	8
AO	1	1	1	2
MAPA	2	2	3	6
Art 35		1		
UGAP				
Groupements d'achats				

Source : Ch St Malo

Montant annuel des achats par type de procédure				
CHT	2012	2013	2014	2015
TOTAL	565 881,66 €	524 829,86 €	434 135,24 €	1 621 631,35 €
AO	472 607,48 €	241 386,76 €	252 491,24 €	1 402 278,37 €
MAPA	93 274,18 €	36 392,58 €	181 644,00 €	219 352,98 €
Art 35		247 050,52 €		
UGAP				
Groupements d'achats				

Source : CH St Malo

N°	Objet	Montant HT	Début	Fin
Année 2012				
120134	Fourniture et assistance à la mise en place solution de gestion doc et projet DSIO	79 843	14/02/2012	13/02/2015
120207	Prestations nettoyage de locaux	1 409 643	19/03/2012	31/03/2016
12257	Fourniture et installation divers Mobiliers EHPAD	252 793	26/10/2012	25/10/2013
120263	Prestation d'aide au recodage activité PMSI MCO	150 000	31/12/2012	30/12/2013
Année 2013				
130014	Sécurité incendie et gardiennage	3 014 274	01/02/2013	31/01/2017
130186	Maintenance sécurité incendie et extincteurs	312 041	01/01/2014	31/12/2014
130146	Prestations ergonome & psychologue du travail	197 000	15/07/2013	31/12/2015
130199	Accompagnement à l'accréditation COFRAC	83 913	17/10/2013	16/10/2016
130174	Travaux HDS Cardiologie	82 835	21/10/2013	30/03/2014
Année 2014				
140001	Travaux sécurité ABLMN	2 998 156	08/01/2014	08/04/2015
140006	Travaux réfection salles de bains La Briantais	31 106	10/01/2014	25/05/2014
140018	Travaux restructuration plateau technique réeduc.	226 266	17/03/2014	16/08/2014
140024	Entretien des robinetteries	10 915	01/01/2014	31/12/2014
140034	Entretien espaces verts	139 260	01/04/2014	31/03/2016
140120	Travaux hall bâtiment A	352 938	22/04/2014	31/12/2014
140194	Travaux restructuration partielle 2ème étage Bât. B	673 411	01/10/2014	31/01/2015
140139	Fournitures ateliers	236 080	01/09/2014	31/12/2017
Année 2015				
150127	Travaux Bât A - Etages 2 & 3	337 565	13/04/2015	31/12/2015
150199	Travaux de plomberie (prévention risque légionelles)	354 467	21/10/2015	28/02/2018

Annexe 7 : Liste des produits 16 traçeurs achetés de 2010 à 2015

service concerné	Produit	2010					observations
		Achat mutualisé	procédure	PU HT	Qtés	montant TTC	
Pharmacie	abaisse langue	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,003700	200	169,61	
DAEL unité MH	gants de soin vinyl non stérile sans poudre	Oui, Groupement DM	AO, marchés à BC	0,017107	3 150	64 664,56	
Pharmacie	seringues deux pièces 10 ml	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,034000	908	2 281,05	
Pharmacie	couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,035000	808	15 111,94	
Pharmacie	compresse non tissée stérile 40g	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,027000	160	17 047,58	
Pharmacie	acide acétylsalicylique voie orale - 75 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0250	165	999,69	
Pharmacie	furosémide gel 20 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0320	905	486,98	
Pharmacie	paracétamol en gélule	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0100	424	3 536,99	
DAEL Hôtelier	changes bébé (couches) 2-5Kg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0817	102	5 892,40	
DAEL unité MH	ped à perfusion roulant	NON	UGAP	57,16	40	2 743,82	
DAEL Biomédical	pousse seringue électrique une voie	NON	UGAP	775,00	27	25 043,00	
DAEL Equipements	matelas anti escarre	non		279,07	8	2 679,04	fourchette prix de 209,30 € à 488,36 €HT
DAEL Equipements	lit médicalisé électrique à hauteur variable	non	UGAP	769,39	26	55 204,97	fourchette prix de 1427,25 € (lit MCO) à 5875 €HT (lit bariatrique)
DAEL Biomédical	échographe portable (et non ultra portable)	NON	UGAP	582,00	2	117 904,00	
Pharmacie	prothèse totale de hanche	non	ao		-		
DAEL Biomédical	bistouri électrique				-		

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne

Centre hospitalier de Saint Malo – Exercices 2012 et suivants

service concerné	Produit	2011					
		Achat mutualisé	procédure	PU HT	Qtés	montant TTC	observations
Pharmacie	abaisse langue	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,008400	42	423,46	
DAEL unité MH	gants de soin vinyl non stérile sans poudre	Oui, Groupement DM	AO, marchés à BC	0,017384	3 388 000	70 675,42	
Pharmacie	seringues deux pièces 10 ml	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,034000	707	2 313,65	
Pharmacie	couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,035000	292	16 266,26	
Pharmacie	compresse non tissée stérile 40g	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,034000	450	23 192,76	
Pharmacie	acide acétylsalicylique voie orale - 75 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0270	461	1 087,82	
Pharmacie	furosémide gel 20 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0320	155	527,82	
Pharmacie	paracétamol en gélule	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0100	818	3 928,99	
DAEL Hôtelier	changes bébé (couches) 2-5Kg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0727	344	5 002,69	
DAEL unité MH	ped à perfusion roulant	NON	UGAP	54,74	51	3 349,87	
DAEL Biomédical	pousse seringue électrique une voie				-		
DAEL Equipements	matelas anti escarre	non	MAPA	273,69	91	29 886,92	fourchette de 199,57 €HT (matelas Vhénus) à 1742 €HT (matelas Autologic)
DAEL Equipements	lit médicalisé électrique à hauteur variable	non	UGAP	1 428,86	30	51 439,09	(lits MCO)
DAEL Biomédical	échographe portable (et non ultra portable)	NON	UGAP	22 114,00	1	26 448,00	
Pharmacie	prothèse totale de hanche	non	ao	tige 649 €, tête 301 €, cupule 522 €, insert 303 €	31	58 051,38	
DAEL Biomédical	bistouri électrique				0		

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne

Centre hospitalier de Saint Malo – Exercices 2012 et suivants

service concerné	Produit	2012					observations
		Achat mutualisé	procédure	PU HT	Qtés	montant TTC	
Pharmacie	abaisse langue	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,005600	41 490	278,81	
DAEL unité MH	gants de soin vinyl non stérile sans poudre	Oui, Groupement DM	AO, marchés à BC	0,019125	3 690 400	84 693,22	
Pharmacie	seringues deux pièces 10 ml	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,029800	61 841	2 211,43	
Pharmacie	couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,035000	467 064	19 616,69	
Pharmacie	compresse non tissée stérile 40g	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,030000	571 680	20 580,48	
Pharmacie	acide acétylsalicylique voie orale - 75 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0270	44 912	1 238,09	
Pharmacie	furosémide gel 20 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0320	18 258	596,53	
Pharmacie	paracétamol en gélule	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0100	456 354	4 659,37	
DAEL Hôtelier	changes bébé (couches) 2-5Kg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0787	65 450	6 181,10	
DAEL unité MH	ped à perfusion roulant	NON	UGAP	42,54	36	1 837,82	
DAEL Biomédical	pousse seringue électrique une voie	non	< 15K € HT	770,00	6	5 525,00	
DAEL Equipements	matelas anti escarre	non	devis et UGAP	322,44	109	42 175,51	fourchette prix de 231,72 (matelas Vhénus) à 2870,40 €HT (matelas Sentry)
DAEL Equipements	lit médicalisé électrique à hauteur variable	non	MAPA	1 296,28	53	82 443,99	fourchette prix de 1136,45 € (lit hydraulique pour Psychiatrie) à 1983,56 €HT (lit grands enfants Pédiatrie)
DAEL Biomédical	échographe portable (et non ultra portable)				-		
Pharmacie	prothèse totale de hanche	non	ao	tige 649 €, tête 301 €, cupule 522 €, insert 303 €	61	114 230,13	
DAEL Biomédical	bistouri électrique				-		

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne

Centre hospitalier de Saint Malo – Exercices 2012 et suivants

service concerné	Produit	2013					
		Achat mutualisé	procédure	PU HT	Qtés	montant TTC	observations
Pharmacie	abaisse langue	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,005600	400 ³²	217,73	
DAEL unité MH	gants de soin vinyl non stérile sans poudre	Oui, Groupement DM	AO, marchés à BC	0,019716	4 168 800	98 630,51	
Pharmacie	seringues deux pièces 10 ml	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,029800	762 ⁵⁹	2 137,09	
Pharmacie	couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,035000	431 ³²⁸	18 115,78	
Pharmacie	compresse non tissée stérile 40g	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,030000	250 ⁵¹¹	18 405,00	
Pharmacie	acide acétylsalicylique voie orale - 75 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0290	556 ⁴⁷	1 408,09	
Pharmacie	furosémide gel 20 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0350	911 ²¹	782,99	
Pharmacie	paracétamol en gélule	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0090	444 ⁴⁶⁰	4 231,02	
DAEL Hôtelier	changes bébé (couches) 2-5Kg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0728	676 ⁵⁵	4 863,86	
DAEL unité MH	ped à perfusion roulant	NON	UGAP	43,86	60	3 157,59	
DAEL Biomédical	pousse seringue électrique une voie	NON	UGAP	791,00	14	12 985,00	
DAEL Equipements	matelas anti escarre	non	devis et UGAP	737,02	43	38 030,15	fourchette prix de 182,39 € (matelas Alova) à 2285,88 €HT (matelas Autologic)
DAEL Equipements	lit médicalisé électrique à hauteur variable	non	MAPA et UGAP	1 631,33	173	338 665,20	dont : lit PUHT 1243 € (hydraulique Psychiatrie) / lit PUHT 1538 € (hôtelier EHPAD) / lit PUHT 2295 € (lit MCO) / lit PUHT 5621 € (lit bariatrique)
DAEL Biomédical	échographe portable (et non ultra portable)				-		
Pharmacie	prothèse totale de hanche	non	ao	tige 649 €, tête 301 €, cupule 522 €, insert 303 €	66	123 593,25	
DAEL Biomédical	bistouri électrique	NON	< 15K € HT	3 130,00	1	3 744,00	bistouri électrique utilisé uniquement en cardiologie lors des implantations de pacemaker

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne

Centre hospitalier de Saint Malo – Exercices 2012 et suivants

		2014					
service concerné	Produit	Achat mutualisé	procédure	PU HT	Qtés	montant TTC	observations
Pharmacie	abaisse langue	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,005500	29 500	194,70	
DAEL unité MH	gants de soin vinyl non stérile sans poudre	Oui, Groupement DM	AO, marchés à BC	0,018050	3 711 000	80 381,88	
Pharmacie	seringues deux pièces 10 ml	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,031000	61 841	2 300,49	
Pharmacie	couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,035000	424 416	17 825,47	
Pharmacie	compresse non tissée stérile 40g	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,027000	498 900	16 164,36	
Pharmacie	acide acétylsalicylique voie orale - 75 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0290	53 505	1 584,23	
Pharmacie	furosémide gel 20 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0350	24 526	876,44	
Pharmacie	paracétamol en gélule	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0090	525 918	4 832,66	
DAEL Hôtelier	changes bébé (couches) 2-5Kg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0730	55 962	4 902,27	
DAEL unité MH	ped à perfusion roulant	NON	UGAP	43,12	30	1 552,39	
DAEL Biomédical	pousse seringue électrique une voie	NON	UGAP	784,00	36	33 883,00	
DAEL Equipements	matelas anti escarre	non	UGAP	217,82	14	3 659,32	
DAEL Equipements	lit médicalisé électrique à hauteur variable	non	UGAP	2 030,15	26	63 340,86	lits MCO
DAEL Biomédical	échographe portable (et non ultra portable)	NON	MAPA	28 993,00	1	34 792,00	
Pharmacie	prothèse totale de hanche	non	ao	tige 649 € , tête 301 € , cupule 522 € , insert 303 €	62	116 102,75	
DAEL Biomédical	bistouri électrique				-		

service concerné	Produit	2015					
		Achat mutualisé	procédure	PU HT	Qtés	montant TTC	observations
Pharmacie	abaisse langue	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,006000	600 ²⁶	191,52	
DAEL unité MH	gants de soin vinyl non stérile sans poudre	Oui, Groupement DM	AO, marchés à BC	0,018648	3 625 000	81 120,48	
Pharmacie	seringues deux pièces 10 ml	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,031000	948 ⁶³	2 378,87	
Pharmacie	couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,035000	929 ⁴⁴³	18 645,02	
Pharmacie	compresse non tissée stérile 40g	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,027000	800 ⁴⁸³	15 675,12	
Pharmacie	acide acétylsalicylique voie orale - 75 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0290	021 ⁵⁴	1 599,51	
Pharmacie	furosémide gel 20 mg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0350	741 ²⁴	884,12	
Pharmacie	paracétamol en gélule	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0090	473 ⁵²⁹	4 865,33	
DAEL Hôtelier	changes bébé (couches) 2-5Kg	Oui, Groupement	AO, marchés à BC	0,0710	844 ⁴⁹	4 246,71	
DAEL unité MH	ped à perfusion roulant	NON	UGAP	65,97	38	3 008,29	30 à 43,98 € HT l'unité + 8 à 148,42 € HT l'unité
DAEL Biomédical	pousse seringue électrique une voie	NON	UGAP	645,00	11	8 523,00	
DAEL Equipements	matelas anti escarre	non	devis et UGAP	298,23	64	22 903,85	fourchette prix de 186 € (matelas NP150) à 2239,75 €HT (matelas Sentry)
DAEL Equipements	lit médicalisé électrique à hauteur variable						lits acquis fin d'année mais impactés sur exercice 2016
DAEL Biomédical	échographe portable (et non ultra portable)	NON	< 25K € HT	14 150,00	1	16 980,00	Le prix du marché correspond aux sondes achetées et aux logiciels implantés dans l'échographe portable
Pharmacie	prothèse totale de hanche	non	ao	tige 649 € , tête 301 € , cupule 522 € , insert 303 €	65	121 720,63	
DAEL Biomédical	bistouri électrique				-		

Annexe 8: Liste des 20 premières molécules onéreuses prescrites entre 2010 et 2015

2010					
Code produit	Libellé	Nbre	Procédures utilisées	conditions de mise en concurrence	Criteres de choix
589157	TRASTUZUMAB 150MG FL INJ	417 769	Appel d'offre	monopole	NA
352990	IG POLYVALENTES 10G	273 954	Appel d'offre	monopole	NA
559518	DOCETAXEL 80MG/4ML FL INJ	264 592	Appel d'offre	monopole	NA
926111	BEVACIZUMAB 400MG/16ML FL INJ	258 955	Appel d'offre	monopole	NA
564957	BORTEZOMIB 3,5MG FL INJ	185 011	Appel d'offre	monopole	NA
805660	azaCITIDine 100MG FL INJ	182 192	Appel d'offre	monopole	NA
926177	PEMETREXED 500MG FL INJ	180 104	Appel d'offre	monopole	NA
560602	RITUXIMAB 500MG/50ML FL INJ	146 906	Appel d'offre	monopole	NA
558811	ABCIXIMAB 10MG/5ML FL INJ	98 300	Appel d'offre	monopole	NA
929335	NATALIZUMAB 300MG/15ML INJ	91 890	Appel d'offre	monopole	NA
562070	INFLIXIMAB 100MG INJ	78 143	Appel d'offre	monopole	NA
926110	BEVACIZUMAB 100MG 4ML	77 836	Appel d'offre	monopole	NA
931167	PEMETREXED 100MG FL INJ	67 586	Appel d'offre	monopole	NA
359290	VORICONAZOLE 200MG CPR	62 493	Appel d'offre	monopole	NA
929334	TYSABRI 300MG/15ML SOL INJ	60 647	Appel d'offre	monopole	NA
558007	PARACETAMOL 1G/100ML POCHE	59 688	Appel d'offre	equivalents	PRIX
561896	HYDROXYDE FER 100MG INJ	51 900	Appel d'offre	monopole	NA
930111	CETUXIMAB 500MG/100ML	49 382	Appel d'offre	monopole	NA
589054	IG POLYVALENTES 10G	47 575	Appel d'offre	monopole	NA
563261	DOXORUBICINE LIP PEG 50MG/25ml INJ	44 263	Appel d'offre	monopole	NA

Source : CH St-Malo

2 701 196

2011						
Code produit	Libellé	Nbre	P.U. TTC	Procédures utilisées	conditions de mise en concurrence	Critères de choix
589157	TRASTUZUMAB 150MG FL INJ	538 333	609 €	Appel d'offre	monopole	NA
926177	PEMETREXED 500MG FL INJ	225 437	1 164 €	Appel d'offre	monopole	NA
929335	NATALIZUMAB 300MG/15ML INJ	224 225	1 837 €	Appel d'offre	monopole	NA
926111	BEVACIZUMAB 400MG/16ML FL INJ	217 341	1 111 €	Appel d'offre	monopole	NA
352990	IG POLYVALENTES 10G	215 158	404 €	Appel d'offre	monopole	NA
560602	RITUXIMAB 500MG/50ML FL INJ	215 033	1 346 €	Appel d'offre	monopole	NA
559518	DOCETAXEL 80MG/4ML FL INJ	194 262	184 €	Appel d'offre	monopole	NA
564957	BORTEZOMIB 3,5MG FL INJ	165 072	1 121 €	Appel d'offre	monopole	NA
928489	IG POLYVALENTES 20G	129 926	733 €	Appel d'offre	monopole	NA
562070	INFLIXIMAB 100MG INJ	111 907	520 €	Appel d'offre	monopole	NA
930111	CETUXIMAB 500MG/100ML	85 908	964 €	Appel d'offre	monopole	NA
554838	cefTRIAxone 1G IV INJ	84 625	0 €	Appel d'offre	équivalents	prix
805660	azaCITIDine 100MG FL INJ	75 835	361 €	Appel d'offre	monopole	NA
359290	VORICONAZOLE 200MG CPR	67 116	38 €	Appel d'offre	monopole	NA
558811	ABCIXIMAB 10MG/5ML FL INJ	66 250	305 €	Appel d'offre	monopole	NA
564338	CASPOFUNGINE 50MG INJ	61 160	448 €	Appel d'offre	monopole	NA
931167	PEMETREXED 100MG FL INJ	60 171	273 €	Appel d'offre	monopole	NA
925092	DARBEPOETINE 500 MCG SER=ARANESP	59 602	648 €	Appel d'offre	monopole	NA
558007	PARACETAMOL 1G/100ML POCHE	58 847	1 €	Appel d'offre	équivalents	prix
352500	IG POLYVALENTES 5G	57 459	202 €	Appel d'offre	monopole	NA

Source : CH St-Malo

2 915 679

2012						
Code produit	Libellé	Nbre	P.U. TTC	Procédures utilisées	conditions de mise en concurrence	Critères de choix
589157	TRASTUZUMAB 150MG FL INJ	626 762	609 €	Appel d'offre	monopole	NA
926111	BEVACIZUMAB 400MG/16ML FL INJ	465 110	1 111 €	Appel d'offre	monopole	NA
352990	IG POLYVALENTES 10G	357 680	404 €	Appel d'offre	monopole	NA
560602	RITUXIMAB 500MG/50ML FL INJ	352 656	1 346 €	Appel d'offre	monopole	NA
929335	NATALIZUMAB 300MG/15ML INJ	242 590	1 837 €	Appel d'offre	monopole	NA
805660	azaCITIDine 100MG FL INJ	208 415	361 €	Appel d'offre	monopole	NA
928489	IG POLYVALENTES 20G	203 042	733 €	Appel d'offre	monopole	NA
564957	BORTEZOMIB 3,5MG FL INJ	202 763	1 121 €	Appel d'offre	monopole	NA
926177	PEMETREXED 500MG FL INJ	199 934	1 164 €	Appel d'offre	monopole	NA
562070	INFLIXIMAB 100MG INJ	156 793	492 €	Appel d'offre	monopole	NA
930111	CETUXIMAB 500MG/100ML	104 182	964 €	Appel d'offre	monopole	NA
931167	PEMETREXED 100MG FL INJ	72 069	244 €	Appel d'offre	monopole	NA
925092	DARBEPOETINE 500 MCG SER=ARANESP	68 241	648 €	Appel d'offre	monopole	NA
558811	ABCIXIMAB 10MG/5ML FL INJ	68 078	305 €	Appel d'offre	monopole	NA
917045	PPSB 500UI/20ML	62 183	163 €	Appel d'offre	monopole	NA
331721	CARBOPLATINE 600MG/60ML FL INJ	60 197	16 €	Appel d'offre	monopole	NA
558007	PARACETAMOL 1G/100ML POCHE	59 072	1 €	Appel d'offre	équivalents	prix
329779	ALTEPLASE 50MG PDR INJ	57 477	709 €	Appel d'offre	monopole	NA
359290	VORICONAZOLE 200MG CPR	54 416	38 €	Appel d'offre	monopole	NA
559518	DOCETAXEL 80MG/4ML FL INJ	47 078	184 €	Appel d'offre	monopole	NA

Source : CH St-Malo

3 623 671

2013						
Code produit	Libellé	Nbre	P.U. TTC	Procedures utilisées	conditions de mise en concurrence	Criteres de choix
926111	BEVACIZUMAB 400MG/16ML FL INJ	452 419	1 003 €	Appel d'offre	monopole	NA
589157	TRASTUZUMAB 150MG FL INJ	439 118	548 €	Appel d'offre	monopole	NA
560602	RITUXIMAB 500MG/50ML FL INJ	434 798	1 346 €	Appel d'offre	monopole	NA
805660	azaCITIDine 100MG FL INJ	367 885	325 €	Appel d'offre	monopole	NA
564957	BORTEZOMIB 3,5MG FL INJ	345 226	1 065 €	Appel d'offre	monopole	NA
926177	PEMETREXED 500MG FL INJ	300 097	1 094 €	Appel d'offre	monopole	NA
928489	IG POLYVALENTES 20G	232 317	653 €	Appel d'offre	monopole	NA
929335	NATALIZUMAB 300MG/15ML INJ	227 887	1 837 €	Appel d'offre	monopole	NA
352990	IG POLYVALENTES 10G	227 078	398 €	Appel d'offre	monopole	NA
562070	INFLIXIMAB 100MG INJ	206 979	443 €	Appel d'offre	monopole	NA
923886	AGALSIDASE ALPHA 3,5 MG INJ	157 505	1 633 €	Appel d'offre	monopole	NA
930111	CETUXIMAB 500MG/100ML	131 158	841 €	Appel d'offre	monopole	NA
931167	PEMETREXED 100MG FL INJ	77 175	229 €	Appel d'offre	monopole	NA
931901	OXYCODONE 50MG/ML SOL INJ	62 602	8 €	Appel d'offre	monopole	NA
329779	ALTEPLASE 50MG PDR INJ	55 456	773 €	Appel d'offre	monopole	NA
558007	PARACETAMOL 1G/100ML POCHE	52 455	1 €	Appel d'offre	equivalents	PRIX
563261	DOXORUBICINE LIP PEG 50MG/25ml INJ	51 765	944 €	Appel d'offre	monopole	NA
558811	ABCIXIMAB 10MG/5ML FL INJ	51 287	305 €	Appel d'offre	monopole	NA
917045	PPSB 500UI/20ML	48 757	163 €	Appel d'offre	monopole	NA
936895	ERIBULINE 0,4MG/ML	48 041	326 €	Appel d'offre	monopole	NA

Source : CH St-Malo

3 923 978

2014						
Code produit	Libellé	Nbre	P.U. TTC	Procédures utilisées	conditions de mise en concurrence	Criteres de choix
560602	RITUXIMAB 500MG/50ML FL INJ	495 368	1 346 €	Appel d'offre	monopole	NA
589157	TRASTUZUMAB 150MG FL INJ	439 185	548 €	Appel d'offre	monopole	NA
564957	BORTEZOMIB 3,5MG FL INJ	399 972	1 065 €	Appel d'offre	monopole	NA
805660	azaCITIDine 100MG FL INJ	396 561	325 €	Appel d'offre	monopole	NA
926111	BEVACIZUMAB 400MG/16ML FL INJ	385 598	1 003 €	Appel d'offre	monopole	NA
352990	IG POLYVALENTES 10G	347 821	398 €	Appel d'offre	monopole	NA
562070	INFLIXIMAB 100MG INJ	286 369	443 €	Appel d'offre	monopole	NA
926177	PEMETREXED 500MG FL INJ	240 099	1 094 €	Appel d'offre	monopole	NA
929335	NATALIZUMAB 300MG/15ML INJ	223 825	1 837 €	Appel d'offre	monopole	NA
930111	CETUXIMAB 500MG/100ML	220 238	841 €	Appel d'offre	monopole	NA
589054	IG POLYVALENTES 10G	162 488	326 €	Appel d'offre	monopole	NA
923886	AGALSIDASE ALPHA 3,5 MG INJ	140 603	1 633 €	Appel d'offre	monopole	NA
928489	IG POLYVALENTES 20G	117 404	653 €	Appel d'offre	monopole	NA
329779	ALTEPLASE 50MG PDR INJ	83 446	773 €	Appel d'offre	monopole	NA
359290	VORICONAZOLE 200MG CPR	74 986	38 €	Appel d'offre	monopole	NA
931167	PEMETREXED 100MG FL INJ	69 290	229 €	Appel d'offre	monopole	NA
938208	ALFA1-ANTITRYPSINE 4G/120ML INJ	61 681	1 814 €	Appel d'offre	monopole	NA
931901	OXYCODONE 50MG/ML SOL INJ	61 175	8 €	Appel d'offre	monopole	NA
558811	ABCIXIMAB 10MG/5ML FL INJ	60 446	305 €	Appel d'offre	monopole	NA
917865	COLLE BIOLOGIQUE 5ML	54 153	398 €	Appel d'offre	monopole	NA

Source : CH St-Malo

4 322 724

2015						
Code produit	Libellé	Nbre	P.U. TTC	Procédures utilisées	conditions de mise en concurrence	Critères de choix
926111	BEVACIZUMAB 400MG/16ML FL INJ	489 099	1 003 €	Appel d'offre	monopole	NA
929922	ECULIZUMAB 300MG/30ML FL INJ	461 930	4 441 €	Appel d'offre	monopole	NA
564957	BORTEZOMIB 3,5MG FL INJ	432 712	1 065 €	Appel d'offre	monopole	NA
805660	azaCITIDine 100MG FL INJ	397 860	325 €	Appel d'offre	monopole	NA
560602	RITUXIMAB 500MG/50ML FL INJ	397 082	1 346 €	Appel d'offre	monopole	NA
931266	IG POLYVALENTES 20G	329 873	649 €	Appel d'offre	monopole	NA
926177	PEMETREXED 500MG FL INJ	301 149	1 094 €	Appel d'offre	monopole	NA
562070	INFLIXIMAB 100MG INJ	272 816	443 €	Appel d'offre	monopole	NA
940563	NIVOLUMAB 100MG/10ML=OPDIVO	225 488	1 455 €	Appel d'offre	monopole	NA
589157	TRASTUZUMAB 150MG FL INJ	224 747	548 €	Appel d'offre	monopole	NA
930111	CETUXIMAB 500MG/100ML	217 003	841 €	Appel d'offre	monopole	NA
940003	TRASTUZUMAB 600MG/5ML SC	191 440	1 507 €	Appel d'offre	monopole	NA
352990	IG POLYVALENTES 10G	178 810	408 €	Appel d'offre	monopole	NA
923505	AGALSIDASE BETA 35MG FL INJ	169 996	3 269 €	Appel d'offre	monopole	NA
929335	NATALIZUMAB 300MG/15ML INJ	167 971	1 761 €	Appel d'offre	monopole	NA
939510	PERTUZUMAB 420MG SOL INJ	160 700	2 921 €	Appel d'offre	monopole	NA
928489	IG POLYVALENTES 20G	116 401	851 €	Appel d'offre	monopole	NA
931167	PEMETREXED 100MG FL INJ	72 734	229 €	Appel d'offre	monopole	NA
329779	ALTEPLASE 50MG PDR INJ	61 923	773 €	Appel d'offre	monopole	NA
558811	ABCIXIMAB 10MG/5ML FL INJ	58 440	366 €	Appel d'offre	monopole	NA

Source : CH St-Malo

4 930 189

Annexe 9: Evolution des 10 premiers produits rétrocedés entre 2010 et 2015.

2010		2011		2012		
1	bosentan	208 078 euros	Lenalidomide 10 mg	215 334 euros	Lenalidomide 10 mg	196 551 euros
2	Lenalidomide 10mg gelule	206 581 euros	bosentan 125mg cpr	179 344 euros	Lenalidomide 25mg gelule	162 430 euros
3	Lenalidomide 15mg gelule	80 811 euros	Lenalidomide 15mg gelule	161 748 euros	bosentan 125mg cpr	133 123 euros
4	Lenalidomide 25mg gelule	78 667 euros	Lenalidomide 25mg gelule	74 999 euros	Lenalidomide 15mg gelule	122 652 euros
5	Voriconazole 200mg cpr	61 016 euros	Voriconazole 200mg cpr	56 900 euros	vemurafenib (zelboraf) 240mg cp	114 361 euros
6	Sildenafil 20mg cpr	41 283 euros	Lenalidomide 5mg gelule	55 144 euro	boceprevir (victrelis) 200mg gelule	80 303 euros
7	Posaconazole 40mg /ml FL 105ML	38 900 euros	Tenofovir+emtricitabine cpr	50 793 euros	abiraterone acetate 250mg= zytiga	60 647 euros
8	Tenofovir+emtricitabine cpr	38 265 euros	Sildenafil 20mg cpr	37 076 euros	Tenofovir+emtricitabine cpr	49 794 euros
9	Lidocaine 5% compresse impregnee	36 974 euros	fludrocortisone 50mg cpr	33 179 euros	telaprevir 375mg cpr	42 571 euros
10	Palivizumab 100mg inj	36 664 euros	Palivizumab 100mg inj	32 450 euros	ruxolitinib 5mg cpr = jakavi	41 166 euros
tot		827 239 euros		896 967 euros		1 003 598 euros

Source : CH St-Malo

2013		2014		2015		
1	bosentan	176 812 euros	sofosbuvir	1 157 126 euros	Ledipasvir/sofosbuvir	773 628 euros
2	Lenalidomide 10mg gelule	176 228 euros	simeprevir 150mg gelule	285 880 euros	Sofosbuvir 400mg cpr	528 586 euros
3	Lenalidomide 25mg gelule	172 769 euros	dimethyle fumarate 240mg gelule	224 556 euros	Daclatasvir 60mg cpr	324 846 euros
4	Lenalidomide 15mg gelule	107 180 euros	daclatasvir 60mg cpr	206 201 euros	Pomalidomide 4mg gelule	294 627 euros
5	posaconazole 40mg/ml fl 105ml	73 910 euros	bosentan 125mg cpr	187 792 euros	Lenalidomide 25mg gelule	255 576 euros
6	ruxolitinib 5mg cpr = jakavi	39 696 euros	Lenalidomide 10mg gelule	159 229 euros	bosentan 125mgcpr	246 059 euros
7	Tenofovir+emtricitabine cpr	36 451 euros	Lenalidomide 25mg gelule	154 623 euros	Dimethylefumarate 240mg gelule	201 660 euros
8	oxycodone 50mg/ml sol inj	36 111 euros	Lenalidomide 15mg gelule	132 375 euros	Lenalidomide 10mg gelule	180 390 euros
9	Voriconazole 200mg cpr	33 923 euros	pomalidomide 4mg gelule	128 914 euros	Ibrutinib 140mg-90gel imbruvica	167 494 euros
10	Sildenafil 20mg cpr	33 683 euros	daclatasvir 60mg cpr	116 639 euros	Eliglustat 84mg geluke	90 795 euros
tot		886 763 euros		2 753 335 euros		3 063 661 euros

Source : CH St-Malo

Annexe 10: Evolution des 10 plus gros fournisseurs pharmaceutiques de l'établissement entre 2010 et 2015.

2010		2011		2012	
ROCHE	998 441 €	ROCHE	965 065 €	ROCHE	1 728 879 €
CELGENE	615 802 €	LFB-BIOMEDICAMENTS	594 525 €	CELGENE	751 451 €
AIR LIQUIDE SANTE	574 941 €	CELGENE	584 774 €	LFB-BIOMEDICAMENTS	716 748 €
LFB-BIOMEDICAMENTS	521 995 €	ABBOTT FRANCE	483 274 €	BAXTER	438 380 €
ACTELION PHARMACEUTICALS	518 786 €	SANOFI AVENTIS FRANCE	436 049 €	ABBOTT FRANCE	422 523 €
SANOFI AVENTIS FRANCE	518 393 €	BAXTER	422 154 €	LABO. JANSSEN-CILAG	383 164 €
BAXTER	418 404 €	STE LILLY FRANCE	394 213 €	STE LILLY FRANCE	344 058 €
STE LILLY FRANCE	403 922 €	ACTELION PHARMACEUTICALS	359 065 €	MEDTRONIC	337 698 €
ABBOTT FRANCE	390 887 €	ETHICON SAS	317 066 €	ETHICON SAS	337 144 €
ETHICON SAS	280 641 €	MEDTRONIC FRANCE SAS	297 323 €	PFIZER	322 401 €

Source : CH St-Malo

2013		2014		2015	
ROCHE	1 298 368 €	ROCHE	1 524 259 €	ROCHE	1 553 075 €
CELGENE	870 856 €	GILEAD	1 320 361 €	GILEAD	1 416 082 €
LFB-BIOMEDICAMENTS	658 386 €	CELGENE	1 051 534 €	CELGENE	1 245 650 €
LABO. JANSSEN-CILAG	511 339 €	LFB-BIOMEDICAMENTS	903 618 €	LABO. JANSSEN-CILAG	820 020 €
STE LILLY FRANCE	429 657 €	LABO. JANSSEN-CILAG	828 758 €	MSD France	643 633 €
AIR LIQUIDE SANTE	406 035 €	MSD France	532 756 €	BRISTOL MYERS SQUIBB	591 035 €
PFIZER	354 080 €	ABBOTT FRANCE	506 335 €	CSL BEHRING	553 346 €
MEDTRONIC	346 588 €	ETHICON SAS	496 127 €	ETHICON SAS	501 426 €
BAXTER	345 537 €	PFIZER	464 320 €	STE LILLY FRANCE	489 481 €
ETHICON	335 562 €	BIOGEN FRANCE SAS	464 012 €	MEDTRONIC	471 014 €

Source : CH St-Malo

Annexe 9: Liste des équipements biomédicaux achetés depuis 2010.

	N°	DESIGNATION	MARQUE	PRIX ACHAT (TTC)	NOM UNITE FONCTIONNELLE	Observations
2010	201010269	ECHOGRAPHE	GE HEALTHCARE TECHNOLOGIES	35 477 €	SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE	
	201010268	ECHOGRAPHE avec 1 sde Transoesophagienne	GE HEALTHCARE TECHNOLOGIES	176 090 €	EXPLO CARDIO	
	201110015	ECHOGRAPHE	PHILIPS	82 426 €	REA POLYVALENT E / Gyneco	
EQ. LOURD	201010077	SCANNER	SIEMENS	785 000 €	G.C.S. du CIMCE (site hospitalier)	Rachat de l'ancien scanner par la Ste d'imagerie SIEMENS retenue pour le nouveau marché : 105 000 €
2010	201010145	SERVEUR POST-TRAITEMENT	SIEMENS	0 €		
	201010301	ROBOT DE GRAVURE	ETIAM	23 128 €		
2011	201110119	ECHOGRAPHE	SONOSITE	26 448 €	ANESTHESIE	
2012	201210177	EQ. ECHOENDOSCOPIQUE avec 2 échoendoscopes linéaires	HITACHI	163 342 €	CENTRE D'ENDOSCOPIE	
	201210203	ECHOGRAPHE	GE HEALTHCARE TECHNOLOGIES	88 557 €	EXPLO CARDIO	
	201210029	ECHOGRAPHE	ECHOSENS	68172	CENTRE D'ENDOSCOPIE	
	201210119	ARCEAU MOBILE DE RADIOSCOPIE	PHILIPS	115 221 €	CENTRE D'ENDOSCOPIE	
	201210123	ARCEAU MOBILE DE RADIOSCOPIE	ZIEHM	119 900 €	EXPLO CARDIO	
EQ. LOURD	201210106	IRM	PHILIPS	1 050 000 €	G.C.S. du CIMCE (site hospitalier)	Reprise de l'ancien IRM par la Ste d'imagerie PHILIPS MEDICAL SYSTEMS retenue pour le nouveau marché
2012	201210108	SERVEUR POST-TRAITEMENT	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS	0 €		
2013						
2014	201410225	ECHOGRAPHE	GE HEALTHCARE TECHNOLOGIES	88 899 €	CONSULTATIONS GYNECO.OBSTETRIQUE	
	201410224	ECHOGRAPHE	PHILIPS	34 792 €	ADMISSIONS URGENCES	
	201410228	EQUIPEMENT MOBILE DE RADIOLOGIE	CARESTREAM	113 995 €	RADIOLOGIE	
	201510010	INSTALLATION DE RADIOLOGIE TELECOMMANDEE NUMERIQUE	SIEMENS	233 414 €	RADIOLOGIE	
2015	201510085	ECHOGRAPHE	SONOSITE	16 980 €	ANESTHESIE	
	201510104	ECHOGRAPHE	GENERAL ELECTRIC	90 272 €	EXPLO CARDIO	

EQ. LOURD	201510055	SCANNER	GENERAL ELECTRIC	480 000 €	G.C.S. du CIMCE (site hospitalier)	Rachat de l'ancien scanner SIEMENS ,SOMATOM DEFINITION AS par un courtier spécialisé : 170 000 €ttc
2015	2015	SERVEUR POST- TRAITEMENT	GENERAL ELECTRIC	0 €		
	201510059	ROBOT DE GRAVURE	ETIAM			

GLOSSAIRE

AC : crédits d'aide à la contractualisation

AM : assurance maladie

ATU : passages aux urgences (« accueil et traitement des urgences ») facturés

B : acte de laboratoire

BFR : besoin en fonds roulement

CAF : capacité d'autofinancement

CET : compte épargne temps

CHT : communauté hospitalière de territoire

CR(P)A : compte de résultat (prévisionnel) annexe

CR(P)P : compte de résultat (prévisionnel) principal

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAF : dotation annuelle de financement

DMS : durée moyenne de séjour

EBE : excédent brut d'exploitation

EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses

ETP : équivalent temps plein

FAU : forfait annuel accueil et traitement des urgences

FEH : fonds pour l'emploi hospitalier

FIR : fonds d'intervention régional

FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé

FR : fonds de roulement

GCS : groupement de coopération sanitaire

GHS : groupe homogène de séjours

GIE : groupement d'intérêt économique

GIR : groupe iso ressources

GMP : GIR moyen pondéré

GVT : glissement vieillissement technicité

HC : hospitalisation complète

HJ / HDJ : hospitalisation de jour

HN : hospitalisation de nuit

HS / HDS : hospitalisation de semaine

ICR : indice de coût relatif

MCO : médecine chirurgie obstétrique

MIG : mission d'intérêt général

PGFP : plan global de financement pluriannuel

PMSI : programme de médicalisation du système d'information

RSS : résumé de sortie standardisé

SSR : soins de suite et de réadaptation

USLD : unité de soins de longue durée

T2A : tarification à l'activité