



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

Centre hospitalier de Guingamp
(Côtes-d'Armor)

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 13 mars 2019.

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 Présentation du centre hospitalier.....	6
2 Le pilotage de l'établissement.....	7
2.1 Une gouvernance liée au GHT.....	7
2.2 Le département de l'information médicale	7
2.3 L'organisation du contrôle.....	8
2.4 Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs.....	8
2.5 Un système d'information sous l'égide du GHT	9
2.5.1 Le diagnostic de la Haute Autorité de Santé	9
2.5.2 Les ressources et les moyens.....	10
2.5.3 Un contexte désormais communautaire.....	10
3 L'activité et ses évolutions	12
3.1 Des parts de marché en déclin	12
3.2 L'activité en séjours.....	13
3.2.1 Evolution quantitative	13
3.2.2 Evolution en valeur.....	15
4 La situation financière	15
4.1 Une fiabilité des comptes perfectible.....	16
4.1.1 Les amortissements	16
4.1.2 Les cessions.....	16
4.1.3 Les subventions d'équipement	16
4.1.4 Les risques de contentieux.....	17
4.1.5 Les créances irrécouvrables.....	17
4.1.6 Rattachement des produits.....	17
4.1.7 Charges et produits constatés d'avance	18
4.2 Une situation budgétaire problématique	18
4.2.1 Un budget principal déficitaire	18
4.2.2 Les résultats des budgets annexes	23
4.2.3 Une capacité d'autofinancement insuffisante.....	23
4.2.4 Un endettement élevé mais en diminution	23
4.2.5 Un investissement ralenti	24
4.2.6 Le bilan fonctionnel : le constat d'un appauvrissement	25
4.3 Les actions de redressement.....	25
4.3.1 L'avis budgétaire de la chambre régionale des comptes.	25
4.3.2 Le contrat d'efficience.....	26
4.3.3 La démarche du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO)	26
4.3.4 Les conditions d'un retour à l'équilibre financier	28

5	Les ressources humaines	30
5.1	Une évolution des effectifs contrastée	30
5.1.1	Personnel médical : des effectifs en augmentation.....	30
5.1.2	Personnel non médical : des effectifs en régression.....	30
5.2	La recherche d'un équilibre complexe.....	31
5.2.1	Les difficultés majeures.....	31
5.2.2	La gestion de l'absentéisme.....	31
6	Le patrimoine immobilier : des ressources potentielles	32
6.1	Les délégations de service public	32
6.2	Les autorisations d'occupation temporaires.....	32
6.3	Les cessions immobilières	33
6.3.1	La réserve foncière	33
6.3.2	La cession du site des Capucins	33
7	Les actes et les consultations externes (ACE).....	34
7.1	Le décompte de l'activité ACE.....	34
7.2	La stratégie de l'établissement en matière d'ACE.....	34
7.2.1	Politique et objectifs suivis.....	34
7.2.2	Instance dédiée au pilotage des ACE	34
7.2.3	Modalités d'information des médecins de ville sur l'offre d'ACE	35
7.2.4	Modalités d'envoi du compte-rendu au médecin traitant	35
7.2.5	Données statistiques liées au suivi des ACE	35
7.2.6	Démarches d'audit ou d'évaluations menées dans le domaine de l'organisation ou dans celui de la valorisation de l'activité ACE	35
7.3	L'offre d'actes et de consultations externes proposée par l'établissement.....	36
7.3.1	Consultations offertes au public	36
7.3.2	Modalités d'organisation de la permanence des soins	36
7.3.3	Place dans l'offre territoriale de soins en matière d'ACE	36
7.3.4	Couverture des besoins du territoire.....	37
7.4	L'organisation mise en œuvre par l'établissement	37
7.4.1	Principes généraux.....	37
7.4.2	L'informatisation des consultations externes	38
7.4.3	Forces et faiblesses du système de facturation (projet FIDES).....	38
7.5	Les moyens affectés et le résultat financier	39
7.6	Le recouvrement des recettes liées aux ACE.....	39
7.7	L'organisation et le suivi de l'activité libérale	39
7.7.1	La commission d'activité libérale	40
7.7.2	Les obligations vis-à-vis du patient.....	41
7.7.3	Charte de l'activité libérale	42
7.7.4	Les conditions d'exercice de l'activité libérale	42
	ANNEXES	43

SYNTHÈSE

Un établissement de proximité

Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Armor¹, le centre hospitalier de Guingamp est un établissement public de proximité dont les activités couvrent l'ensemble des spécialités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il comprend un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une unité de soins de longue durée (USLD) et un institut de formation.

Un établissement structurellement déficitaire

Avec un déficit cumulé affiché de 9,2 M€ au 31 décembre 2017, la situation financière de l'établissement apparaît dégradée malgré les plans de soutien successifs. La chambre évalue ce déficit à 11,5 M€, après retraitement des aides reçues. Entre 2013 et 2017, les recettes ont augmenté de 5,1 %, et les dépenses de 6,6 %, produisant un effet de ciseau préjudiciable à l'équilibre budgétaire.

La chambre relève les efforts entrepris par l'établissement sur la gestion de l'activité, avec la mise en place des soins en ambulatoire, la gestion des personnels, ainsi que la mutualisation des moyens dans le cadre du nouveau GHT pour les achats et l'informatique. Cependant, les charges de personnel, en augmentation constante, apparaissent difficilement maîtrisables, compte tenu du recours à l'intérim et des décisions de revalorisation salariale intervenues au niveau national.

Les résultats pour 2017 et le plan global de financement pluriannuel présenté au titre du budget 2018 confirment la constance de ratios négatifs (résultats, marge brute, capacité d'autofinancement). Le centre hospitalier est contraint de restreindre ses investissements au strict nécessaire, ce qui obère ses capacités productives, tandis que son immobilier et son parc informatique sont pour le moins vétustes.

La chambre relève que l'établissement ne dispose pas des ressources financières nécessaires au respect de ses engagements communautaires, qui impliquent une contribution financière de 1,46 M€ entre 2019 et 2022 pour la mise à niveau de son potentiel informatique.

L'établissement est soumis à la concurrence du centre hospitalier de Saint-Brieuc, mais aussi à celle du secteur privé, renforcée avec l'ouverture, en 2016, de l'hôpital privé des Côtes-d'Armor. L'hôpital cherche donc à adapter son offre de soins au regard des besoins de la population sur sa zone d'attractivité.

¹ Créé le 1^{er} juillet 2016, date de la signature de la convention constitutive.

Le devenir de la maternité

Les données tant médicales que financières ne plaident pas en faveur du maintien de la maternité. La diminution du nombre d'accouchements, en raison notamment de la désaffection croissante du site par les habitantes du secteur guingampais, et l'insuffisance de personnel en pédiatrie et en anesthésie fragilisent la sécurité des patientes, et rendent le centre hospitalier de Guingamp dépendant du CH de Saint-Brieuc en termes de moyens. Ces constats ont conduit les membres de la commission spécialisée de l'organisation des soins de Bretagne à rendre à la quasi-unanimité, le 17 mai 2018, un avis favorable au non-renouvellement de l'autorisation de la maternité.

La chambre relève le déficit structurel de cette dernière, qui était de 1,7 M€ en 2017, sur un déficit global du centre hospitalier de 2,2 M€ : la fermeture de la structure, avec la suppression de l'intégralité des coûts associés, permettrait à l'établissement de se rapprocher sensiblement de l'équilibre financier.

Le maintien, selon l'ARS, « *de l'autorisation de la maternité deux années de plus, sur décision de la Présidence de la République* », contre l'avis des professionnels de santé du secteur, aggraverait le déficit de l'établissement en l'absence de mesures de restructuration adaptées.

RECOMMANDATIONS

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

Recommandation n° 1	Etablir un projet d'établissement, comme voulu par la loi du 31 juillet 1991, pour la période postérieure à 2016	9
Recommandation n° 2	Mettre en cohérence les inventaires avec les écritures du comptable	16
Recommandation n° 3	Régulariser les écritures de cessions d'immobilisations	16
Recommandation n° 4	Effectuer un suivi de l'amortissement des subventions d'équipement	17
Recommandation n° 5	Rattacher au bon exercice les produits issus des recettes T2A	18

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

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes 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 Guingamp à compter de l'exercice 2013. Ce contrôle a été ouvert par lettres du 6 février 2018.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 19 juin 2018 en présence de M. ROUXEL, ordonnateur, ainsi qu'avec ses prédécesseurs, le 27 juin avec Mme Sylvie BRIEND et le 28 juin avec M. Yannick HEULOT.

La chambre, lors de sa séance du 25 septembre 2018, a arrêté ses observations provisoires.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, lors de sa séance du 13 mars 2019, a arrêté ses observations définitives.

1 PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER

Etablissement public de santé breton, situé au sein du territoire de santé n° 7 (Côtes-d'Armor), le centre hospitalier (CH) de Guingamp² est un établissement de proximité qui offre à la population³ locale la plupart des spécialités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), ainsi que des soins de suite et réadaptation (SSR). La structure comprend également un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une unité de soins longue durée (USLD), et un institut de formation.

L'offre publique de soins sur le territoire de santé, représentée pour l'essentiel par les CH de Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc, est complétée par deux cliniques⁴ : l'hôpital privé des Côtes-d'Armor et la polyclinique du Trégor. La densité en plateaux techniques sur ce secteur géographique est donc importante⁵. Le territoire de santé, qui concerne 15 % de la population bretonne, est marqué par le vieillissement⁶, ce qui conditionne l'activité courante du CH de Guingamp puisque l'âge moyen des patients, hors maternité, est de plus en plus élevé : 62,88 ans en 2015 et 63,95 ans en 2017.

Suite à un dépôt de bilan⁷, le centre hospitalier a racheté les bâtiments de la polyclinique d'Armor et d'Argoat en 2010 tout en reprenant les activités de chirurgie pour garantir la couverture des besoins de santé locaux. L'établissement fonctionne depuis avec des praticiens privés, disposant d'un contrat dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), en sus des praticiens hospitaliers publics.

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Armor a été créé le 1^{er} juillet 2016⁸, permettant le développement de nouvelles activités sur le site de Guingamp, notamment la prise en charge des chimiothérapies et la mise en œuvre d'une unité de dialyse en coopération avec le CH de Saint-Brieuc. Des actions prioritaires ont été identifiées dans les différentes filières avec, pour le CH de Guingamp, une mutualisation de la permanence des soins en chirurgie orthopédique avec le CH de Lannion, ou encore le rapprochement des équipes cardiologiques dans le cadre d'une équipe médicale de territoire afin de développer l'offre d'actes techniques non invasifs sur les sites de proximité.

La capacité d'accueil du centre hospitalier, au 1^{er} janvier 2018, était de 584 lits et places, dont 288 en long séjour (EHPAD et USLD), 191 en MCO, 95 en SSR, et 10 en accueil de jour gériatrique. La part du long séjour est donc prépondérante.

² Également dénommé Pôle de Santé de Guingamp.

³ Environ 100 000 habitants.

⁴ Situées respectivement à Plérin, près de Saint-Brieuc, et à Lannion.

⁵ Quatre en obstétrique et cinq en chirurgie. Comme indiqué dans l'avis budgétaire de la chambre régionale des comptes du 29 avril 2015, le territoire de santé dispose d'une bonne couverture des besoins en médecine et en chirurgie. Le taux d'équipement de la première discipline correspondait à 2,7 lits et places pour 1 000 habitants, contre 2,3 en moyenne pour la Bretagne et 2,2 au niveau national. En chirurgie, ce taux d'équipement était identique au taux moyen breton, soit 1,4 lits et places pour 1 000 habitants.

⁶ 15 % de la population est âgée de plus de 75 ans.

⁷ Intervenu en 2009.

⁸ Date de la signature de la convention constitutive.

16 000⁹ séjours par an en MCO sont recensés, en moyenne, depuis les trois dernières années, ainsi que 20 000 passages aux urgences, 55 000 consultations médicales et 4 000 interventions chirurgicales.

Le budget total est de l'ordre de 75 M€ (75,9 M€ en 2017).

L'hôpital gère près d'un millier de personnels (922 personnels soignants, techniques et administratifs en 2017), 60 médecins et 10 internes. De plus, 30 professionnels libéraux participent à l'activité médicale (chirurgie, anesthésie).

2 LE PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 Une gouvernance liée au GHT

La loi HPST¹⁰ du 21 juillet 2009 a fait évoluer la gouvernance de l'hôpital en mettant en place de nouvelles instances. L'existence et le fonctionnement de celles-ci ont pu être vérifiés au sein du centre hospitalier (conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, comité technique...).

La direction est réduite au socle nécessaire, le directeur étant assisté de cinq sous-directeurs et d'un responsable des ressources matérielles.

La chambre note que la direction des systèmes d'information et le service biomédical correspondent à ceux établis dans le cadre du GHT, créé en 2016. Une mutualisation directionnelle se met donc progressivement en place, limitée pour l'heure à des domaines spécifiques.

2.2 Le département de l'information médicale

Au 31 décembre 2017, le département d'information médicale (DIM) du CH de Guingamp était composé d'un médecin et de trois techniciens d'information médicale à temps plein.

Le DIM prend en charge le codage des activités, en collaboration étroite avec les services de soins, le service accueil-facturation¹¹ et la direction des finances. Des actions de formation, à destination des professionnels de santé sont également proposées.

Le codage, réalisé au fil de l'eau, est organisé de manière méthodique : la saisie¹² est réalisée de manière décentralisée au sein des services, mais la vérification est partagée entre les professionnels de santé et le DIM. Cette organisation a permis au CH de Guingamp d'améliorer ses performances puisque le taux d'exhaustivité des envois dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) se situait, en 2017, autour de 99 %.

⁹ Source : site internet « chiffres clés ».

¹⁰ Hôpital, patients, santé, territoires.

¹¹ Volet administratif et activités externes.

¹² Soit de manière directe, soit au travers de séances de codage avec participation des membres du DIM.

2.3 L'organisation du contrôle

Une cellule est chargée d'animer le contrôle de gestion, qui permet de mener un dialogue permanent avec les différents pôles de l'établissement sur la base de contrats d'objectifs.

Son action vise avant tout au pilotage budgétaire.

2.4 Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est défini par les articles L. 6114-1, L. 6114-2, et L. 6114-4 du code de la santé publique. Il détermine les orientations stratégiques de l'établissement, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et précise les conditions de mise en œuvre, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement (PE).

L'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) étaient liés par deux orientations principales : mettre en œuvre le projet médical de territoire (PMT¹³), en adaptant l'offre de soins aux besoins locaux, et conforter une offre de première intention en MCO.

Le vieillissement et l'état de santé de la population ont conduit à compléter la filière gériatrique, en portant les capacités de la médecine dédiée à 25 lits, et à organiser une filière territoriale spécifique¹⁴. Un deuxième axe a concerné l'amélioration de la prévention et la mise en œuvre d'une politique du handicap.

En dépit de ces réalisations, l'établissement ne dispose plus de PE depuis 2016 ; les travaux de rédaction étaient toujours en cours en 2018.

Le centre hospitalier justifie ce retard par la priorité donnée à la définition du projet régional de santé et à l'analyse des premiers résultats du projet médical partagé au niveau du territoire de santé *« dans un souci d'analyse optimale et de pilotage avant de s'engager dans la rédaction du projet d'établissement. Ainsi, il est prévu de réaliser au cours de cette année 2019 le nouveau projet d'établissement en s'appuyant sur les travaux et les orientations de l'ARS et du GHT »*.

Selon l'ARS un nouveau CPOM sera mis en œuvre à compter de 2019.

La chambre rappelle que le projet d'établissement est obligatoire¹⁵ pour les établissements de santé depuis la loi du 31 juillet 1991, car il définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération.

¹³ Il a permis au centre hospitalier de répondre aux besoins de la population par le biais de filières médicales, en coopération avec les autres centres hospitaliers du territoire de santé.

¹⁴ La prise en charge des patients en fin de vie a ainsi été améliorée grâce à l'ouverture d'une unité résidentielle de soins palliatifs de 10 lits.

¹⁵ L'article L. 6143-2 du code de la santé publique dispose que : *« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques, ainsi qu'un projet social. »*.

Elle invite donc le centre hospitalier à établir dès que possible ce projet et prend acte des engagements de chacune des parties concernées (ARS et centre hospitalier).

Recommandation n° 1 Etablir un projet d'établissement, conformément à la loi du 31 juillet 1991, pour la période postérieure à 2016

2.5 Un système d'information sous l'égide du GHT

2.5.1 Le diagnostic de la Haute Autorité de Santé

Dans son rapport de certification d'avril 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) rendait compte de son analyse du système d'information (SI) du CH de Guingamp.

Cette évaluation visait à s'assurer que l'établissement était en capacité de mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation, mais également en capacité d'atteindre les valeurs cibles des indicateurs du programme « hôpital numérique ». Parallèlement, l'audit visait à garantir la sécurité du SI et à prévenir les risques éventuels.

L'établissement a donc identifié ses besoins en procédant à un diagnostic : une politique de sécurité a pu ainsi être définie.

2.5.1.1 Les procédures et le lien avec les utilisateurs

Une organisation a été établie pour piloter et mettre en œuvre les décisions en matière informatique : ont notamment été actées la désignation d'un référent sécurité (d'abord propre à l'établissement, puis au niveau du GHT), l'application d'une charte d'accès et de bon usage, l'activation d'une cellule d'identité-vigilance, la formalisation des processus (dont notamment un plan de reprise d'activité et de procédures dégradées), et l'organisation du suivi des interfaces entre les responsables du SI et les utilisateurs.

Cette organisation a été suivie d'une identification des besoins en équipements et en matériels avec un plan de maintenance et de renouvellement. Par ailleurs, les professionnels sont formés à l'utilisation des applications.

2.5.1.2 Suivi des principales applications

La HAS a évalué le fonctionnement des principales applications : les résultats sont positifs, le responsable des systèmes d'information assurant lui-même la mise en œuvre du programme global. L'ensemble des logiciels est apparu conforme au programme « hôpital numérique » pour ce qui est de l'exigence de traçabilité.

Les professionnels soignants consultent les résultats d'examen et prescrivent tous via l'outil informatique ; le dossier patient, constitué de plusieurs¹⁶ logiciels, est compatible avec le dossier médical partagé. La trace des accès aux applications est conservée, notamment pour l'accès aux données médicales. Grâce au progiciel MEDIS/ARCADIS, il est possible d'effectuer une navigation¹⁷ d'un logiciel à l'autre pour un même patient.

2.5.2 Les ressources et les moyens

Le parc comprend 40 applications, de la logistique aux soins en passant par le secteur administratif : le détail est recensé sous forme de tableaux, disponibles en annexe. Les dernières réalisations, effectuées en 2017, ont concerné la dématérialisation¹⁸, mais aussi la sécurisation de la messagerie ainsi que la gestion des blocs¹⁹.

Le service informatique assure la mise en œuvre des grandes opérations adoptées par les instances communautaires du GHT, la maintenance des matériels ainsi que l'assistance aux utilisateurs.

Le nombre de postes informatiques était de 491²⁰ en 2017, dont 30 % sont à ce jour obsolètes. Les dépenses liées au renouvellement, à la charge exclusive du CH de Guingamp, ont été évaluées par la direction communautaire (DSI) à 360 000 € sur trois ans, entre 2017 et 2019, dont 95 % concentrés sur la période 2018-2019 ; 42 000 € supplémentaires devront également être consacrés au renouvellement des bornes WIFI.

Le renouvellement du parc informatique constitue un problème d'actualité, en raison des coûts nécessaires que doit supporter l'établissement et de l'urgence du remplacement des matériels pour garantir la sécurité du réseau. L'ARS a d'ailleurs accordé, en juillet 2018, un financement de 250 000 €.

2.5.3 Un contexte désormais communautaire

2.5.3.1 Organisation et projet issus du GHT

Le service informatique du CH de Guingamp est géré localement par un ingénieur responsable des SI et par cinq techniciens supérieurs hospitaliers (dont un mis à disposition à 30 % par le CH de Saint-Brieuc). Pour autant, le directeur des SI est désormais celui du CH de Saint-Brieuc, mis à disposition à hauteur de 10 % de son temps de travail, en sa qualité de DSI du GHT d'Armor.

¹⁶ L'ensemble des logiciels est interfacé avec le logiciel de gestion administrative des patients Clinicom (identito-vigilance).

¹⁷ PHARMA, serveur de résultats, PACS, dossier transfusionnel, archives, résurgences.

¹⁸ Poursuite de la mise en œuvre de logiciels et d'infrastructures nécessaires au bon déroulement du projet PESV2.

¹⁹ Réactivation de l'outil de traçabilité de l'activité au bloc opératoire ADVANCE BLOC.

²⁰ Sont exclus de ces chiffres les 50 postes maintenus pour partie par le service informatique, à savoir les postes attenants à des matériels particuliers (biomédical, services techniques, ...) ainsi que les postes mis à disposition dans le cadre d'activités spécifiques (activités libérales, fondation Bon Sauveur).

Un schéma directeur communautaire est en place depuis 2017. En 2019, le GHT prévoit la réalisation d'un dossier médical commun « *patient communautaire* », avec l'objectif d'un déploiement complet en 2022 : il sera ainsi possible de disposer, au sein des établissements membres, d'un dossier patient informatisé unique, c'est-à-dire exploité par un logiciel identique et permettant de garantir la continuité de la prise en charge du patient.

Des difficultés existent cependant. Les établissements membres du GHT comptent notamment plusieurs SI avec des applicatifs différents. Le programme informatique communautaire, d'autre part, est freiné dans son déroulement du fait des problèmes de vétusté recensés. Autant de questions qui ont conduit le CH de Guingamp à entreprendre un plan de remise à niveau de son potentiel informatique depuis 2017.

2.5.3.2 Le positionnement du CH de Guingamp : un équilibre à trouver

Les dépenses de l'établissement en matière informatique sont inscrites à son plan²¹ pluriannuel d'investissement (PPI) mais elles dépendent des orientations du schéma directeur du système d'information communautaire, lui-même lié au programme national « hôpital numérique ».

Actuellement, le CH de Guingamp est prioritairement concerné par le projet de système d'information patient communautaire (SIPC) porté par l'établissement de référence²² du GHT. Le tableau qui suit récapitule l'impact du SIPC sur les résultats du centre hospitalier pour les cinq années à venir :

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat prévisionnel PGFP	-4 242 229,39	-3 528 258,09	-3 598 784,61	-3 659 747,63	-3 661 873,28
Résultat prévisionnel PGFP hors CREF et SIPC	-5 218 538,39	-4 088 423,27	-3 926 879,97	-4 127 145,81	-4 175 896,92
Résultat prévisionnel PGFP après CREF et hors SIPC	-4 242 229,39	-3 376 443,91	-3 270 689,25	-3 192 349,45	-3 147 849,64
Impact Mesures CREF	-976 309,00	-408 351,00			
Impact SIPC	0	151 814,18	328 095,36	467 398,18	514 023,64

Source CH de Guingamp – EPRD 2018

L'impact du SIPC pour l'établissement sera de 1,46 M€ entre 2019 et 2022. La chambre relève que le CH de Guingamp, qui affichait un déficit cumulé de 9,2 M€²³ au 31 décembre 2017, ne dispose pas des ressources financières nécessaires au respect de ses engagements communautaires, les résultats prévisionnels, présentés dans le tableau supra, étant déjà très déficitaires. Si l'établissement a programmé le recours à un emprunt de 240 K€, cette somme reste très en-deçà des besoins de financement.

²¹ Le PPI SIH 2018-2021 (V2), conçu par l'établissement en liaison avec le GHT, indique un budget prévisionnel de 875 K€ en investissement et de 341 K€ en fonctionnement.

²² CH de Saint-Brieuc.

²³ D'après le rapport accompagnant le compte financier 2017.

Pour l'heure, le centre hospitalier ne peut honorer ses engagements auprès du GHT en matière informatique, au regard de sa situation financière.

3 L'ACTIVITE ET SES EVOLUTIONS

Les évolutions qui suivent sont détaillées dans plusieurs tableaux présentés en annexe.

3.1 Des parts de marché en déclin

Comme établi par le COPERMO²⁴, la zone d'attractivité du CH de Guingamp, qui comporte près de 90 000 habitants, concerne essentiellement le secteur du Trégor et de l'Argoat²⁵, au sein du territoire de santé n° 7 de Bretagne. Celle-ci apparaît donc réduite du point de vue géographique et démographique.

Dans le domaine de la médecine, le centre hospitalier tient le premier rang en matière de part de marché, bien qu'inférieure à 50 % en 2017. Les deux principaux établissements publics, constitués par le CH de Saint-Brieuc et le CH de Guingamp, représentent, à eux seuls, plus de 70 % des parts sur la zone d'attractivité.

En chirurgie, le centre hospitalier constitue également le premier établissement de soins sur sa zone, mais la mise en activité de l'hôpital privé des Côtes-d'Armor (HPCA) en 2016, réunissant les anciens établissements privés de Saint-Brieuc et disposant d'un nouveau plateau technique modernisé, aboutit à une concurrence renforcée, situation confirmée au vu des parts de marché du CH de Guingamp qui déclinent progressivement, en dépit d'une amélioration constatée entre 2014 et 2015. La part de marché est passée de 41 % en 2013 à 37,8 % en 2017.

Les parts en obstétrique, qui étaient encore de 50 % en 2013, ne sont plus que de 44,9 % pour 2017.

Le centre hospitalier est plus particulièrement performant²⁶ dans les domaines suivants : ophtalmologie, psychiatrie, addictologie, digestif, pneumologie, où les parts de marchés restent supérieures à 50 %.

Selon l'ARS²⁷, le CH de Guingamp se situe en 4^{ème} position sur les neuf établissements, privés et publics, réunis au sein du territoire de santé n° 7, avec un peu plus de 16 000 séjours et séances, comparable au CH de Lannion, géographiquement voisin, mais loin derrière le CH de Saint-Brieuc, premier de la liste avec 79 496 séjours et séances, et de l'HPCA, avec 36 328 séjours et séances.

²⁴ Depuis le 11 décembre 2012, le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins a été mis en place afin de valider et de suivre les actions proposées par les agences régionales de santé. Les autres objectifs sont de sélectionner et de prioriser les projets d'investissements nécessitant un financement de l'État et d'assurer le suivi des établissements en difficulté.

²⁵ L'Argoat désigne la Bretagne intérieure, la Bretagne « boisée », par opposition à l'Armor, la Bretagne littorale.

²⁶ Parts de marchés supérieures ou égales à 55 %.

²⁷ Synthèse MCO PMSI 2015-2016.

3.2 L'activité en séjours

3.2.1 Evolution quantitative

3.2.1.1 Des faiblesses constatées en médecine et en obstétrique

Sur la base du e-PMSI et des rapports d'activité de l'établissement, l'évolution de l'activité MCO du CH de Guingamp, traduite en RSS²⁸ et en RUM, indique une progression globale apparente sur les cinq dernières années, respectivement + 5,4 % et + 5,1 % entre 2013 et 2017.

Ces évolutions doivent cependant être relativisées. Entre 2013 et 2015 une progression de 5,9 % du nombre de séjours « RSS » en MCO est certes recensée, en raison d'une hausse de 4,7 % des séjours de médecine (+3,3 % entre 2014 et 2015) et de 2,4 % des séjours de chirurgie avec un transfert progressif de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire. Mais entre 2013 et 2017, le nombre de RSS n'a varié que de 0,9 % en médecine, alors qu'il a progressé de 5,4 % en chirurgie. Les mêmes données « RSS » confirment en réalité une baisse continue du nombre de séjours en médecine entre 2015 et 2017 (- 2,95 %).

Une baisse notable est également enregistrée en obstétrique, avec une diminution de 21 % sur l'ensemble de la période 2013-2017 : les indicateurs issus du référentiel Hospidiag indiquent la persistance d'un nombre d'accouchements très inférieur au seuil de rentabilité défini par les autorités sanitaires (1 200 par an) : avec seulement 501 en 2017, contre 514 en 2016 et 635 en 2015. L'établissement se rapproche peu à peu du seuil d'interdiction pour motifs de sécurité qui est de 350 accouchements par an.

Si les taux d'occupation des lits restent acceptables pour la chirurgie et pour la médecine (entre 70 % et 80 %), ceux-ci sont particulièrement bas en ce qui concerne l'obstétrique, avec moins de 50 %. Fin 2017, le centre hospitalier a dû diminuer le nombre de lits, passant de 17 à 10. Si cette décision a permis d'améliorer le taux d'occupation en obstétrique à 63 % dès 2018, celui-ci reste faible en dépit des efforts réalisés. L'activité d'obstétrique ne cesse de décroître au vu d'une patientèle vieillissante et de la concurrence exercée sur le territoire de santé. Ce contexte a motivé la décision de l'ARS de fermeture de la maternité, annoncée au printemps 2018, mais finalement reportée.

²⁸ Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale, le RSS équivaut strictement au RUM : le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement (RSS dit « monoRUM »). Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales, le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement. Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM qui sont tous identifiés par le même numéro (dit « numéro de RSS »).

3.2.1.2 Un « virage ambulatoire » effectif

La chambre constate une forte progression du taux de chirurgie ambulatoire qui représente actuellement l'essentiel des séjours chirurgicaux : le taux qui était de 61,2 % en 2015²⁹ est passé à 67,1 % en 2017. L'établissement, en effet, a développé en 2016 un « virage ambulatoire » préconisé par l'ARS en termes de capacités : fermeture de six lits de chirurgie complète, conversion de 12 lits en hospitalisation de semaine et augmentation des rotations en ambulatoire.

Les séjours chirurgicaux avec un acte opératoire classant représentent plus de 25 % des séjours des pôles de santé, tandis que ceux « 0 jour » représentent plus du tiers de l'activité de l'établissement, certes en raison de l'importance de la chirurgie ambulatoire mais aussi de l'activité interventionnelle liée aux endoscopies.

La part des séances a fortement augmenté en 2017, en lien avec le développement de la chimiothérapie dont l'activité a été mise en œuvre dès 2014 dans le cadre d'un accord conventionné avec le CH de Saint Briec, détenteur de l'autorisation.

3.2.1.3 Autres indicateurs

L'IP-DMS³⁰ concernant la durée moyenne de séjour est en baisse régulière depuis 2013, avec un léger regain en 2017 mais tout en restant inférieur à 1, indicateur d'une bonne performance.

La chambre observe également une progression de la part des séjours de « niveaux de sévérité » élevés. Ces séjours, mieux rémunérés, représentaient 27,5 % des séjours de niveau 1 à 4 en 2017, soit une progression de 7 % par rapport à 2016, une évolution due à l'optimisation du codage.

Le taux élevé d'entrées³¹ par le domicile s'explique par l'activité soutenue de chirurgie programmée et par le nombre d'endoscopies. 90 % des sorties concernent également le domicile : le taux de transfert en SSR est notamment très limité, signe apparent d'un manque de structures sur le secteur local. L'activité de SSR, au demeurant, a enregistré une chute des entrées en hospitalisation conventionnelle de 7,6 % en 2017 par rapport aux années précédentes, du fait d'une réduction du capacitaire. Cependant, il est noté une forte progression des journées d'hôpital de jour, suite à l'extension de l'hôpital de jour de rééducation fonctionnelle de quatre à dix places en 2016 et l'ouverture de l'hôpital de jour de SSR gériatrique la même année.

²⁹ Hausse de 15 % pour la seule année 2015.

³⁰ L'indice de performance de la DMS (IP-DMS) rapporte le nombre de journées réalisées en MCO au nombre de journées calculées d'après la DMS nationale (selon le case-mix de l'établissement). Il doit être inférieur à 1.

³¹ Le taux d'hospitalisation par les urgences des séjours non ambulatoires est de 62 % du total MCO, mais seulement de 31 % en chirurgie, dont la majorité de l'activité relève donc du programmé.

3.2.2 Evolution en valeur

3.2.2.1 Les activités rentables

L'activité de chirurgie ambulatoire, associée aux endoscopies, est de loin l'activité la plus rentable³². Les principaux domaines d'activités en matière de chiffre d'affaires T2A, représentant 70 % du total MCO, étaient les suivants au titre de l'année 2017 : chirurgie ambulatoire et endoscopies (14,7 %), médecine interne (13,1 %), médecine gériatrique (12,5 %), pneumologie (9,3 %), chirurgie orthopédique (8,3 %), cardiologie (7,4 %), chirurgie générale (6,1 %).

La chambre constate l'importance croissante des urgences en termes de valorisation, ainsi que la place du pôle médecine qui représente à lui seul plus de la moitié du total MCO.

3.2.2.2 Une valorisation en baisse

Jusqu'en 2015, la valeur³³ des séjours MCO de l'établissement a connu une progression globale de 6,2 %. Cette hausse globale est supérieure à celle observée en volume.

D'une manière plus globale, la valorisation de l'activité MCO, par le biais de la tarification à l'activité (T2A), indique cependant une tendance à la baisse de 3,7 % entre 2013 et 2017, mais cette baisse est surtout prononcée entre 2016 et 2017, avec - 3,1 % sur une seule année.

Si l'établissement a connu une progression de 5,5 % du nombre de RSS entre 2013 et 2017, la valorisation globale a par contre diminué de 3,7 % sur la même période. Cette situation est la conséquence de tarifs de remboursement diminués chaque année tandis que la progression soutenue de l'ambulatoire, moins rémunérée que l'activité de chirurgie en hospitalisation conventionnelle, a également joué. L'évolution de l'activité en MCO entre 2013 et 2017 s'est donc avérée moins rentable qu'escompté, en termes de recettes T2A.

4 LA SITUATION FINANCIERE

Les évolutions décrites sont présentées sous forme de tableaux en annexe.

A la date du contrôle, le compte financier 2017 n'était pas disponible pour des raisons techniques qui en ont retardé la publication : l'analyse de fiabilité a donc porté sur les exercices 2013 à 2016.

³² De manière plus précise, les spécialisations suivantes sont les plus valorisantes au sein de l'établissement: digestif, cardio-vasculaire, orthopédie traumatologie, pneumologie, système nerveux.

³³ Sur la même période, la valorisation des actes externes, selon le COPERMO, a également progressé de notamment de 6,7 % entre 2014 et 2015 : un travail d'optimisation du codage de ces actes a été réalisé au niveau du service admissions/facturation.

4.1 Une fiabilité des comptes perfectible

Plusieurs points appellent des remarques et des recommandations, justifiant les développements qui suivent.

4.1.1 Les amortissements

Hormis pour l'exercice 2014, le montant de la dotation annuelle aux amortissements des immobilisations, imputée sur le compte 6811, ne se retrouve pas au crédit du compte 28 du budget principal. Si les écarts sont minimes pour 2013 et 2015, une différence de 5,3 M€ est constatée en 2016.

Ces écarts proviennent, selon le centre hospitalier, de réaffectations au sein de la racine du compte 28, en lien avec des sorties d'actif pour 2013 et 2015 et un travail de mise à jour de l'actif engagé par le comptable en 2016.

L'ampleur des écarts constatés en 2016 justifie, à elle seule, la mise à jour des comptes d'actif, sur le fondement des inventaires.

Recommandation n° 2 Mettre en cohérence les inventaires avec les écritures du comptable

4.1.2 Les cessions

Les écarts constatés entre le débit du compte 462 et le crédit du compte 775 en 2013 et 2015 s'expliquent par deux erreurs. En 2013, deux cessions d'actif ont été constatées à tort au débit du compte 46721 « *débiteurs divers amiables* » au lieu du compte 4621 « *créances sur cessions d'immobilisations* ». En 2015, la cession d'un terrain a été constatée au compte 4713 au lieu du compte 4621 pour un montant de 158 017,50 €.

La chambre appelle à la vigilance sur la nécessité d'utiliser de manière simultanée les comptes 462 et 775. L'établissement est invité à régulariser ses écritures de cessions d'immobilisations.

Recommandation n° 3 Régulariser les écritures de cessions d'immobilisations

4.1.3 Les subventions d'équipement

Les subventions d'équipement reçues, destinées à financer un bien amortissable, ne font pas l'objet d'une reprise annuelle aux comptes de résultat. Le centre hospitalier explique l'absence d'amortissement de ces subventions par le fait qu'elles sont adossées à des immobilisations qui sont parfois toujours en cours.

Deux concours financiers de l'ARS sont intervenus : en 2015, pour un montant de 466 000 € (mesures nouvelles d'aide à la contractualisation non renouvelables relatives au programme « hôpital numérique ») et en 2016, pour un montant de 200 000 € (mesures nouvelles d'aide à la contractualisation non renouvelables au titre d'un accompagnement à l'investissement). Ces subventions correspondent au financement de biens amortissables non achevés au 31 décembre 2016, et l'absence d'amortissement à cette date se justifie donc. Il n'en va pas de même pour les 11 509 € perçus en 2013 qui restent inscrits au bilan depuis cet exercice.

L'absence de suivi de l'amortissement des subventions d'équipement peut avoir des conséquences sur le résultat selon les montants concernés. De plus, ces subventions, si elles ne sont pas non amorties, restent inscrites à tort au bilan.

La chambre invite l'établissement à procéder à l'amortissement des 11 509 € reçus en 2013, toujours inscrits au bilan au 31 décembre 2016 et à suivre l'amortissement des subventions d'équipement perçues en 2015 et 2016 (666 000 € en tout).

Recommandation n° 4 Effectuer un suivi de l'amortissement des subventions d'équipement

4.1.4 Les risques de contentieux

Le centre hospitalier ne dispose pas de liste de contentieux et de ce fait aucune provision pour risques afférents n'a pu être constituée.

La chambre suggère à l'établissement de constituer une provision lorsqu'un risque contentieux est avéré.

4.1.5 Les créances irrécouvrables

Si le provisionnement constitué et les écritures comptables passées n'appellent pas d'observations, le niveau de la provision pourrait être mieux suivi, en fonction des admissions en non-valeur (ANV) décidées et des contentieux en cours.

Les ANV de 2015 et de 2016 n'ont pas été financées par une reprise sur la provision. Les dotations maintiennent cependant un provisionnement suffisant pour faire face au risque d'irrécouvrabilité des titres, avec un taux de couverture de 160 % au 31 décembre 2016.

La chambre invite le centre hospitalier à suivre plus attentivement les reprises sur provisions pour les ajuster au montant des ANV.

4.1.6 Rattachement des produits

Le compte 4182 « *produits à recevoir de la caisse pivot* » enregistre la valorisation des données d'activité MCO du mois de décembre N qui sera validée par l'assurance maladie le 15 février N+1. Le versement de ces produits à recevoir intervient en janvier N+1 sous la forme d'un acompte tandis que le solde est réglé en mars N+1.

Selon le centre hospitalier, l'absence de produits à recevoir de 2014 à 2016 s'explique par le fait que la recette liée à l'envoi annuel des états de T2A a été constatée directement sur l'exercice 2014 et non en produit à recevoir comme elle devrait l'être. Pour 2015 et 2016, la recette T2A résultant des envois annuels a été imputée à tort au compte 4687 au lieu du compte 4182. Cette erreur explique le montant très élevé constaté au compte 4687 en 2015 et 2016.

La chambre rappelle à l'établissement la nécessité de rattacher correctement les produits des recettes T2A, versés par l'assurance maladie, sur le bon compte et sur le bon exercice, les montants avoisinant parfois les 3 500 000 €.

Recommandation n° 5 Rattacher correctement au bon exercice les produits issus des recettes T2A

4.1.7 Charges et produits constatés d'avance

Le solde débiteur du compte 486 « *charges constatées d'avance* » est nul depuis 2014, ce qui est impossible du point de vue comptable.

Le centre hospitalier explique l'abandon d'écritures relatives aux charges constatées d'avance depuis 2014 par un changement de « *personnes ressources* ». Il s'est engagé à sensibiliser ses agents pour la clôture de l'exercice 2017 et à renforcer le contrôle lors de la validation de la balance des comptes définitive.

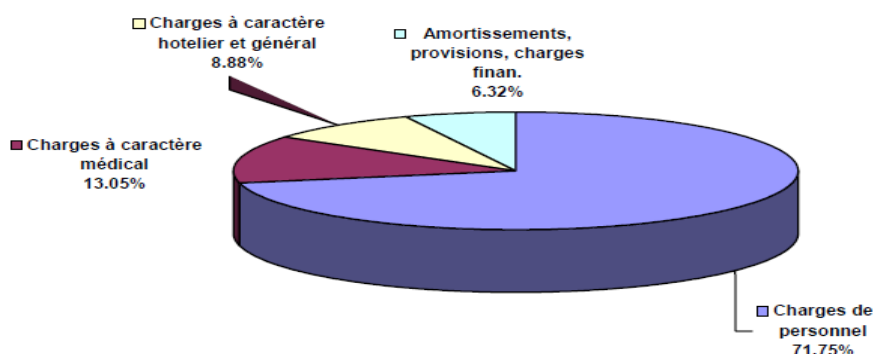
La chambre prend acte de cet engagement.

4.2 Une situation budgétaire problématique

4.2.1 Un budget principal déficitaire

4.2.1.1 Evolution des dépenses

La répartition des dépenses, en 2017, était la suivante :



Source : présentation du compte financier 2017 – chiffres en €

Entre 2013 et 2017, les dépenses ont augmenté de 6,6 % au titre du budget principal, du fait, en premier lieu de l'accroissement quasi-linéaire des charges de personnel, constituant le titre 1.

4.2.1.1.1 Les dépenses de personnel

En dépit d'une légère baisse constatée entre 2015 et 2016, les charges de personnel se sont accrues de 8 % entre 2013 et 2017, avec les évolutions suivantes :

- + 4,4 % entre 2013 et 2015 ;
- - 0,8 % entre 2015 et 2016 ;
- + 3,7 % entre 2016 et 2017.

Les dépenses de personnel, qui comprennent la masse salariale, les dépenses d'intérim médical et les honoraires des praticiens libéraux, ont augmenté en raison de la rémunération revalorisée des titulaires, des dépenses d'intérim médical et du nombre de mensualités de remplacements pour faire face à l'absentéisme.

La période antérieure à 2015

A l'origine, la reprise du personnel de la polyclinique d'Armor et d'Argoat par le centre hospitalier a représenté un premier surcoût de 93,41 équivalents temps plein rémunérés (ETPR). Les personnels repris ont été intégrés en contrat à durée indéterminée, donnant lieu à des coûts fixes pour les années suivantes. D'autres mesures³⁴ ont modifié par la suite la valeur de l'indice moyen de rémunération : comme indiqué par le COPERMO³⁵, les effets de ces diverses revalorisations se remarquent notamment en 2015 avec un glissement vieillissement technicité (GVT³⁶) de 1,80 %.

Jusqu'en 2015, le CH de Guingamp a vu la création de 157,58 ETPR en plusieurs domaines : reprise des activités de chirurgie et création d'une unité de SSR post-chirurgical, hôpital de jour neuro-locomoteur, unité AVC en médecine, lits pour les états végétatifs chroniques en SSR, unité de soins palliatifs (création en 2014) et renforcement des fonctions support³⁷.

Après une forte progression, le nombre d'ETPR en contrat à durée déterminée est revenu, en 2015, au niveau de celui de 2008, soit 126,29. Cependant, le coût des contractuels a progressé de 15,9 % sur la même période. Le recours aux agents contractuels est en partie le fait de mensualités de remplacement en raison d'un absentéisme³⁸ élevé. Les évolutions de rémunération brute indiquent un recours accru à l'intérim pour le personnel médical. Le CH de Guingamp a fait évoluer les modalités de recrutement de personnel de remplacement en mettant en place un marché d'intérim en 2013. Ces modalités ont été revues entre 2015 et 2016 avec le recours à des praticiens contractuels.

³⁴ Passage en catégorie A des infirmiers, reclassement des cadres supérieurs et cadre de santé, revalorisation des catégories C en 2014 et 2015, des catégories B (assistants médico-administratifs/AMA, ergothérapeutes, kinés...) et des sages-femmes en décembre 2014.

³⁵ COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins.

³⁶ Le GVT est l'une des trois composantes de l'évolution de la masse salariale. Les deux autres sont la valeur du point d'indice salarial et l'évolution du nombre total de fonctionnaires.

³⁷ Qualité, informatique, cuisine (reprise de l'activité de restauration du pôle de chirurgie), services intérieurs, service de médecine au travail, DIM, bureau des entrées, direction.

³⁸ Le taux d'absentéisme au budget H est passé de 8,1 % en 2013 à 8,7 % en 2014 tous motifs confondus, soit une hausse de 7 %. Après une légère baisse en 2015, ce taux est à nouveau en hausse au premier semestre 2016, soit un taux de 9,7 %.

La période 2015 - 2016

Une évolution à la baisse des dépenses de personnel extérieur est perceptible de 2015 à 2016. Les dépenses du titre 1 sont en recul de 0,8 %.

La rémunération du personnel non médical a diminué de 1 %, tandis que celle du personnel médical « hors intérim » s'accroît de 11,8 %. Les dépenses d'intérim médical ont diminué de 43 % par rapport à 2015, une baisse qui résulte des diverses actions mises en oeuvre pour limiter le recours à ce type de prestation et le recrutement en direct de remplaçants.

Dans le même temps, l'absentéisme a augmenté de 11,2 % par rapport à 2015, avec une part importante de la maladie ordinaire qui a progressé de 34 %. Les charges sociales du personnel médical ont augmenté de 8,6 %, une évolution qui s'explique par l'augmentation des cotisations « *maladie et vieillesse* » ainsi que par le recrutement de nouveaux praticiens.

Depuis 2017

Malgré les efforts réalisés entre 2015 et 2016, une nouvelle évolution, cette fois à la hausse, est constatée dès 2017 : les dépenses du titre 1 sont en progression de 3,7 % par rapport à 2016.

Plusieurs mesures, dues pour l'essentiel aux décisions ministérielles de revalorisation salariale, ont été intégrées dans les dépenses de personnel 2017 :

- évolution du GVT : le taux « FHF » a été appliqué à la masse salariale de l'établissement, soit 0,3 % ;

- prise en compte de la hausse de la valeur du point (sa valeur réévaluée à 4,6581 € au 1^{er} juillet 2016, est de 4,6860 € au 1^{er} février 2017), soit un coût de l'ordre de 250 000 € ;

- effets du protocole PPCR (parcours professionnels des carrières et des rémunérations). Le transfert prime-point pour les catégories C, et certaines catégories A, ainsi que les reclassements qui commencent en 2017 entraînent une augmentation de la masse salariale de près de 590 000 € ;

- dispositif d'attractivité du corps médical (mise en place de primes) ;

- effets du dispositif ARE (allocations de retour à l'emploi). L'arrivée à leur terme de plusieurs contrats aidés en fin 2016 et en 2017, ainsi que des fins de contrats à durée déterminée dans le cadre des mesures COPERMO ont conduit à inscrire en 2017 la somme de 195 000 € d'ARE ;

- les validations rétroactives de la CNRACL³⁹ sont estimées en augmentation en 2017 par rapport à 2016, soit au total 175 000 €.

La rémunération du personnel non médical, en définitive, a augmenté de 0,4 % et celle du personnel médical de 3,2 %.

La chambre note également la reprise des dépenses d'intérim médical de 53 % par rapport à 2016 malgré la baisse constatée l'année précédente, une augmentation⁴⁰ représentant 0,7 M€, soit 43 % de la hausse totale des charges de personnel constatée sur la même période.

³⁹ Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

⁴⁰ Cette évolution résulte d'un recours croissant à l'intérim médical suite à des arrêts maladie et à des départs de praticiens permanents afin d'assurer la permanence des soins (anesthésie, urgences...). Le compte 642.3

Les charges liées à la permanence des soins sont cependant en baisse de 6,5 % du fait de départ de praticiens permanents, motivant en revanche le recours à l'intérim.

L'augmentation de 13 % des autres charges de personnel résulte de la rémunération des honoraires des praticiens libéraux, suite au recrutement d'un radiologue privé en 2017, et au développement de leurs activités.

La chambre constate une difficile maîtrise des dépenses de personnel entre 2013 et 2017. En dépit des efforts réalisés localement, l'établissement a dû appliquer les décisions de revalorisation salariale décidées au niveau ministériel tandis que l'activité médicale reste dépendante du recours coûteux à l'intérim.

4.2.1.1.2 Les autres titres de dépenses

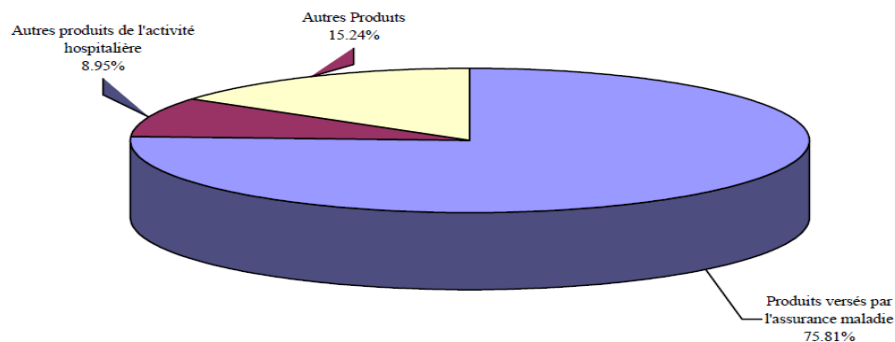
Le titre 2, relatif aux charges à caractère médical, a connu une progression sensible à partir de 2015, liée à l'évolution de l'activité ambulatoire : + 13,8 % entre 2015 et 2016 et + 6,2 % entre 2016 et 2017.

Il est observé en revanche une légère régression des dépenses sur le titre 3, l'établissement ayant pris des mesures visant à freiner les dépenses afférentes et s'étant engagé dans une démarche de « plan action achats », une tendance que la chambre avait déjà pu constater en 2015 à l'occasion de la dernière saisine budgétaire hospitalière concernant le centre hospitalier. Le CH de Guingamp a également bénéficié du moindre coût des fournitures de fluides suite à une renégociation de ses contrats en 2017. Des efforts ont donc été réalisés en termes de réduction des charges. Cependant, les coûts de maintenance informatique ont progressé de 127,6 %, entre 2016 et 2017 (+ 144 960 €).

Les charges du titre 4 sont également en baisse en raison de charges financières en diminution, ainsi que de dotations aux amortissements et aux provisions corporelles également en déclin.

4.2.1.2 Evolution des recettes

La répartition des recettes, en 2017, était la suivante :



Source : présentation du compte financier 2017 – chiffres en €

« praticiens à recrutement non renouvelable de droit » est resté stable malgré le passage des certains praticiens sur le statut de praticien hospitalier. Cette stabilité s'explique par le recours à des médecins contractuels de remplacement afin de limiter le recours à l'intérim médical.

Entre 2013 et 2017, les recettes ont augmenté de 5,1 %, tandis que les dépenses ont augmenté de 6,6 % sur la même période : un effet de ciseau préjudiciable à l'équilibre financier est donc constaté.

4.2.1.2.1 Les recettes liées à l'assurance maladie

Les principaux produits, liés à l'assurance maladie (titre 1⁴¹ en recettes), sont restés stables jusqu'en 2014, puis ont progressé de 9 % entre 2014 et 2015, pour retrouver une stabilité en dépit d'un léger déclin observé en 2016 : leur progression globale aura été de 8,7 % entre 2013 et 2017.

Les recettes perçues au titre de la T2A en médecine ont été en hausse de 12 % entre 2014 et 2015, du fait de la hausse des séjours. Ces mêmes recettes sont cependant en baisse de 2,8 % en 2017 par rapport à 2016, conséquence d'une valorisation unitaire moindre par l'assurance maladie, notamment en ambulatoire.

L'évolution est comparable en chirurgie, puisqu'en 2015, le nombre de séjours⁴² a augmenté de 3,7 % par rapport à 2014, et la valorisation⁴³ de l'assurance maladie de 6,5 %. Le taux de chirurgie ambulatoire est passé à 67 % en 2017, mais avec des tarifs moins rémunérateurs qu'en chirurgie classique : la valorisation T2A a baissé de 6,3 %, conséquence de la baisse⁴⁴ d'activité en chirurgie conventionnelle associée au virage ambulatoire.

La baisse continue du nombre de naissances observée chaque année a entraîné une baisse des recettes afférentes à la maternité. L'écart à fin décembre 2017 par rapport à 2016 est de - 0,86 % en volume et de - 3,17 % en valeur, soit une moindre recette de 957 477 €.

4.2.1.2.2 Les autres titres de recettes

Les produits des titres 2 et 3 ont pour leur part régressé, respectivement de 9,8 % et de 2,8 % entre 2013 et 2017, freinant ainsi la progression des recettes globales générée par le titre 1.

4.2.1.3 Evolution des résultats

Les résultats, auparavant excédentaires, ne cessent de se dégrader depuis 2013.

Après un retraitement des soutiens financiers directs (détail disponible en annexe), le déficit global cumulé depuis 2013 est sensiblement plus important que celui affiché officiellement, soit -11,5 M€ contre - 9 M€.

⁴¹ Les recettes du titre 1 intègrent également le compte « fonds d'intervention régional (FIR) » qui enregistre les missions d'intérêt général et les aides contractualisées. Le montant est d'environ 1 M€ chaque année.

⁴² Exprimé en RUM.

⁴³ Du fait de la hausse de 10 % en volume d'activité de la chirurgie orthopédique et 15 % en valeur, (conséquence du recrutement d'un chirurgien), de la stabilité en volume mais de la hausse en valeur de 5 % en chirurgie générale, de la forte hausse de l'activité ambulatoire, avec 14,5 % en volume et 18 % en valeur (notamment en orthopédie et en ophtalmologie). Il faut également considérer une importante activité d'endoscopies diagnostiques et thérapeutiques. Le taux de chirurgie ambulatoire était de 61 % en 2015, contre seulement 53 % l'année précédente. Enfin, l'IP-DMS est passée au-dessous de 1, en progression favorable donc.

⁴⁴ PMCT (poids moyen des cas traités) inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle.

En définitive, le budget principal du CH de Guingamp est structurellement déficitaire depuis ces cinq dernières années.

4.2.2 Les résultats des budgets annexes

Les budgets annexes, pour leur part, ne concernent que le long séjour (USLD et EHPAD) ainsi que l'enseignement (IFAS).

La part de ces budgets est limitée dans le résultat de l'établissement, même si le résultat conjoint de l'EHPAD et de l'USLD devient de plus en plus conséquent : 6 327 € en 2013 et 500 773 € en 2017, atténuant désormais le déficit global, de manière insuffisante cependant.

4.2.3 Une capacité d'autofinancement insuffisante

Très négative en 2014, la capacité d'autofinancement (CAF) nette de l'annuité d'emprunt s'est nettement redressée en 2015 et 2016, du fait de la quasi-absence de nouveaux emprunts et de l'amélioration du chiffre d'affaire global. Mais la situation s'est à nouveau dégradée en 2017, notamment du fait de l'augmentation des charges de personnel qui a pesé sur le résultat.

En 2017, la CAF brute du budget principal représentait moins de la moitié de la CAF brute globale, contre 67 % les années précédentes.

La CAF brute a diminué de 25 % entre 2013 et 2017, la CAF nette est à nouveau négative dès 2017 (- 204 136 €). Cette dégradation s'explique notamment par le déficit de la maternité qui était de 1,7 M€ en 2017.

Il résulte de cette situation que l'établissement ne peut plus financer des investissements productifs, car il ne peut plus emprunter en raison de l'importance de son déficit cumulé.

4.2.4 Un endettement élevé mais en diminution

La dette est en diminution régulière depuis 2013. Elle est passée de 22,3 M€ à 15,6 M€ en 2017. Ce dernier chiffre correspond cependant à dix années de CAF brute, ce qui reste conséquent.

Le taux d'endettement⁴⁵ était, la même année, de 23 %, mais la tendance est à la baisse au vu du plan global de financement pluriannuel (PGFP) joint à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2018, avec 11,6 % attendus pour 2022.

Les charges financières ont baissé sur la même période de 10 % par an en moyenne. Elles sont passées de 0,8 M€ en 2013 à 0,5 M€ en 2017.

⁴⁵ Correspondant au ratio dette/produits.

4.2.5 Un investissement ralenti

4.2.5.1 Le contexte général

Compte tenu de ses mauvais résultats financiers et du déficit cumulé depuis 2013, le centre hospitalier est confronté à un problème de financement de ses investissements, qui sont réduits au minimum.

Les dépenses d'équipement, d'un niveau de 3,5 M€ en 2013, n'étaient plus que de 0,8 M€ en 2015, 1,3 M€ en 2016 et 0,6 M€ en 2017. Le regain de 2016 n'a été permis que par le recours à un emprunt d'1M€ intervenu la même année.

Le taux de vétusté des bâtiments, qui était de 47 % en 2013, est passé à 63 % en 2017.

En 2017, les immobilisations de la section d'investissement ont représenté 56,9 % du dernier budget exécutoire. Ces dépenses correspondent aux besoins de sécurité de l'établissement, aux travaux liés à l'ouverture de nouveaux services (hôpital de jour SSR gériatrique et extension du capacitaire de l'hôpital de jour SSR neuro locomoteur), à la rénovation du service des urgences (première tranche), et divers achats de matériels inscrit au programme d'investissement courant.

La situation financière précaire de l'établissement a donc limité ses possibilités d'investissement, à l'exemple du parc informatique en attente de renouvellement depuis plusieurs années.

4.2.5.2 Le programme pluriannuel d'investissement

Le programme pluriannuel d'investissement (PPI), inscrit à l'EPRD 2018, concerne la période 2018-2022, principalement autour des opérations suivantes :

- travaux de sécurisation et de modernisation du service des urgences ;
- travaux de réorganisations spatiales dont l'extension capacitaire de l'hôpital de jour SSR gériatrique ;
- travaux de mise en sécurité électrique du bâtiment de chirurgie ;
- travaux de rénovation de l'internat en lien avec un appel à projet régional.

Comme établi dans l'EPRD 2018, seuls les travaux ayant obtenu un soutien financier de la part de l'ARS ou de la région, les investissements courants revus *a minima* au regard du degré d'obsolescence des équipements actuels ainsi que les investissements nécessaires au déploiement du projet informatique (projet SIPC) sont désormais portés.

L'ARS est amenée à intervenir directement pour soutenir le centre hospitalier : 466 000 € en 2015 (hôpital numérique), 200 000 € en 2016 (travaux d'extension capacitaire de l'hôpital de jour SSR neuro-locomoteur et création d'un hôpital de jour SSR gériatrique), mais surtout 1 M€ au titre de l'accompagnement à l'investissement et à la réorganisation spatiale.

4.2.6 Le bilan fonctionnel : le constat d'un appauvrissement

L'établissement se caractérise par une diminution régulière de ses fonds propres, voire de ses fonds propres élargis⁴⁶.

L'actif immobilisé a diminué de 11 M€ entre 2013 et 2017, ce qui correspond à un appauvrissement de la structure. Le fonds de roulement (FDR) est lui-même à la baisse, passé de 7,7 M€ en 2013 à 7 M€ en 2017 avec une variation annuelle moyenne de -2,4 %.

La trésorerie, correspondant à la différence entre le FDR et le besoin en FDR net global, se maintient à un faible niveau, correspondant à seulement 9,5 jours de fonctionnement.

Les tableaux présentés en annexe montrent l'évolution prévisionnelle des dépenses et recettes du compte de résultat principal de 2017 à 2022 et des indicateurs financiers de l'établissement sur cette même période. En dépit des efforts accomplis à ce jour, la situation du CH de Guingamp n'est guère encourageante : résultat net systématiquement négatif jusqu'en 2022 (accroissant ainsi le déficit cumulé depuis 2013), marge brute de plus en plus négative, CAF nette structurellement négative. A la lumière des derniers résultats⁴⁷ du centre hospitalier et de son PGFP 2017-2022, l'établissement peut être considéré comme étant en situation de déséquilibre⁴⁸ financier.

4.3 Les actions de redressement

4.3.1 L'avis budgétaire de la chambre régionale des comptes.

Par son avis du 29 avril 2015, la chambre régionale des comptes avait proposé un certain nombre de mesures destinées à rééquilibrer la situation budgétaire du CH de Guingamp. Ces mesures comportaient à la fois des propositions de l'établissement et des pistes suggérées par la chambre elle-même.

Parmi les propositions de l'établissement figuraient la poursuite de la maîtrise des dépenses de personnel non médical, les économies au titre de l'intérim médical, l'optimisation des recettes T2A (amélioration du codage), la réalisation d'économies sur les titres 2 et 3 en dépenses, la réduction des personnels de support, ainsi que la réorganisation des soins de suites.

⁴⁶ Fonds propres + subventions d'investissement + provisions réglementées.

⁴⁷ CAF nette devenue structurellement négative au vu des prévisions du PGFP et des derniers résultats sur 2017.

⁴⁸ Aux termes de l'article R. 6143-39 du code de la santé publique, le déséquilibre financier des établissements publics de santé se caractérise par la réalisation d'un ou plusieurs des critères suivants :

-le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire supérieur à 3 % des produits du compte de résultat principal de l'exercice ;

-le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire et soit la capacité d'autofinancement de l'établissement représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement ;

-la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts contractés.

Les mesures complémentaires proposées par la chambre concernaient la restructuration de l'accueil (trois scénarii envisagés permettant des économies en personnel), les tarifs de chambre individuelle (hausse des tarifs de 20 % en MCO et soins de suite), les mesures de gestion du personnel (élargissement des amplitudes de congés d'été, avancement à la durée intermédiaire et gel des titularisations), la mutualisation des achats, et la pré-facturation avant consultation (identification des débiteurs).

Ces mesures, partiellement appliquées, ont fait l'objet d'une discussion en conseil de surveillance, et ont contribué à la finalisation d'un contrat d'efficience avec l'ARS.

4.3.2 Le contrat d'efficience

En 2015, l'établissement s'est engagé dans une démarche de retour à l'équilibre auprès de l'ARS, au travers de la mise en œuvre d'un contrat d'efficience, comprenant dix actions visant à réduire les dépenses et développer les recettes : économies de mensualités de remplacement, maîtrise des dépenses de personnel non médical⁴⁹, économies au titre de l'intérim médical, économies au titre des dépenses de titres 2 et 3, optimisation des recettes d'activité en chirurgie, évolution de la capacité en médecine gériatrique, optimisation de la durée moyenne de séjour, examen des organisations de travail, optimisation des ressources médicales en imagerie.

Les effets en année pleine de ce plan d'actions⁵⁰ ont été pris en compte dans le chiffrage de l'EPRD 2016.

4.3.3 La démarche du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO)

Plusieurs mesures dans le cadre de la démarche COPERMO ont été intégrées à la nouvelle version de l'EPRD 2016: il s'agit de l'économie de 1,5 ETP de cadre de santé (42 500 €), de l'optimisation⁵¹ des organisations jusqu'à fin 2018 (-10 ETP escomptés), de mesures d'économies⁵² complémentaires sur les fonctions support (restauration, bio nettoyage), de l'extension de l'hôpital de jour de SSR neuro-locomoteur et de l'ouverture de l'hôpital de jour de SSR « PAPD » (gériatrique) grâce au redéploiement de postes soignants.

⁴⁹ Les actions relatives au personnel non médical ont été renforcées au dernier quadrimestre 2015 suite au rejet de l'EPRD en juillet 2015 par l'ARS.

⁵⁰ Réduction du coût des mensualités de remplacement liées à l'absentéisme (mesure de limitation du remplacement des arrêts courts à 50 % depuis septembre 2015), poursuite de la maîtrise des dépenses de personnel non médical, économies au titre de l'intérim médical, économies sur les dépenses à caractère hôtelier et général et sur les dépenses à caractère médical, développement de la capacité en médecine gériatrique (passage de 21 à 25 lits prévu en septembre 2015), poursuite du virage ambulatoire en 2016, optimisation des organisations soignantes.

⁵¹ En médecine, cette politique a permis de réduire les effectifs de trois ETP dès 2016.

⁵² La mutualisation des fonctions « achat-logistique » (GHT) et de la fonction « Ressources Humaines » (Lannion-Guingamp) a conduit à une économie de 3 ETP à compter de juin 2017.

Des projets initiés en 2016 sur les nouvelles organisations spatiales doivent amener de nouvelles optimisations⁵³. A plus long terme, le plan d’actions proposé dans le cadre de la démarche COPERMO s’articule autour de plusieurs axes :

- Axe 1 : optimisation⁵⁴ des produits
- Axe 2 : réorganisations médicales
- Axe 3 : optimisation des organisations
- Axe 4 : « vers un hôpital de parcours ».

Ce dernier axe de travail s’est traduit par les trois mesures suivantes : création d’un hôpital de semaine de médecine, nouvelles évolutions capacitaires envisagées, développement de la chirurgie ambulatoire.

Ces mesures ont fait l’objet d’une inscription au plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2016-2022, qui prévoit une évolution favorable des résultats sur cette période :

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat prévisionnel CRPP	-1 282 522	-26 200	+573 459	+352 803	+786 066	+752 905	+646 009
CAF (tous budgets)	2 309 444	4 018 350	4 518 072	4 302 898	4 038 956	3 873 623	3 986 843

Source : dossier COPERMO

La chambre constate que les résultats financiers effectifs n’ont pas été à la hauteur de ces attentes : les charges de personnel, notamment, n’ont pas été maîtrisées. Les premiers résultats pour 2017, mais aussi le plan global de financement pluriannuel (PGFP) présenté par l’établissement au titre de l’EPRD 2018, validé par l’ARS, entérinent en effet le maintien d’une situation difficile, avec la succession attendue de résultats négatifs et d’une capacité d’investissement des plus restreintes.

Au final, les mesures de redressement appliquées depuis ces dernières années n’ont pas donné les effets escomptés et le CH de Guingamp est à nouveau concerné par un plan de redressement pour la période 2017-2019.

Face à cette succession de mesures, et en l’absence de résultats, la chambre invite le centre hospitalier à revoir les conditions de retour à l’équilibre en liaison avec l’ARS.

⁵³ Mutualisation de moyens humains et de plateaux techniques entre services, respect des parcours patients et cohérence organisationnelle, lisibilité pour les usagers, optimisation des espaces par rapport aux capacités actuels et à venir, maîtrise des coûts des travaux à venir.

⁵⁴ « Les échanges avec l’ANAP dans le cadre de la préparation du dossier COPERMO ont conduit à faire évoluer le dispositif de facturation des chambres particulières en MCO et SSR, ce qui engendre un gain potentiel de 200 000 € en 2016 (avec une mise en œuvre au 1^{er} juin 2016), et de 300 000 € en 2017, au prorata temporis. Cette revalorisation s’appuie sur la mise en œuvre d’une nouvelle procédure qui respecte l’obligation d’information des patients et leurs capacités contributives : seuls les patients couverts par une mutuelle ou une assurance prenant en charge ces frais y sont assujettis. Par ailleurs, les coopérations avec le CH de Lannion conduisent à imaginer des coopérations croisées des chirurgiens au regard des autorisations. » (dossier COPERMO 2016).

4.3.4 Les conditions d'un retour à l'équilibre financier

4.3.4.1 Les conséquences financières du maintien de la maternité

Le caractère structurellement déficitaire de la maternité et son incidence sur les comptes avaient déjà été mentionnés en 2015 par la chambre à l'occasion de la saisine budgétaire sur la situation financière du centre hospitalier.

Cette même maternité, dans le cadre des discussions menées avec l'ARS, a fait l'objet d'une étude par l'établissement sur la base de ses comptes de résultats d'exploitation analytique (CREA). A partir de ces chiffres, établis pour les années 2015 et 2017, la chambre a procédé à une analyse des résultats du centre hospitalier, en comparant les hypothèses « avec » et « sans » maternité, tout en considérant la suppression totale des coûts (fixes et variables) :

chiffres en M€	2015	2017
résultat annuel affiché	-1,2	-2,2
résultat maternité (CREA)	-1,5	-1,7
résultat hors maternité	0,3	-0,5
chiffres en M€	2015	2017
CAF nette	1,3	-0,2
résultat maternité (CREA)	-1,5	-1,7
CAF nette hors maternité	2,8	1,5

Source : états financiers et CREA

Il ressort de cette analyse que le maintien de la maternité au sein du CH de Guingamp affecte significativement la rentabilité de ce dernier. Le poids financier de ce maintien est réel et obère la CAF nette du centre hospitalier, dépendante du résultat d'exercice, et *de facto* les marges d'investissement.

Selon l'établissement, « la fermeture de la maternité permettrait certes d'améliorer la situation financière mais pas à hauteur du chiffre cité. » : le déficit de 1,7 M€ qui résulte du CREA en 2017 comprendrait en effet un montant de charges fixes (coûts médico-techniques, logistiques, autres) à hauteur de 2 M€. Pour autant, la chambre ne dispose pas du chiffrage précis de ces charges fixes indiquées par l'établissement.

Dans son évaluation⁵⁵ médico-économique, la direction du centre hospitalier propose une alternative, en présentant les éléments relatifs à la fermeture de sa maternité, mais aussi en suggérant le développement des activités de consultations parallèlement à l'ouverture d'un centre périnatal de proximité et de chirurgie gynécologique, ainsi que réalisé au centre hospitalier de Paimpol. Cette évaluation fait apparaître un résultat positif théorique de 0,6 M€⁵⁶ au titre de 2017.

⁵⁵ Objet d'une réunion organisée à l'ARS le 9 février 2018.

⁵⁶ Comme le précise le centre hospitalier, ce scénario ne prend pas en compte les charges indirectes, correspondant aux coûts induits des fonctions logistiques, médico-techniques et administratives, mais une restructuration des fonctions supports est toujours possible. A minima, la fermeture de la maternité aurait pour conséquence directe une atténuation du déficit de l'hôpital à hauteur de 327 689 €.

Il ne faut pas pour autant oublier les difficultés de l'établissement, tant pour la seule maternité que dans le domaine plus large de l'obstétrique, difficultés listées par la chambre en ce qui précède et rappelées ici. Les parts de marché inhérentes à cette activité sont passées de 50 % en 2013 à 44,9 % en 2017, avec une diminution de 21 % des séjours « RSS » sur la même période. Le nombre d'accouchements, quant à lui, ne cesse de diminuer (635 en 2016, 514 en 2016 et 501 en 2017), très inférieur au seuil de rentabilité fixé par les autorités sanitaires (1 200 accouchements par an). L'établissement se rapproche du seuil de dangerosité, établi officiellement à 350 accouchements par an. Cette baisse continue du nombre de naissances entraîne celle des recettes : l'écart entre 2016 et 2017 correspond, en une seule année, à une perte de 957 477 €. La diminution du nombre de lits en obstétrique, de 17 à 10, décidée en 2017 n'a abouti qu'à un taux d'occupation de 63 %. Le tout dans un périmètre démographique reconnu par tous comme étant vieillissant. Au regard du contexte, la chambre préconise donc la prudence.

Pour l'heure, la fermeture de la maternité au 1^{er} février 2019, annoncée officiellement au printemps 2018, a finalement été reportée : comme l'indique l'ARS, « *il s'agit du maintien de l'autorisation de la maternité deux années de plus, sur décision de la Présidence de la République.* ». Cette décision très défavorable à l'équilibre financier du CH de Guingamp nécessitera, *a minima*, une redéfinition⁵⁷ de l'organisation des soins à l'échelle du GHT⁵⁸.

4.3.4.2 La nécessité d'une vision à long terme

En dépit des mesures de redressement préconisées depuis ces dernières années, le CH de Guingamp reste dans une situation de marasme financier. Son activité repose sur la médecine et le long séjour et en aucun cas sur la maternité, structurellement déficitaire ; l'activité chirurgicale n'est permise que grâce au partenariat de GCS établi sur le long terme avec les médecins libéraux, sous réserve toutefois de disposer d'un personnel anesthésiste qui dans les faits est fourni en ayant recours à l'intérim médical.

Le redressement dépasse le seul cadre de l'établissement, il doit s'inscrire dans le cadre du territoire de santé, sur la base de mesures structurelles à long terme. Le CH de Guingamp exerce sur un territoire qui, de toute la Bretagne, présente la plus grande densité de plateaux techniques publics et privés, mais dont la patientèle est avant tout une population âgée qui recourt fréquemment aux soins immédiats (médecine, chirurgie orthopédique, séances de dialyses et de chimiothérapie), tandis que certains besoins locaux, notamment en addictologie, ne sont que partiellement pris en charge (absence d'une unité dédiée en SSR).

⁵⁷ Ce que confirment le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement du CH de Saint-Brieuc, hôpital support du GHT d'Armor (source : Libération et article Ouest-France du 25 juillet 2018). À lire en effet les deux responsables médicaux, le territoire de santé n° 7 cumule chaque année "20 millions d'euros de déficit structurel, soit la moitié du déficit de l'ensemble des centres hospitaliers bretons, dont la moitié uniquement pour des dépenses d'intérim médical, pour maintenir partout des plateaux techniques fragiles avec une activité diluée" (source : article HOSPIMEDIA du 26 juillet 2018).

⁵⁸ Selon le GHT, il était prévu que le CH de Guingamp devienne un pôle d'excellence en chirurgie programmée et ambulatoire pluridisciplinaire, avec pour objectif de transférer vers le CH de Lannion l'activité chirurgicale non programmée et l'activité non -ambulatoire, d'y concentrer la permanence des soins et de renforcer sa maternité, le CH de Lannion gérant d'ores et déjà un service de pédiatrie développé.

La participation active au GHT ne peut que favoriser la coopération et la mutualisation entre les établissements du territoire n° 7, mais le CH de Guingamp reste confronté à la difficulté d'une lisibilité sur le long terme, avec la concurrence croissante des établissements du secteur privé ⁵⁹.

5 LES RESSOURCES HUMAINES

5.1 Une évolution des effectifs contrastée

Le détail des chiffres, pour la plupart issus des bilans sociaux, est présenté en annexe sous la forme de tableaux.

5.1.1 Personnel médical : des effectifs en augmentation

De manière globale (tous budgets), le personnel médical -hors internat- est passé de 48,8 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2014 à 55,2 en 2017, soit une progression de 6,4 ETPR sur la période.

Après une évolution à la baisse en 2014, les effectifs en ETPR ont recommencé à croître, en 2015 (+ 2,7 %) mais plus fortement en 2016 (+5,1 %).

La progression des effectifs médicaux a concerné les praticiens hospitaliers à temps plein, mais aussi les praticiens contractuels qui représentaient 13,7 ETPR en 2017.

Le CH de Guingamp est confronté à la hausse des dépenses liées à l'intérim médical dans les domaines de l'anesthésie, de la médecine gériatrique et des urgences.

5.1.2 Personnel non médical : des effectifs en régression

A l'inverse du personnel médical, le nombre de personnels non médicaux est en baisse depuis 2014. Il est passé de 935,35 ETPR à 922,56 en 2017, soit une perte de 12,79 ETPR sur la période.

Le nombre de personnels soignants, qui représentaient 647,64 ETPR en 2017, s'est notamment restreint : + 0,6 % entre 2014 et 2015, - 9 % entre 2015 et 2016 et -1,9 % entre 2016 et 2017. Les besoins proviennent en grande partie des structures dédiées au long séjour (EHPAD et USLD).

Le nombre de personnels contractuels, en revanche, est resté stable, avec 212,17 ETPR en 2014 contre 212,23 en 2017. Il s'est toutefois fortement accru entre 2014 et 2015 (+ 5,2 %) pour connaître une régression depuis.

⁵⁹ Hôpital Privé des Côtes-d'Armor, installé à Plérin depuis mi-2016.

Le nombre de titulaires et de contrats à durée indéterminée a diminué à l'inverse des personnels en contrats à durée déterminée, avec notamment des évolutions respectives de – 11,43 et de + 6,67 ETPR entre 2014 et 2016.

Les évolutions les plus sensibles constatées concernent les contrats aidés et d'apprentissage, où l'on constate une progression de 13,2 % de 2014 à 2015, puis une régression de 8,4 % entre 2015 et 2016, période durant laquelle les personnels médico-techniques ont également connu une augmentation sensible de 10,8 %.

5.2 La recherche d'un équilibre complexe

5.2.1 Les difficultés majeures

La chambre constate les efforts entrepris par le centre hospitalier en matière de gestion des personnels, avec le maintien, voire la progression, des effectifs médicaux (générateurs de recettes d'activité) et l'adaptation des personnels non médicaux pour limiter les coûts fixes de l'établissement.

Toutefois, le suivi des ressources humaines au sein de l'établissement est confronté à deux difficultés majeures : un fort absentéisme des personnels non médicaux et la nécessité de recourir à l'intérim médical pour assurer ses activités, notamment en chirurgie et en médecine gériatrique.

5.2.2 La gestion de l'absentéisme

Le taux d'absentéisme du personnel médical est en régression depuis plusieurs années et se situe aujourd'hui à un niveau très bas. Ce taux avait atteint 7 % en 2015, pour redescendre à moins de 2 % dès 2016.

Le taux global d'absentéisme chez les personnels non médicaux avoisine en revanche 10 % (9,5 % dès 2016), notamment chez les personnels soignants.

Le taux pour le seul motif médical a atteint 7,8 %. Cependant, le motif de la maladie ordinaire ne dépassait pas 4 %, avec une stabilisation autour de 12 700 jours.

Cette évolution défavorable a poussé le centre hospitalier à mettre en place un dispositif de suivi, notamment pour gérer les remplacements.

En dépit des mesures prises, le nombre total de jours d'absence (hors contrats d'aide à l'emploi) est passé de 30 702 en 2016 à 31 629 en 2017, soit une croissance de 3 %. Le nombre de jours concernant la maladie (hors maladie professionnelle) est notamment passé de 12 804 en 2016 à 14 462 en 2017, soit une évolution de + 12,9 %.

6 LE PATRIMOINE IMMOBILIER : DES RESSOURCES POTENTIELLES

6.1 Les délégations de service public

Le centre hospitalier a conclu une délégation de service public pour l'installation et l'exploitation d'un réseau de téléviseurs et de téléphonie.

La durée de cette délégation, conclue en 2015, est de sept ans.

L'ordonnance n° 2016-65 du 29 janvier 2016 et le décret n° 2016-86 du 1^{er} février 2016 relatifs aux contrats de concession rappellent cependant le principe de limitation des durées de conventions de délégation de service public. En la circonstance, le II de l'article 6 du décret susmentionné indique que *« pour les contrats de concession d'une durée supérieure à cinq ans, la durée du contrat n'excède pas le temps raisonnablement escompté par le concessionnaire pour qu'il amortisse les investissements réalisés pour l'exploitation des ouvrages ou services avec un retour sur les capitaux investis, compte tenu des investissements nécessaires à l'exécution du contrat »*. Ainsi, la durée maximale de la convention de délégation de service public ne pourra pas excéder cinq ans sauf s'il est nécessaire d'amortir les investissements réalisés par le délégataire dans le cadre de l'exécution du contrat.

La chambre estime donc la durée de la délégation trop longue au vu du type de prestations négociées.

6.2 Les autorisations d'occupation temporaires

Le centre hospitalier a concédé un certain nombre d'autorisations d'occupation temporaire (AOT), tant dans le cadre logistique, administratif, qu'au titre du fonctionnement médical.

Ainsi l'établissement est-il lié par des contrats passés avec les médecins libéraux, qui comprennent l'occupation des lieux et la mise à disposition des moyens de l'hôpital nécessaires à l'activité de ces praticiens.

Le contrôle de la chambre a mis en évidence l'absence de durée déterminée sur lesdits contrats. Par un arrêt⁶⁰ du 5 février 2009, le Conseil d'Etat a jugé⁶¹ qu'une convention d'occupation du domaine public pouvait effectivement ne pas comporter de clause précisant sa durée, sans qu'elle soit nécessairement entachée de nullité, une telle convention étant, sauf rare exception législative, nécessairement précaire, par application du principe d'inaliénabilité dudit domaine.

⁶⁰ CE 5 févr. 2009, Assoc. société centrale d'agriculture, d'horticulture et d'acclimatation de Nice et des Alpes-Maritimes, req. n° 305021.

⁶¹ Dans son arrêt du 5 février 2009, il a jugé que *« si les autorisations d'occupation du domaine public doivent en principe être délivrées pour une durée déterminée, ainsi que le rappelle l'article L. 2122-2 du code général de la propriété des personnes publiques, la seule circonstance qu'une convention ne conférant pas de droits réels à l'occupant du domaine public ne contenait aucune précision relative à sa durée n'est pas de nature à entacher celle-ci de nullité ; qu'en effet, dans le silence sur ce point de la convention, le principe d'inaliénabilité du domaine public, qui s'applique sauf texte législatif contraire, implique que l'autorité gestionnaire du domaine peut mettre fin à tout moment, sous réserve de justifier cette décision par un motif d'intérêt général, à l'autorisation d'occupation qu'elle a consentie »*.

Pour autant, le contrat prévoit, en cas de rupture, le respect d'un délai de préavis, d'une durée d'un an la première année et de six mois pour les autres années. La chambre rappelle le caractère précaire et révocable des occupations du domaine public, ce qui va à l'encontre de cette disposition qui n'a donc plus lieu d'être.

6.3 Les cessions immobilières

6.3.1 La réserve foncière

Le CH de Guingamp dispose d'un certain nombre de bâtiments désaffectés en tout ou partie, présents sur le site principal, et pouvant faire l'objet de négociations commerciales.

Leur valeur globale représente 238 000 €.

A cette réserve doit être rajouté le site des Capucins, estimé par le service des domaines, en 2017, entre 175 000 € et 215 000 €, mais 320 000 à 340 000 € par les agences immobilières locales.

Ce dernier site est actuellement en cours de cession.

6.3.2 La cession du site des Capucins

Le centre hospitalier a acquis le couvent des Capucins en 2011, au prix de 430 000 €, afin d'aménager des salles de réunions et des logements transitoires.

En 2014, la direction du centre hospitalier disait vouloir rénover la structure pour y installer l'école d'aides-soignantes et d'autres services administratifs. Ce projet, trop coûteux (un million d'euros était évoqué à l'époque) et finalement peu adapté à la configuration intérieure du bâtiment, a finalement été abandonné. Depuis, le bâtiment s'est dégradé, faute d'entretien, et a été muré par mesure de sécurité.

La mise en vente⁶² a donc été décidée à compter de 2018, avec une mise à prix initiale de 226 380 €. En mars 2015, le centre hospitalier avait déjà vendu une parcelle de 7 400 m², pour un montant de 158 017,50 €.

A ce jour, la perte estimée correspond à 45 602,50 €, même si des ventes de parcelles sont escomptées pour cette année 2019, à hauteur de 8 000 €.

⁶² En 2015, une fondation avait déjà acquis une parcelle de 7 400 m², la cession étant d'une valeur de 158 017 €.

7 LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES (ACE)

Les développements qui suivent s'inscrivent dans le cadre d'une enquête menée par les juridictions financières sur les actes et les consultations externes (ACE). Les tableaux afférents sont disponibles en annexe.

7.1 Le décompte de l'activité ACE

Les ACE ont représenté 4,1 M€ de recettes en 2017 au sein du CH de Guingamp, pour 1 656 357 actes et consultations réalisés.

Seuls les forfaits techniques de scanner sont facturés par l'établissement, les forfaits techniques IRM étant facturés par le GCS IRM d'Armorique.

Les simples consultations des praticiens libéraux auxquels le centre hospitalier met à disposition des locaux, ne sont pas facturées par l'établissement et ne sont donc pas comptabilisées. Seuls les actes nécessitant un recours au plateau technique des soins externes font l'objet d'une facturation par l'établissement.

7.2 La stratégie de l'établissement en matière d'ACE

7.2.1 Politique et objectifs suivis

Le centre hospitalier a développé une offre très diversifiée de consultations externes permettant à la population du bassin de Guingamp de bénéficier de consultations dans de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales.

L'offre apportée par les praticiens hospitaliers locaux est complétée par des consultations avancées en lien avec le CH de Saint-Brieuc.

Par ailleurs, l'établissement a mis des locaux à la disposition de plusieurs praticiens libéraux, dans le cadre d'un GCS, permettant de compléter l'offre de soins : chirurgie orthopédique et générale, ophtalmologie, ORL, gastro-entérologie.

7.2.2 Instance dédiée au pilotage des ACE

L'établissement ne dispose pas d'instance spécifique.

Toutefois, l'activité et les recettes ACE sont analysées dans le cadre de la validation mensuelle des envois PMSI et des réunions conjointes DAF-DIM-BDA organisées dans ce cadre.

7.2.3 Modalités d'information des médecins de ville sur l'offre d'ACE

L'établissement adresse chaque année aux médecins généralistes un annuaire médical actualisé et qui comporte l'ensemble des consultations externes réalisées au centre hospitalier.

Des rencontres sont organisées entre praticiens hospitaliers et médecins généralistes, deux fois par an, dans le cadre des séminaires organisés avec les médecins de ville, dont le dernier s'est tenu le 18 janvier 2018.

7.2.4 Modalités d'envoi du compte-rendu au médecin traitant

Les secrétaires médicales établissent le courrier au fil de l'eau et, en règle générale, sur un délai de 24 à 48 heures ; le délai peut accessoirement atteindre cinq à six jours.

Si le médecin destinataire dispose d'une adresse mail sécurisée, le courrier est envoyé via le parapheur électronique. En cas contraire, le courrier est envoyé par voie postale, ce qui conduit à un délai d'environ six jours après la validation médicale du courrier.

7.2.5 Données statistiques liées au suivi des ACE

Le taux de satisfaction des patients et des médecins n'est pas mesuré ; seule la satisfaction des patients hospitalisés fait l'objet d'un suivi.

Les patients consultent au centre hospitalier avec une lettre d'adressage qui peut venir de leur médecin traitant ou d'un spécialiste. L'adressage ne concerne pas forcément un médecin précis, et le patient est libre de choisir le praticien qu'il va consulter. Il est très rare qu'un rendez-vous soit donné si le patient ne dispose pas de courrier d'un médecin de ville.

Le nombre de premières⁶³ consultations était de 7 804 en 2017 contre 9 503 en 2016.

7.2.6 Démarches d'audit ou d'évaluations menées dans le domaine de l'organisation ou dans celui de la valorisation de l'activité ACE

Des rencontres sont organisées avec chaque secrétariat de consultation et de plateau technique des soins externes, les dernières au printemps 2017. L'objectif de ces rencontres est de faire un point sur l'activité réalisée sur chaque consultation et d'informer les secrétariats sur les recettes qui découlent de ces consultations, de mettre l'accent sur l'importance de l'exhaustivité et de la qualité du codage pour tous les intervenants. Ces rencontres ont également permis d'informer sur la mise en place et l'application des nouvelles lettres clés de la convention médicale.

⁶³ Nombre de patients vus pour la première fois en consultation.

Le gain financier est inclus dans un ensemble d'actions visant à optimiser la facturation, en lien avec une hausse en volume de l'activité en 2016 et 2017 et l'accompagnement par un cabinet spécialisé.

Un travail de rédaction de procédures internes est en cours, et un guide de facturation a été rédigé.

7.3 L'offre d'actes et de consultations externes proposée par l'établissement

7.3.1 Consultations offertes au public

L'accueil est réalisé selon les spécialités soit au bureau des entrées (bureau admissions des patients hospitalisés), soit au secrétariat médical du service concerné.

Pour l'accueil de consultation en chirurgie publique, le passage est fait désormais par la secrétaire du service concerné mais les préadmissions sont toujours faites par le bureau des admissions.

7.3.2 Modalités d'organisation de la permanence des soins

Celle-ci est organisée dans les spécialités suivantes : urgences, anesthésie, gynécologie-obstétrique, gastro-entérologie, cardiologie, chirurgie générale et orthopédie.

Le nombre de passages au service des urgences était de 22 449 en 2017 pour 22 169 en 2016, signe d'une certaine stabilité.

Une maison médicale⁶⁴ est installée sur le site du centre hospitalier, mais son activité n'est pas recensée par le système d'information de l'établissement. Son fonctionnement est assuré à tour de rôle par 47 médecins généralistes afin d'améliorer la permanence des soins pour les habitants du Pays de Guingamp et du canton de Callac.

7.3.3 Place dans l'offre territoriale de soins en matière d'ACE

Le CH de Guingamp est un acteur central du fait d'une raréfaction de l'offre libérale sur le territoire. À ceci s'ajoute l'absence, déjà ancienne, de consultations dans de nombreuses spécialités.

Par ailleurs, la singularité de l'établissement est d'avoir su regrouper en son sein l'offre de ville, libérale, et l'offre publique, à la suite du rachat de la polyclinique Armor Argoat en 2008.

⁶⁴ Ouverte tous les jours du lundi au vendredi de 20h à minuit, le samedi de 14h à minuit et le dimanche de 8h à minuit.

7.3.4 Couverture des besoins du territoire

Le CH de Guingamp a des projets d'ouverture de consultations non mis en œuvre pour l'heure, à l'instar de la neurologie.

Le cadre administratif et financier est établi par le biais de conventions systématiques précisant les modalités de compensation financière. Il s'agit d'une convention type dont un exemple est donné en annexe.

Les consultations avancées mises en place par l'établissement durant ces cinq dernières années, n'ont pas fait l'objet d'une analyse préalable, en lien avec l'ARS, quant à leur place dans l'offre territoriale.

Par ailleurs, les consultations par voie de télé médecine ne sont pas encore mises en place.

7.4 L'organisation mise en œuvre par l'établissement

7.4.1 Principes généraux

A la différence d'autres établissements de santé, il n'existe pas de plateau unique de consultations au CH de Guingamp. Le plan du plateau de consultations n'existe ainsi que pour la partie chirurgie.

L'inventaire des équipements affectés aux consultations est établi mais une partie des équipements ne figure pas dans cette liste car ils font partie intégrante des unités de soins où est réalisée une part importante des consultations (équipements mutualisés).

Il existe également des fiches de poste concernant les personnels⁶⁵ du circuit de consultation. Existent aussi un schéma d'interfaçage⁶⁶ des applications utilisées dans le circuit de consultation et des procédures formalisées relatives à la création de dossier, à la création d'identité et au traitement des doublons.

Le regroupement de consultations n'a donc été réalisé qu'en ce qui concerne le secteur de la chirurgie. La centralisation de ces consultations a permis de regrouper l'ensemble des professionnels des différentes spécialités de chirurgie sur un même secteur de consultation, rapprochant ainsi cette activité des consultations d'anesthésie et du plateau technique des soins externes. Cette organisation permet un parcours de soins plus intégré.

Les limites de cette réorganisation concernent les patients pour lesquels un examen d'imagerie médicale est prévu avant la consultation de chirurgie : l'imagerie étant située sur un autre pôle, le patient doit se rendre à deux endroits différents.

En avril 2018, dans le cadre de la mise en place du programme Simphonie, le centre hospitalier a mis en place une première phase de la simplification du parcours patient sur ce même secteur d'activité.

⁶⁵ Admissionniste et cadre(s) des admissions, secrétaire médicale, cadre de santé, IDE, AS, ASH

⁶⁶ Gestion administrative du malade, dossier patient, agenda / planning, etc.

Cette réorganisation vise dans un premier temps :

- à simplifier et améliorer le parcours du patient : l'accueil administratif est réalisé directement sur le secteur de consultation par les assistantes médico-administratives (identito-vigilance, création du passage, consultation des droits en ligne, lecture de carte vitale, vérifications des débiteurs, mise à jour des dossiers) ;

- à simplifier les démarches administratives : le patient n'a qu'un seul interlocuteur avant sa consultation, et s'adresse à ce même secrétariat dans le cas d'une programmation d'hospitalisation.

En 2019, le projet de mise en place du dispositif Diapason, partie intégrante du projet Symphonie, permettra de sécuriser le recouvrement des restes à charge pour la part du patient et de poursuivre la démarche de simplification du circuit patient.

7.4.2 L'informatisation des consultations externes

Il existe un certain nombre d'indicateurs relatifs à la prise de rendez-vous, tels le taux d'appels extérieurs non décrochés, ou bien le délai moyen pour joindre l'accueil téléphonique. Pour autant, ces indicateurs ne font pas l'objet d'un suivi par le centre hospitalier.

Les informations médicales recueillies au cours des consultations externes sont actuellement manuscrites et classées dans le dossier du patient. Il est prévu que le médecin dispose d'une fiche informatique afin de progresser vers la méthode « 0 papier ».

Un courrier est systématiquement dactylographié et conservé dans le dossier patient informatisé, sauf en gynécologie et en chirurgie.

7.4.3 Forces et faiblesses du système de facturation (projet FIDES)

Après accord des autorités⁶⁷ sanitaires, l'établissement est entré dans la démarche FIDES⁶⁸ en juin 2014, avec mise en production dès 2015.

Lors de la réunion de lancement, un groupe projet était désigné et se réunissait soit dans le cadre du groupe de coordination local (GCL) technique, permettant de régler les difficultés techniques rencontrés, soit en réunion GCL plénière pour un retour sur l'état d'avancement de la mise en place du projet. Ce groupe était composé de l'ensemble des acteurs⁶⁹ de la chaîne de facturation. Le travail effectué préalablement aux envois tests a permis d'avoir de faibles taux de rejets. La mise en production au 1^{er} mai 2015 s'est déroulée sans difficultés majeures, les taux de rejets approchant les 5 %.

Cependant, le centre hospitalier a dû se réorganiser en interne sur le secteur des admissions-facturation, en raison du départ en mutation du référent de la facturation des soins externes, non remplacé par un recrutement extérieur. Selon l'ordonnateur, ce poste a néanmoins été pourvu par voie interne dans le cadre d'une économie d'ETP suite au regroupement des bureaux des entrées.

⁶⁷ DGOS, ARS, DGFIP et CPU.

⁶⁸ Facturation individuelle des établissements de santé.

⁶⁹ Agents de l'accueil/facturation, éditeur, DAF, coordinatrice AMA, trésorerie, médecin DIM.

L'établissement, en lien avec l'éditeur, a fait l'acquisition du module des règles de facturation qui permet de cibler les dossiers non conformes. A partir de type de rejets repérés, le centre hospitalier a également mis en place des requêtes via son logiciel BO : ces requêtes sont lancées avant chaque facturation liée aux ACE.

Le taux de rejets actuels est de 1,75 % pour 2017 contre 2,96 % en 2016, et s'améliore par conséquent, de même que le délai moyen de facturation qui était de 18 jours pour 2017 contre 28 jours en 2016.

L'établissement se déclare satisfait de la mise en place du projet FIDES : les taux de rejets sont faibles, et les efforts vont se poursuivre afin de réduire ces taux par la mise en place de nouveaux outils à venir en lien avec l'éditeur et pour améliorer les délais de facturation. Il est également envisagé d'acquérir un module permettant de stocker les pièces justificatives du patient.

En conclusion, la qualité de la gestion et du suivi des dossiers par tous les acteurs concernés de l'entrée en consultation ou en hospitalisation jusqu'à la sortie contribue à améliorer la chaîne de facturation et par voie de conséquence à réduire le taux de contentieux et diminuer les restes à recouvrer.

7.5 Les moyens affectés et le résultat financier

Un tableau disponible en annexe donne le détail des personnels (en ETP) liés aux ACE ainsi que le coût afférent.

Le retraitement comptable n'a pas encore été réalisé pour l'exercice 2017.

7.6 Le recouvrement des recettes liées aux ACE

Le tableau « *recouvrement* » disponible en annexe donne les informations suivantes :

- a) Les recettes imputées sur les comptes relatifs aux ACE, en distinguant les produits de l'assurance maladie, produits hors-assurance maladie ;
- b) Le montant des annulations et des réémissions de titres.

7.7 L'organisation et le suivi de l'activité libérale

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique. Elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique.

Sur la période 2013-2017, seuls deux praticiens ont exercé une activité libérale, en chirurgie orthopédique et gynécologie-obstétrique. Tous deux ont exercé à hauteur de 20 % de leur temps de travail, tout en étant conventionnés « secteur 1 ». L'un des contrats n'a pas été renouvelé en 2018.

Les conditions d'exercice de l'activité libérale des praticiens temps plein au sein d'un établissement public de santé sont conformes à celles fixées par l'article L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique (CSP).

7.7.1 La commission d'activité libérale

L'article L. 6154-5 du CSP précise que : « *Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.* ».

7.7.1.1 Composition

Selon l'article R. 6154-12 du même code, la commission comprend :

1° un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;

3° un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;

4° un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;

5° deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

7° un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1⁷⁰.

En l'absence d'association agréée sur le territoire de Guingamp, la composition de la CAL est conforme aux dispositions de l'article R. 6154-12 du CSP.

⁷⁰ Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national... L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

7.7.1.2 Réunion et production

Contrairement aux dispositions de l'article R. 6154-14 du CSP, le centre hospitalier n'a pas apporté la preuve de la réunion annuelle de la CAL. Un seul procès-verbal (PV) a été fourni. Celui-ci concerne la dernière réunion du 13 juin 2018 et laisse entendre que dorénavant un PV sera systématiquement dressé.

La commission doit établir chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein d'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

L'établissement ne rédige un rapport que depuis l'année 2016. Les rapports 2016 et 2017 comprennent cependant les informations attendues.

7.7.1.3 Les contrats d'activité libérale

Le contrat conclu, en application de l'article L. 6154-4 du CSP, entre le praticien et le directeur de l'établissement doit préciser notamment les modalités d'exercice de l'activité libérale de ce praticien ; il comprend les clauses figurant dans le contrat type⁷¹ défini par les textes en vigueur. Il est conclu pour une durée de cinq ans renouvelable.

Le centre hospitalier est invité à reprendre systématiquement les dispositions de l'annexe 61-2 du CSP modifiée le 14 avril 2017. Il conviendrait de joindre en annexe au contrat la charte de l'activité libérale intra-hospitalière ainsi que le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale.

7.7.2 Les obligations vis-à-vis du patient

Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix. En cas d'hospitalisation, il formule expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.⁷²

Le centre hospitalier procède à l'affichage de ces informations dans les salles d'attente (information quant à l'activité libérale du praticien, aux plages et horaires public/privé, au conventionnement assurance maladie, aux différents tarifs).

Il dispose également d'un formulaire permettant, en cas d'acte chirurgical en libéral, notamment durant un temps d'hospitalisation, de s'assurer du recueil du consentement écrit du patient.

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. Un seul médecin étant concerné depuis le 1^{er} janvier 2018, l'élaboration d'un tel indicateur ne constitue pas une priorité.

⁷¹ Code de la santé publique, article R. 6154-4, annexe 61-2.

⁷² Article R. 6154-7.

Le circuit⁷³ du patient dans le cadre d'une prise en charge en activité libérale a été formalisé sous la forme d'un logigramme, présenté en annexe.

7.7.3 Charte de l'activité libérale

Selon le nouvel article R. 6154-3-1⁷⁴ du CSP, les établissements publics de santé dans lesquels des praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale élaborent une charte de l'activité libérale intra-hospitalière comprenant au minimum les clauses figurant dans une charte-type fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces clauses visent à garantir l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre, leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens, et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales.

Le centre hospitalier a institué cette charte lors de la CAL du 23 mai 2018. Sa rédaction n'appelle pas de remarques.

7.7.4 Les conditions d'exercice de l'activité libérale

Trois conditions encadrent l'activité libérale au sein des établissements publics de santé⁷⁵ :

1° que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit 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.

Le contrôle du nombre de consultations et d'actes publics/privés est effectué par la CAL.

Le centre hospitalier n'a pu apporter les tableaux généraux de service et/ou les tableaux de service réalisé nominatifs, établissant le respect par les praticiens concernés des plages horaires et de la durée hebdomadaire d'exercice en activité libérale. Cependant, celui-ci indique que les plages privés et publiques sont bien identifiées, dans l'applicatif « *Médis RDV* ».

⁷³ Accueil secrétariat, prise de rendez-vous téléphonique, facturation par l'hôpital, encaissement par les services du centre hospitalier.

⁷⁴ Créé par décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

⁷⁵ Article L. 6154-2 du CSP.

ANNEXES

Annexe n° 1.	Capacitaire détaillé	44
Annexe n° 2.	Organigramme fonctionnel.....	46
Annexe n° 3.	Parts de marché et positionnement.....	47
Annexe n° 4.	Evolution de l'activité médicale.....	51
Annexe n° 5.	Fiabilité des comptes	56
Annexe n° 6.	Analyse financière	58
Annexe n° 7.	Les personnels	69
Annexe n° 8.	Les actes et les consultations externes	80

Annexe n° 1. Capacitaire détaillé

LITS ET PLACES –31/12/2017

LITS et PLACES PAR UNITE	
	Lits et places
Cardiologie	23
Dont USC cardiologie	6
Médecine gériatrique	25
Médecine interne / UP AVC / LISP	28
Pneumologie / LISP	20
Unité de Soins Palliatifs	10
Hôpital de jour	8
PÔLE MEDECINE	114
PÔLE URGENCES - UHCD	6
Chirurgie hospitalisation complète	19
Chirurgie hospitalisation semaine	18
Chirurgie ambulatoire	20
Soins continus polyvalents	4
Maternité	10
POLE CHIRURGIE-OBSTETRIQUE-ANESTHESIE	71
TOTAL M.C.O.	191
SSR « affectations de l'appareil locomoteur » et « système nerveux »	30
Hôpital de jour neurolocomoteur	10
SSR polyvalents (dont 3 EVC)	20
SSR gériatriques (« PAPD »)	30
Hôpital de jour de SSR gériatrique	5
POLE SSR	95
TOTAL HOPITAL	286
TOTAL EHPAD	258
Accueil de jour Gériatrique	10
USLD	30
TOTAL ETABLISSEMENT	584

Source : rapport d'activité 2017

Les activités MCO qui font l'objet d'une autorisation sanitaire sont les suivantes :

- médecine en hospitalisation conventionnelle (médecine générale et de spécialités, surveillance continue) ;
- hôpital de jour de médecine ;
- médecine d'urgence ;
- périnatalité ;
- chirurgie en hospitalisation conventionnelle ;
- chirurgie ambulatoire ;
- chirurgie des cancers ;
- chimiothérapie.

L'établissement dispose en outre d'une reconnaissance d'unité de soins palliatifs (USP).

Les activités de SSR faisant l'objet d'une autorisation sanitaire sont les suivantes :

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à haut risque de dépendance (PAPD) ;
- SSR polyvalent.

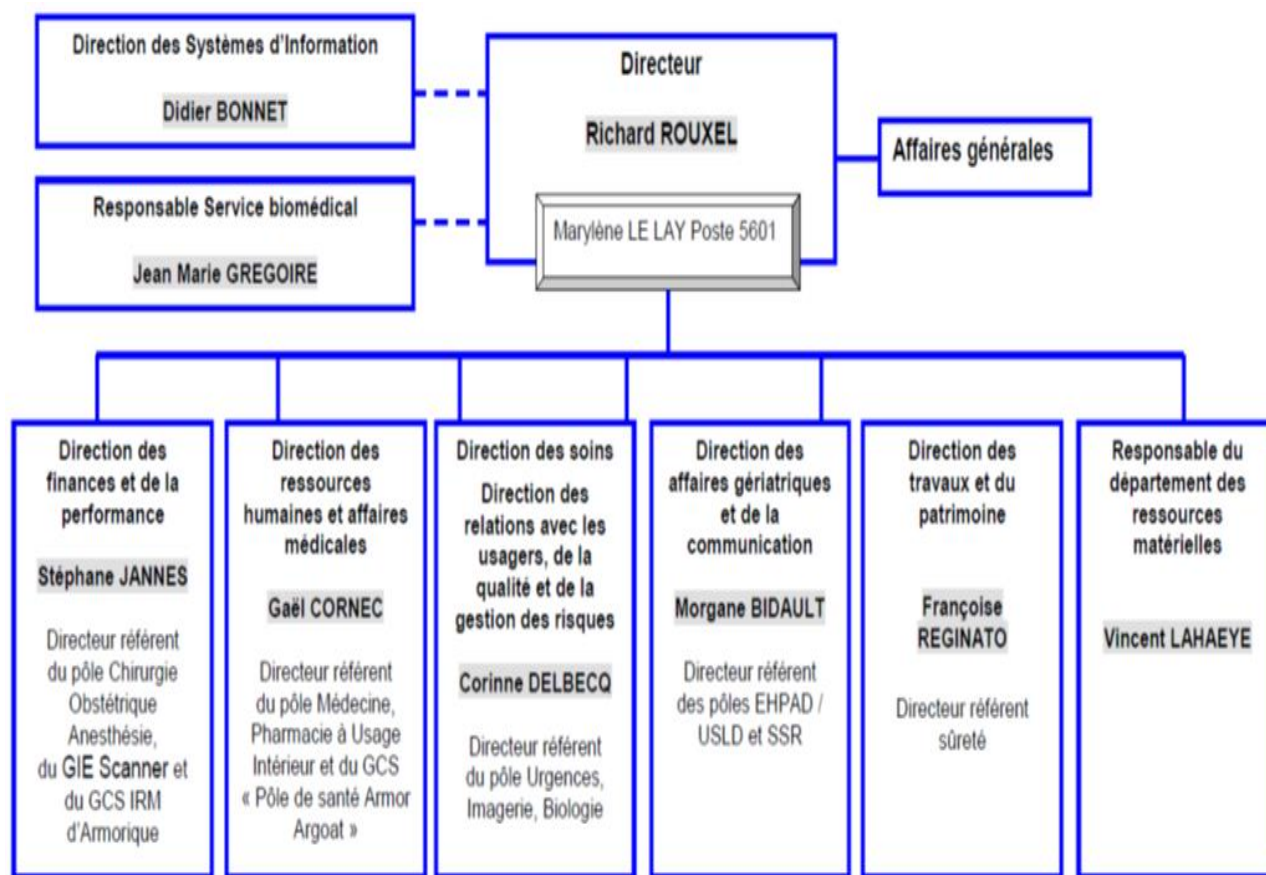
L'établissement dispose en outre d'une reconnaissance pour trois lits d'états végétatifs chroniques (EVC).

Le plateau technique est appuyé par un service d'imagerie (scanner, imagerie à résonance magnétique/IRM, etc.), un laboratoire d'analyses médicales, un service de rééducation fonctionnelle, une pharmacie et une unité de stérilisation.

Un institut de formation des aides-soignantes (IFAS) est également géré par l'établissement.

Le bloc opératoire central est composé de six salles dont une salle d'endoscopie et une salle de césariennes.

Annexe n° 2. Organigramme fonctionnel



Source : CH Guingamp – organigramme au 18 juin 2018

Les liens en pointillé correspondent aux fonctions exercées par le GHT d'Armor, depuis l'établissement support du CH de Saint-Brieuc.

Annexe n° 3. Parts de marché et positionnement

Provenance des clients du CH de Guingamp au titre de l'année 2017

Code géo	Commune	nb hospit dans l'établ.	Population	Taux hospit /1000 hab.	PdM 2017	PdM 2016
22200	GUINGAMP	4 051	21 258	191	62,3 %	63,5 %
22390	BOURBRIAC	633	3 767	168	60,1 %	60,1 %
22970	PLOUMAGOAR	991	5 905	168	60,1 %	60,7 %
22540	LOUARGAT	821	5 225	157	54,5 %	53,4 %
22160	CALLAC DE BRETAGNE	1 007	6 517	155	45,9 %	45,7 %
22720	PLESIDY	224	1 486	151	50,7 %	53,2 %
22260	PLOEZAL	823	5 678	145	46,3 %	47,4 %
22810	PLOUNEVEZ MOEDDEC	440	3 323	132	44,7 %	47,2 %
22290	LANVOLLON	909	10 523	86	29,0 %	31,2 %
22480	ST NICOLAS DU PELEM	350	4 183	84	30,3 %	25,8 %
22140	BEGARD	930	11 512	81	28,5 %	33,2 %
22170	PLELO	921	12 711	72	28,5 %	27,8 %

Source : ATIH

<u>Origine géographique</u> (par codes postaux) (1)	2015	2016	2017
- Guingamp-Ploumagoar	35,08 %	33.84%	33,31%
- Lanvollon	6,42 %	6.59%	7.03%
- Callac	6,30 %	7.04%	6.75%
- Châtaudren	6,65 %	6.83%	6.74%
- Bégard	6,60 %	6.96%	6.15%
- Louargat	4,98 %	5.06%	5.49%
- Pontrieux	5,49 %	5.68%	5.44%
- Bourbriac	4,72 %	4.61%	4.75%
- Belle Isle en Terre	3,06 %	3.42%	2.85%
TOTAL	79,3 %	80.03%	78,51%

} 47,09%

(1) Répartition par origine géographique exprimée en pourcentage du total des RSS de l'année.

Source : rapport d'activité 2017

Parts de marché 2013-2017 en MCO

2- Medecine						
Etablissement	Type EJ	PdM 2013	PdM 2014	PdM 2015	PdM 2016	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	51,7%	51,6%	51,9%	50,3%	49,1%
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	21,7%	22,1%	21,6%	23,3%	22,7%
HOP PRIVE DES COTES D'ARMOR (220022800)	Privé	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	6,2%
CH LANNION (220000103)	CH	6,4%	6,1%	5,6%	5,3%	5,7%
CH PAIMPOL (220000152)	CH	3,9%	4,3%	3,5%	3,4%	3,4%
CHP ST-BRIEUC - SITE STE-THERESE (220000301)	Privé	2,6%	2,4%	2,8%	0,0%	0,0%
CHRU RENNES - SITES OUEST ET NORD (35a005179)	CHR	2,3%	2,0%	2,1%	2,0%	2,2%
POLYCLIN. DU TREGOR LANNION (220000111)	Privé	1,4%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%
CHU BREST - SITE CAVALE BLANCHE (29c000017)	CHR	1,2%	1,2%	1,3%	1,4%	1,6%
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	1,1%	1,2%	1,4%	1,6%	1,5%
POLYCLIN SAINT LAURENT (350002192)	Privé	1,1%	1,1%	1,1%	0,0%	0,0%

1- Chirurgie						
Etablissement	Type EJ	PdM 2013	PdM 2014	PdM 2015	PdM 2016	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	41,0%	37,4%	39,7%	39,0%	37,8%
HOP PRIVE DES COTES D'ARMOR (220022800)	Privé	0,0%	0,0%	0,0%	24,4%	26,3%
CHP ST-BRIEUC - SITE STE-JEANNE D ARC (220000285)	Privé	12,5%	13,2%	11,6%	0,0%	0,0%
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	11,5%	12,4%	12,3%	12,2%	11,6%
CHP ST-BRIEUC - SITE STE-THERESE (220000301)	Privé	9,9%	10,1%	9,9%	0,0%	0,0%
POLYCLIN. DU TREGOR LANNION (220000111)	Privé	5,8%	5,5%	5,9%	4,8%	5,3%
CH LANNION (220000103)	CH	3,6%	3,7%	3,2%	2,8%	2,7%
CHRU RENNES - SITES OUEST ET NORD (35a005179)	CHR	2,2%	2,6%	2,7%	2,3%	2,5%
CHU BREST - SITE CAVALE BLANCHE (29c000017)	CHR	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%	2,1%
CHP ST-GREGOIRE (350000121)	Privé	1,3%	1,8%	1,5%	1,8%	1,7%
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	0,9%	1,3%	0,0%	0,9%	0,8%

3- Obstetrique						
Etablissement	Type EJ	PdM 2013	PdM 2014	PdM 2015	PdM 2016	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	50,0%	49,0%	48,6%	43,8%	44,9%
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	28,3%	30,1%	30,0%	32,4%	25,4%
HOP PRIVE DES COTES D'ARMOR (220022800)	Privé	0,0%	0,0%	0,0%	9,9%	14,0%
CH LANNION (220000103)	CH	13,0%	11,3%	9,7%	9,0%	11,8%
CHP ST-BRIEUC - SITE STE-THERESE (220000301)	Privé	6,0%	6,2%	7,2%	0,0%	0,0%
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	1,1%	1,5%	1,6%	1,7%	1,0%
CHU BREST - SITE MORVAN (29a000017)	CHR	0,2%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%
CH PAIMPOL (220000152)	CH	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	0,4%
CH DES PAYS DE MORLAIX (290021542)	CH	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,6%
CHRU RENNES - SITE HOPITAL SUD (35b005179)	CHR	0,1%	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%
CH INTERCOMM DE CORNOUAILLE QUIMPER (290020700)	CH	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

Sources : PMSI Atih, FHF – BDHF

Parts de marché 2017 les plus performantes**D11-Ophtalmologie**

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	985	57,7 % ▼
HOP PRIVE COTES D ARMOR (220022800)	Privé	305	17,9 % ▲
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	85	5,0 % ▼
CHU BREST - SITE MORVAN (29a000017)	CHR	45	2,6 % ▼
POLYC TREGOR LANNION (220000111)	Privé	45	2,6 % △
CL PASTEUR ST ESPRIT BREST (290000140)	Privé	27	1,6 % ▼
CL SOURDILLE NANTES (440000651)	Privé	27	1,6 % ▽
CL ST MICHEL ET STE ANNE QUIMPER (290000207)	Privé	23	1,3 % □
POLYC ST LAURENT (350002192)	Privé	17	1,0 % □
CMC BAIE DE MORLAIX (290023431)	Privé	17	1,0 % △

D22-Psychiatrie

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	424	66,5 % ▼
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	105	16,5 % ▲
CH LANNION (220000103)	CH	43	6,7 % ▲
CH TREGUIER (220005045)	CH	21	3,3 % ▼
CH PAIMPOL (220000152)	CH	15	2,4 % ▼
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	11	1,7 % △
CH CTRE BRETAGNE (560014748)	CH	3	0,5 % △
CHRU RENNES - SITE HOPITAL SUD (35b005179)	CHR	3	0,5 % △
CHS PLOUGUERNEVEL (220000236)	CHSprivé	2	0,3 % ▽
CTRE GERIATRIE CHANTEPIE (350005021)	PNL	2	0,3 % △

D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	452	66,3 % □
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	106	15,5 % ▼
CH LANNION (220000103)	CH	40	5,9 % ▲
CH PAIMPOL (220000152)	CH	28	4,1 % ▼
CH CTRE BRETAGNE (560014748)	CH	8	1,2 % ▲
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	7	1,0 % □
CHU BREST - SITE CAVALE BLANCHE (29c000017)	CHR	7	1,0 % □
CH PAYS DE MORLAIX (290021542)	CH	6	0,9 % ▲
CHRU RENNES - SITES OUEST ET NORD (35a005179)	CHR	5	0,7 % △
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES (560023210)	CH	5	0,7 % ▲

D01-Digestif

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	2 650	54,4 % ▼
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	700	14,4 % △
HOP PRIVE COTES D ARMOR (220022800)	Privé	576	11,8 % ▲
POLYC TREGOR LANNION (220000111)	Privé	241	4,9 % □
CH LANNION (220000103)	CH	203	4,2 % □
CH PAIMPOL (220000152)	CH	129	2,6 % ▲
CHRU RENNES - SITES OUEST ET NORD (35a005179)	CHR	81	1,7 % □
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	81	1,7 % ▲
CH PAYS DE MORLAIX (290021542)	CH	45	0,9 % ▲
CHU BREST - SITE CAVALE BLANCHE (29c000017)	CHR	43	0,9 % □

D09-Pneumologie

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2017
CH GUINGAMP (220000079)	CH	951	54,9 % ▼
CH ST BRIEUC (220000020)	CH	382	22,1 % ▼
CH LANNION (220000103)	CH	135	7,8 % ▲
CH PAIMPOL (220000152)	CH	61	3,5 % ▲
CHU BREST - SITE CARHAIX (29b000017)	CHR	33	1,9 % □
CHU BREST - SITE CAVALE BLANCHE (29c000017)	CHR	32	1,8 % ▲
FONDA. ILDYS SITE DE PERHARIDY (290000975)	PNL	25	1,4 % ▲
CHRU RENNES - SITES OUEST ET NORD (35a005179)	CHR	20	1,2 % △
CH PAYS DE MORLAIX (290021542)	CH	13	0,8 % ▽
HOP PRIVE COTES D ARMOR (220022800)	Privé	12	0,7 % ▽

Sources : PMSI Atih 2016-2017, FHF – BDHF

Synthèse PMSI MCO de l'ARS Bretagne (2015-2016)

		TOTAL (séjours + séances)		Chirurgie		Médecine (hors séances, obst.)		Séances		Obstétrique Mère-enfant	
		2016	Evol. %	2016	Evol. %	2016	Evol. %	2016	Evol. %	2016	Evol. %
TS 6	Cq Côte d'Emeraude	12 716	+5,4%	6 759	+3,2%	3 326	+15,6%	2 631	+0%		-
TS 6	Cq St-Joseph	357	+1,1%		-	351	+0,3%	6	+100%		-
TS 6	TOTAL TS 6	75 709	+3,2%	18 217	+1,5%	37 349	+3,6%	15 254	+5,1%	4 889	+1,1%
TS 7	CH St-Brieuc	79 496	+2,0%	9 618	+6,4%	33 238	+0,1%	30 944	+4,0%	5 696	-4,1%
TS 7	CH Guingamp	16 032	+0,3%	4 346	+0,5%	9 507	-0,5%	965	+48,7%	1 214	-16,3%
TS 7	CH Lannion	16 234	-1,6%	2 148	-0,2%	9 656	-0,7%	2 905	-0,4%	1 525	-10,4%
TS 7	Pcq Trégor	8 628	-4,5%	3 891	-5,1%	2 990	-0,0%	1 747	-10,2%		-
TS 7	CH Paimpol	4 974	-0,9%	68	+152%	4 554	-1,3%	200	-4,3%	152	-10,1%
TS 7	CH Quintin	164	-6,3%		-	164	-6,3%		-		-
TS 7	CH Tréguier	1 559	-0,0%		-	1 542	-0,3%	17	-37,0%		-
TS 7	CH Lamballe	588	+8,7%		-	588	+8,7%		-		-
TS 7	HP Côtes d'Armor	36 328	+5,4%	15 938	+2,2%	7 800	+9,8%	10 468	+6,1%	2 122	+12,0%
TS 7	TOTAL TS 7	164 003	+1,7%	36 009	+2,2%	70 039	+0,8%	47 246	+4,1%	10 709	-4,0%
TS 8	CHS Plouguernevel	231	+10,5%		-	231	+10,5%		-		-
TS 8	CH Guéméné-sur-Scorff	208	-22,4%		-	208	-22,4%		-		-
TS 8	Pcq Pontivy	7 713	-2,5%	4 901	-5,8%	2 771	+2,7%	31	+933%	10	-9,1%
TS 8	CHCB Pontivy	30 648	+3,4%	3 668	+3,3%	14 668	+0,0%	10 010	+9,3%	2 302	+1,8%
TS 8	TOTAL TS 8	38 800	+2,0%	8 569	-2,1%	17 878	+0,2%	10 041	+9,6%	2 312	+1,7%
TOUS Ets		1 227 249	+3,7%	296 971	+2,0%	490 290	+3,3%	361 227	+7,0%	78 761	-1,8%

Source : PMSI MCO 2015 et 2016

Annexe n° 4. Evolution de l'activité médicale

<i>Evolution de l'activité</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2013
RSS	15 092	15 031	15 987	16 042	15 909	+ 5,4 %
RUM	16 630	16 615	17 625	17 674	17 479	+ 5,1 %
Journées	56 067	54 263	53 889	49 672	48 299	- 13,9 %
Durée moyenne de séjour	3,72	3,61	3,37	3,10	3,04	- 18,3 %

<i>séjours en RSS</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2013
<i>Médecine</i>	7 040	7 088	7 322	7 222	7 106	+ 0,9 %
<i>Chirurgie</i>	3 723	3 551	3 951	4 024	3 924	+ 5,4 %
<i>Obstétrique</i>	1 107	1 092	988	851	872	- 21 %
<i>Actes peu invasifs (ex : endoscopies)</i>	2 404	2 343	2 436	2 463	2 216	- 7,8 %
<i>Séances</i>	178	318	649	965	1 284	+ 621 %
<i>Taux de chirurgie ambulatoire</i>	48,9 %	53,1 %	61,2 %	66,5 %	67,1 %	+ 39,5 %

<i>Activité de court séjour</i>	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Total des RSS</i>	15 092	15 031	15 987	16 042	15 909
<i>Séances</i>	178	318	649	965	1 284
<i>% de séjours de 0 jours (hors séances)/total RSS</i>	34,0	33,5	35,9	38,6	37,9

	2013	2014	2015	2016	2017
IP-DMS	0,98	0,97	0,93	0,89	0,91

Source : e-PMSI et rapports d'activité

Activité globale - Source PMSI					
	Indicateur	2013	2014	2015	2016
CI_A1	Nombre de RSA de médecine (HC)	6540	6598	6724	6301
CI_A2	Nombre de RSA de chirurgie (HC)	2478	2310	2124	1958
CI_A3	Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	754	761	745	610
CI_A4	Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	2705	2721	2892	3017
CI_A5	Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	2082	1992	2607	2943
CI_A6	Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	344	320	234	226
CI_A7	Nombre de séances de chimiothérapie	12	92	155	330
CI_A8	Nombre de séances de radiothérapie	0	0	0	0
CI_A9	Nombre de séances d'hémodialyse	0	0	0	0
CI_A10	Nombre de séances autres	166	226	494	635
CI_A11	Nombre d'accouchements	635	638	635	514
CI_A12	Nombre d'actes chirurgicaux	4002	3760	4185	4231
CI_A13	Nb d'ATU	14059	15133	15135	15984
CI_A14	Nombre d'actes d'endoscopies	2778	2795	2689	2544
CI_A15	Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	82	83	83	85

Source : Hospidiag (juin 2018)

Modes d'entrée	2015	2016	2017
Domicile (1)	55,5 %	56.2%	56.8%
Urgences	41,2 %	40.9%	40.4%
Transfert de MCO (2)	2,2 %	1.9%	1.9%
Transfert de SSR (2)	0,1 %	0.05%	0.1%
Transfert de Psychiatrie (2)	0,7 %	0.5%	0.5%
Mutation de SSR (3)	0,4 %	0.4%	0.3%

(1) Domicile et structure d'hébergement médico-sociale

(2) Provenance d'un autre établissement

(3) Provenance du pôle SSR

Modes de sortie	2015	2016	2017
Domicile (1)	87,9 %	88.0%	88.6%
Mutation vers SSR (2)	4,1 %	3.8%	3.6%
Transfert vers MCO (3)	3,7 %	3.8%	3.3%
Transfert vers SSR (3)	0,4 %	0.6%	0.5%
Transfert vers HAD			0.1%
Transfert vers Psychiatrie (3)	1,7 %	1.6%	1.7%
Décès	2,1 %	2.2%	2.2%

(1) Domicile et structure d'hébergement médico-sociale

(2) Sortie vers le pôle SSR

(3) Sortie vers un autre établissement

	Lits et places	Journées d'hospitalisation		
		EPRD 2017	Réalisé 2017	% réalisé
Hospitalisation Complète	80	25 577	24 866	97,22 %
Hôpital de Jour	15	2 643	3 252	123,04 %
Total Pôle SSR	95	28 220	28 118	99,64 %

Source : rapport d'activité

	Etablissement				Région 2016		Catégorie 2016	
	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>A7 : Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie (hors séances)</u>	7.7	7.6	8.1	8.1	8.8	21.2	7.6	16.8
<u>A8 : Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité</u>	0.3	0.31	0.33	0.58	0.2	1.6	0.5	1.5
<u>A9 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4</u>	9.03	10.07	11.5	12.59	3.27	29.91	11.32	37.12
<u>A10 : Enseignement</u>	.	.	.	.	.	.	0.02	0.5
<u>A11 : Recherche et publications</u>	.	.	.	.	.	.	0.12	0.94
<u>A12 : Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences</u>	59	60	62.3	64	49.5	71	49	68.5
<u>A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)</u>	87.8	85	82.3	80.1	71	90.2	71.1	88.4
<u>A14 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)</u>	77.9	76.2	75.1	72.6	41.9	91.9	69.5	101.5
<u>A15 : Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)</u>	47.2	51.7	49.5	38.1	42.6	73.2	42.5	68.4

Source : Hospidiag (juin 2018)

	2015	2016	2017
Maternité	1 613 528	1 370 494	1 276 684
Gynécologie interventionnelle	-	1 425	-
Gynécologie chirurgicale	313 419	370 146	457 342
Nouveau-nés	645 721	504 840	485 131
Chirurgie générale	2 488 959	1 904 343	1 936 693
Chirurgie gastro	281 950	262 138	178 301
Chirurgie orthopédique	2 955 537	2 851 801	2 555 183
Surveillance continue	970 099	898 810	1 085 385
Chirurgie ophtalmologie	133 162	17 136	8 815
Chirurgie ORL	89 540	83 088	67 556
Chirurgie stomatologie	8 008	8 282	2 371
Chirurgie ambulatoire (dont endos)	4 646 072	4 935 564	4 585 047
Chir Phlébologique	6 017	-	-
Pôle Chirurgie-obstétrique	14 152 012	13 208 067	12 638 508
Cardiologie	2 612 764	2 590 459	2 392 683
USC cardiologie	847 852	953 489	874 593
Gastro-entérologie	1 638 705	1 109 980	-
Médecine interne	3 942 929	4 121 282	4 098 760
UP AVC	516 875	434 560	565 982
Médecine gériatrique	3 028 117	3 507 792	3 875 224
Pneumologie	2 544 526	2 644 296	2 942 607
Hopital de Jour	215 121	263 327	273 897
HDJ chimio	62 262	105 341	222 957
HDJ gériatrique	151 087	156 923	196 182
LISP Pneumo	233 424	127 588	178 035
LISP Medecine interne	254 475	264 522	250 946
USP	1 441 294	1 388 782	1 286 699
Pôle médecine	17 489 431	17 668 341	17 158 565
Pôle Urgences	1 106 131	1 298 790	1 362 977
TOTAL MCO	32 747 574	32 175 198	31 160 050

Source : rapports d'activité (chiffres en €)

Activité MCO valorisée (chiffres en M€)	2013	2014	2015	2016	2017
Valorisation des GHS	28,5	28,3	31,8	31,4	30,3
Total valorisation T2A	32,4	32,2	32,7	32,2	31,2

Source : rapports d'activité

Annexe n° 5. Fiabilité des comptes

Amortissements

	2013	2014	2015	2016
débit du compte 6811 (opérations budgétaires)	3 413 889	3 956 552	3 946 064	3 747 705
Budget principal	2 718 540	3 247 816	3 272 958	3 087 689
Budget USLD			116 440	116 800
Budget IFAS	13	794	5 318	5 685
Budget EHPAD	695 337	707 941	551 348	537 531
crédit du compte 28 (opérations non budgétaires)	3 485 003	3 956 552	3 989 688	9 054 908
<i>Ecart</i>	<i>-71 114</i>	<i>0</i>	<i>-43 624</i>	<i>-5 307 203</i>

Source : balances des comptes financiers

Cessions

			2013	2014	2015	2016
462	Créances sur cessions (ONB)	D	0	1 800	28 201	3 261
462	Créances sur cessions (ONB)	C	0	1 800	24 201	4 100
675	Valeur cessions (OB)	D	572	0	9 628	0
775	Produits cessions (OB)	C	640	1 800	186 218	3 261

Source : comptes financiers ; C=crédits de l'année ; D=débets de l'année

OB : Opérations budgétaires ; ONB : Opérations Non Budgétaires

Subventions d'équipement

compte	intitulé	2013	2014	2015	2016
Solde créditeur du compte 131	Subventions d'équipement reçue	11 509	11 509	477 509	677 509
Débit du compte 139	Subvention inscrite au compte de résultat	0	0	0	0
Crédit du compte 777	Quote-part virée au résultat de l'exercice	0	0	0	0

compte	intitulé	2013	2014	2015	2016	Total
Crédit 13187	MIGAC			466 000	200 000	666 000
Crédit 13188	Autres subventions	11 509	0			11 509
Total 131		11 509	0	466 000	200 000	677 509

Source : balances des comptes financiers

Créances irrécouvrables

Comptes (BP + BA)		2013	2014	2015	2016
654	Opérations budgétaires - Débit	59 685	77 522	69 795	69 525
	Opérations d'ordre non budgétaires – Crédit (dotation)	40 000			74 000
491	Opération d'ordre non budgétaires - Débit (reprise)	2 520	12 371		
	Solde balance de sortie - Crédit	61 877	49 506	49 506	123 506
68174	Opérations budgétaires – Débit (dotation)	40 000			74 000
78174	Opérations budgétaires – Crédit (reprise)	2 520	12 371		

	2013	2014	2015	2016
Solde c/ 416 redevables contentieux	17 598	48 185	98 247	76 882
dont c/4161 hospitalisés et consultants	13 764	47 369	97 065	76 029
Solde c/ 491 dépréciation des comptes de redevables	61 877	49 506	49 506	123 506
Taux de couverture de la provision	352 %	103 %	50 %	161 %

Source : balance des comptes financiers

Rattachement des produits

Soldes débiteurs		2013	2014	2015	2016
418	Redevables - Produits à recevoir	3 650 013	0		
4287	Personnel -Produits à recevoir				
4387	Organismes sociaux. - Produits à recevoir				
4487	État - Produits à recevoir				
4687	Divers - Produits à recevoir	314 439	201 166	3 913 179	3 823 353
Total		3 964 452	201 166	3 913 179	3 823 353
Part des produits rattachés sur le total des produits (classe 7)		6,91 %	0,35 %	6,52 %	6,40 %

Source : balance des comptes financiers

Charges et produits constatés d'avance

Budget général		2013	2014	2015	2016
Solde débiteur du compte 486 - Charges constatées d'avance		51 429	0	0	
Solde créditeur du compte 487 - Produits constatés d'avance		123 621	57 863	77 735	108 816

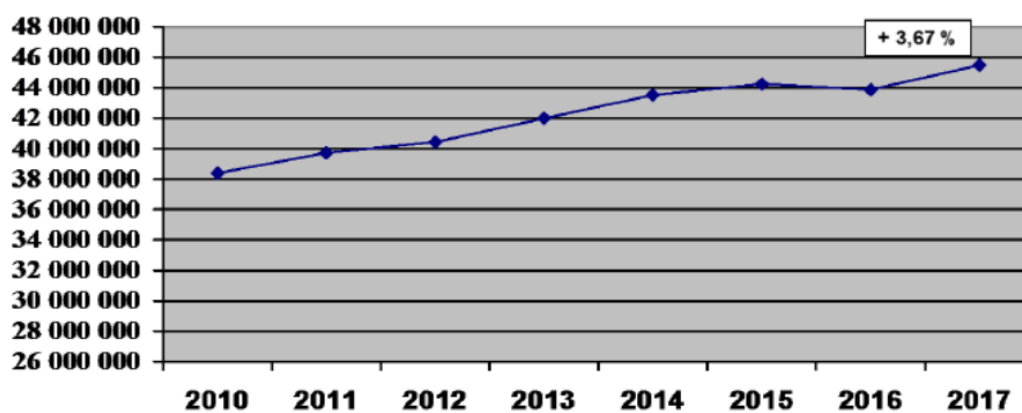
Source : balance des comptes financiers

Annexe n° 6. Analyse financière

Evolution des charges afférentes au budget H

Chiffres en €	2013	2014	2015	2016	2017
T1: dépenses personnels	41 993 975	43 518 566	44 247 336	43 877 334	45 487 001
T2: charges à caractère médical	6 700 786	6 826 536	6 840 686	7 787 418	8 270 573
T3: charges à caractère hôtelier et général	6 663 485	6 739 227	6 295 537	5 624 883	5 631 104
T4: DAP et charges financières	4 124 402	4 277 458	4 718 265	4 834 734	4 009 923
TOTAL	59 482 648	61 361 787	62 101 823	62 124 369	63 398 601

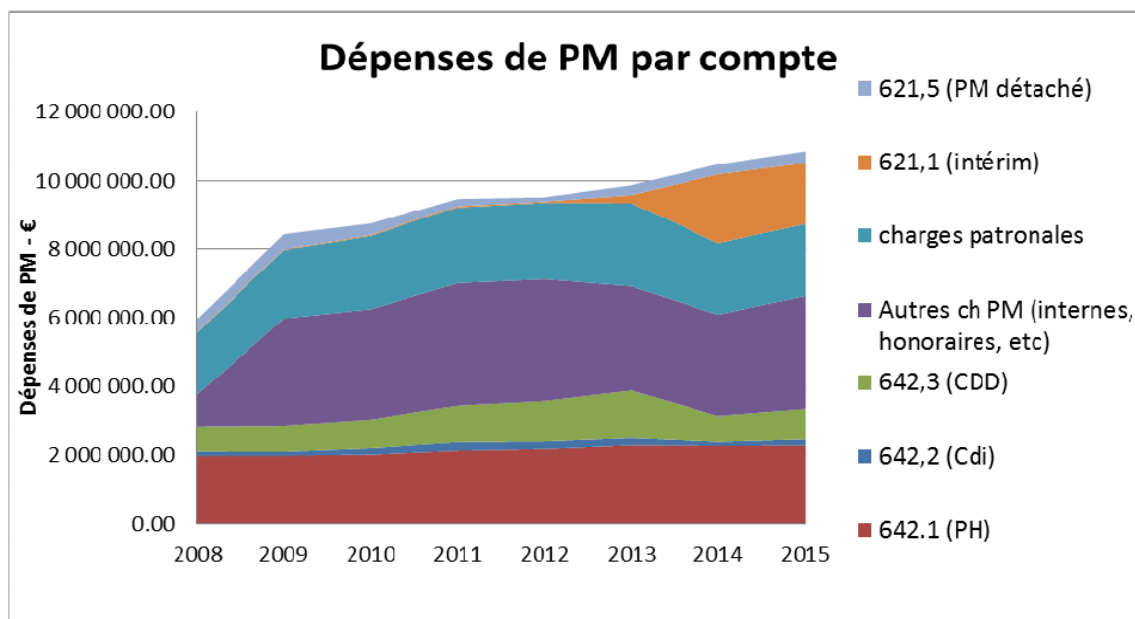
Evolution des Charges de Personnel



Source : présentation du compte financier 2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ETPR CDD	122,53	147,45	158,45	172,16	202,88	156,12	129,06	126,29
Variation		+24,92	+11,00	+13,71	+30,72	-46,76	-27,06	-2,77

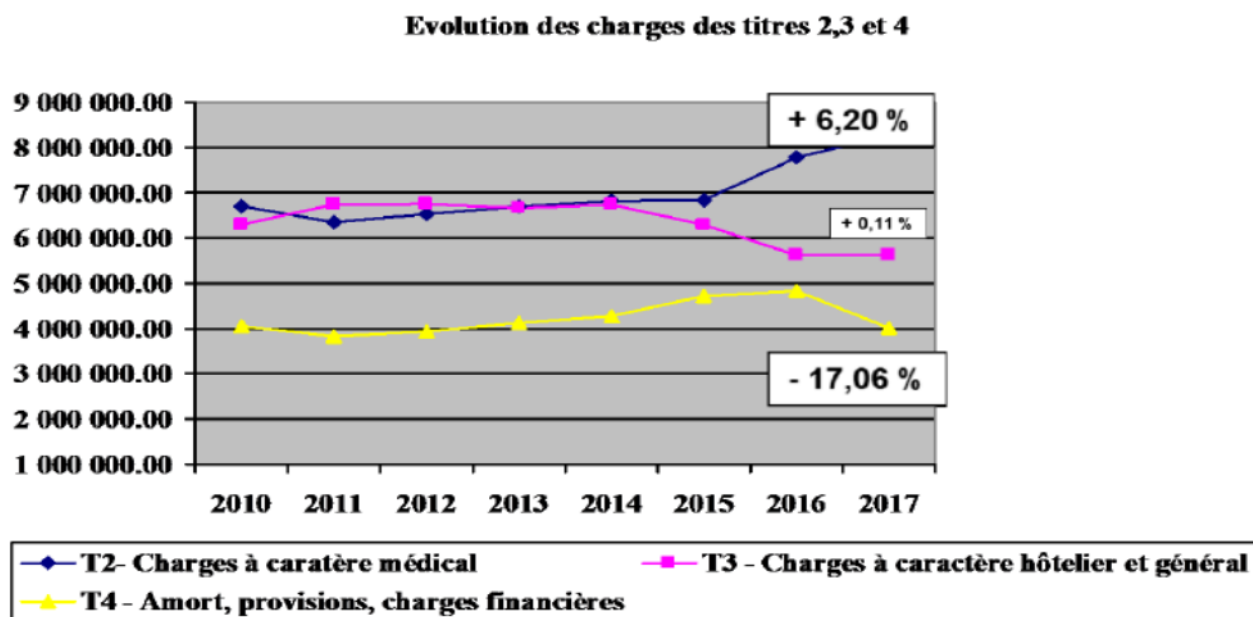
Source : COPERMO



Source : COPERMO

Titre 1 : Charges de personnel (en €)		2015	2016	2017	2016-2017
621	Personnel extérieur à l'établissement	2 306 483	1 308 304	2 001 025	692 720
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des Impôts) (sauf 6319)	2 418 378	2 487 317	2 533 509	46 192
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	851 691	827 523	791 900	- 35 624
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	764 103	648 594	517 567	- 131 026
6411	Personnel titulaire et stagiaire	17 380 136	17 301 883	17 482 158	180 275
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	518 034	484 550	498 205	13 654
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	2 951 120	2 945 614	2 964 958	19 344
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	318 171	469 643	437 484	- 32 158
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et hospitalo-universitaires titulaires	2 281 603	2 523 974	2 703 072	179 098
6422	Praticiens à recrutement contractuel renouvelables de droit	180 974	212 195	260 842	48 647
6423	Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit	884 497	974 972	975 194	222
6425	Permanences des soins	635 413	627 174	585 953	- 41 222
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	8 281 281	8 022 301	8 153 073	130 772
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	1 572 461	1 707 481	1 790 221	82 740
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	451 683	486 117	584 172	98 054
6472	Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729)	22 132	25 202	26 131	929
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	2 429 175	2 824 490	3 181 538	357 048
	Total T1 - budget H	44 247 336	43 877 334	45 487 001	1 609 667

Sources : comptes financier et RIA 2017



Source : présentation du compte financier 2017

Evolution des recettes afférentes au budget H

Chiffres en €	2013	2014	2015	2016	2017
T1: Pdts versés par l'assurance maladie	42 738 746	42 632 551	46 472 884	46 303 704	46 467 529
T2: Autres pdts liés à l'activité hospitalière	6 059 443	6 131 323	5 883 152	5 634 956	5 483 096
T3: Autres produits	9 429 201	9 650 620	8 519 769	8 628 073	9 265 866
TOTAL	58 227 390	58 414 493	60 875 805	60 566 734	61 216 491

Source : présentation du compte financier 2017 – budget H

Evolution des résultats et retraitement (chambre régionale des compte et COPERMO)

Les résultats qui suivent sont retraités des aides financières, c'est-à-dire des soutiens financiers « purs⁷⁶ » versés par la tutelle (détail donné dans les tableaux suivants) ; il s'agit donc d'un retraitement *a minima* :

chiffres en €	2013	2014	2015	2016	2017	total
recettes	58 227 390	58 414 493	60 875 805	60 566 734	61 216 491	299 300 913
dépenses	59 482 648	61 361 787	62 101 823	62 124 369	63 398 601	308 469 228
résultat annuel	-1 255 258	-2 947 294	-1 226 018	-1 557 635	-2 182 110	- 9 168 315
aides reçues	0	0	197 251	600 000	1 500 000	2 297 251
résultat retraité	-1 255 258	-2 947 294	-1 423 269	-2 157 635	-3 682 110	- 11 465 566

Source : rapports financiers

Ce retraitement des résultats a été fait à partir des éléments suivants (contenu des FIR – présentation des comptes financiers) :

2015

Objet	Montant
Permanence des soins	637 839,00 €
Soutien à l'investissement	65 662,00 €
Action de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	23 085,00 €
Equipe Mobile de Gériatrie	161 027,00 €
Equipes Hospitalière de liaison en addictologie	51 853,00 €
Consultations Mémoire	88 495,00 €
Education Thérapeutique du Patient	50 000,00 €
Molécules onéreuses	2 914,00 €
Soutien Financier	197 251,00 €
TOTAL	1 278 126,00 €

⁷⁶ Exclusivement destinés à améliorer le résultat et/ou dans le cadre de plans de retour à l'équilibre.

2016

Objet	Montant
Permanence des soins	637 842,00 €
Soutien à l'investissement	65 662,00 €
Action de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	23 085,00 €
Equipe Mobile de Gériatrie	161 027,00 €
Equipes Hospitalière de liaison en addictologie	51 853,00 €
Consultations Mémoire	88 928,00 €
Education Thérapeutique du Patient	25 000,00 €
Appel à projet accès à la médecine du travail des personnels de la FPH	45 517,00€
TOTAL	1 098 914,00 €

Au titre des aides à la contractualisation, le Centre Hospitalier de Guingamp a bénéficié des éléments suivants :

Objet	Montant
Soutien financier - exploitation	600 000,00 €
Aide à l'investissement Hôpital 2007	317 076,00 €
Actualisation NBI	7 625,00 €
TOTAL	924 701,00 €

2017

Objet	Montant
Permanence des soins	637 255,00 €
Prime multi-site - Prime d'exercice territorial	16 858,00 €
Soutien à l'investissement	65 662,00 €
Action de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	23 085,00 €
Equipe Mobile de Gériatrie	160 610,00 €
Equipes Hospitalière de liaison en addictologie	51 853,00 €
Consultations Mémoire	89 806,00 €
Education Thérapeutique du Patient	12 500,00 €
Appel à projet accès à la médecine du travail des personnels de la FPH	30 000,00 €
Assistant spécialiste post internat et post partagés	52 000,00 €
Soutien fin d'exercice	500 000,00 €
TOTAL	1 639 629,00 €

Au titre des aides à la contractualisation, le Centre Hospitalier de Guingamp a bénéficié des éléments suivants :

Objet	Montant
Soutien financier - exploitation	1 000 000,00 €
Aide à l'investissement Hôpital 2007	317 076,00 €
Reversement de la mise en réserve	96 507,00 €
Actualisation NBI	7 625,00 €
TOTAL	1 421 208,00 €

Dans son rapport du 2 septembre 2016, le COPERMO aboutissait quant à lui aux retraitements suivants :

En K€	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Résultat	-297,7	+140,5	+1 657,6	+1 195,2	+38,0	-1 248,3	-2 848,7	-936,7
Dont budget H	-388,6	+22,7	+1 613,4	+1 163,7	+77,5	-1 255,3	-2 947,3	-1 226,0
Résultat hors aide (1)	-297,7	+140,5	-492,4	+345,2	+38,0	-1 472,4	-3 108,7	-1 133,9

Source : dossier COPERMO du 02 septembre 2016

Dans les aides déduites, le COPERMO considère en effet non seulement le soutien budgétaire mais aussi les reprises sur provisions constituées entre 2008 et 2010 pour les aides liées au rachat du bâtiment de l'ex-polyclinique.

La capacité d'autofinancement

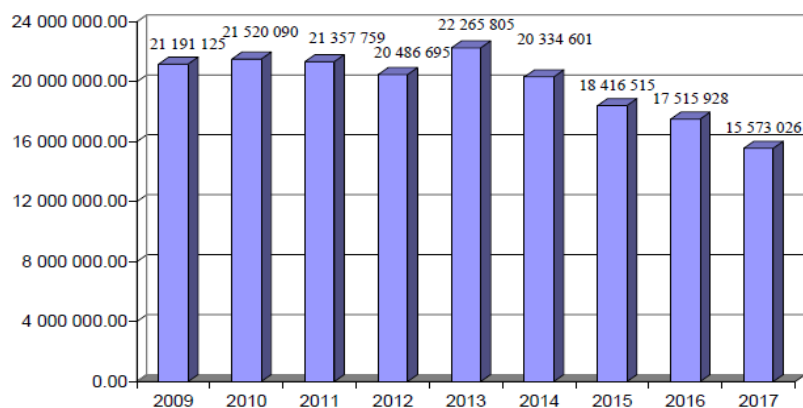
En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
= Chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)	62 893 204	63 331 145	66 019 024	66 838 439	67 181 197	1,7%
+ Production stockée (ou déstockée)	0	0	0	0	0	N.C.
+ Production immobilisée	0	0	0	0	20 197	N.C.
= Produits d'exploitation	62 893 204	63 331 145	66 019 024	66 838 439	67 201 394	1,7%
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	591 123	638 053	626 829	755 481	709 539	4,7%
= Production propre	62 302 080	62 693 092	65 392 194	66 082 958	66 491 855	1,6%
- Achats	8 523 163	8 475 440	8 593 117	9 327 736	9 519 397	2,8%
- Services extérieurs	2 354 542	2 537 198	1 914 945	1 937 934	2 132 570	-2,4%
- Autres services extérieurs	4 386 885	4 480 198	4 343 533	3 750 797	3 689 421	-4,2%
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	35 855	39 794	40 035	42 907	46 545	6,7%
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	0	0	N.C.
= Valeur ajoutée	47 001 635	47 160 461	50 500 564	51 023 584	51 103 922	2,1%
+ Autres subventions	395 901	396 531	420 834	479 358	476 643	4,7%
- Charges totales de personnel*	49 066 828	51 029 965	52 001 596	51 817 238	53 611 803	2,2%
+ Remboursement de frais entre budgets	2 986 819	3 053 551	2 916 467	2 298 078	2 357 556	-5,7%
= Résultat économique brut	1 317 527	-419 421	1 836 269	1 983 782	326 318	-29,5%
+ Autres produits de gestion	1 804 715	1 918 452	2 152 060	1 994 770	2 024 273	2,9%
- Autres charges de gestion	124 075	120 317	204 657	146 242	136 607	2,4%
= Marge brute d'exploitation	2 998 167	1 378 714	3 783 671	3 832 309	2 213 985	-7,3%
- Frais financiers nets réels	817 887	818 926	703 091	638 718	532 485	-10,2%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	561 746	528 954	450 048	458 845	366 921	-10,1%
- Charges exceptionnelles réelles	410 721	271 315	355 081	455 442	309 655	-6,8%
= Capacité d'autofinancement brute	2 331 305	817 426	3 175 548	3 196 994	1 738 766	-7,1%
CAF brute du budget H	1 530 017	21 458	2 207 110	2 056 194	486 657	-24,9%

En €	2013	2014	2015	2016	2017
Capacité d'autofinancement brute	2 331 305	817 426	3 175 548	3 196 994	1 738 766
Dont CAF budget H	1 530 017	21 458	2 207 110	2 056 194	486 657
- Annuité en capital de la dette	1 820 890	1 957 012	1 920 787	1 900 587	1 942 902
Dont remboursement d'emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	0	0	0
= Capacité d'autofinancement nette (a)	510 415	-1 139 586	1 254 761	1 296 407	-204 136

Source : ANAFI M21

L'endettement

Evolution de la dette du Centre Hospitalier de Guingamp



Source : rapport de présentation du compte financier 2017

L'investissement

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	2 331 305	817 426	3 175 548	3 196 994	1 738 766	11 260 040
- Annuité en capital de la dette	1 820 890	1 957 012	1 920 787	1 900 587	1 942 902	9 542 178
Dont remboursement d'emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	0	0	0	0
= Capacité d'autofinancement nette (a)	510 415	-1 139 586	1 254 761	1 296 407	-204 136	1 717 862
+ Apports en capital	950	0	2 750	931	1 000 000	1 004 631
+ Subventions d'équipement reçues	11 509	0	466 000	200 000	0	677 509
+ Produits de cession	640	1 800	186 218	3 261	2 545	194 464
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	13 099	1 800	654 968	204 192	1 002 545	1 876 604
= Financement propre disponible (a+b)	523 514	-1 137 786	1 909 730	1 500 600	798 409	3 594 466
Fi dispo / Dépenses d'équipement (y.c. tx en régie)	0	-1	2	1	1	4
- Dépenses d'équipement réelles (y.c. tx en régie)	3 570 395	1 492 017	838 323	1 276 758	567 334	7 744 827
Dont immobilisations incorporelles	395 649	212 981	177 471	214 568	101 977	1 102 646
Dont terrains, constructions et agencements	1 024 214	517 957	190 025	261 172	73 248	2 066 616
Dont autres immobilisations corporelles	1 262 467	652 212	470 828	538 188	207 884	3 131 579
Dont immobilisations en cours	888 065	108 867	0	262 829	184 225	1 443 987
- Intégration PPP, dons, subventions et prises de participation en nature, reçus ou donnés	0	0	0	0	0	0
- Prises de participations nettes	619	225	200	30	0	1 074
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	1 583	1 060	-2 470	0	395	568
- Charges à répartir	0	0	0	0	0	0
+/- Variation autres dettes (dettes PPP)	0	0	0	0	0	0
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	-3 049 083	-2 631 088	1 073 677	223 812	230 680	-4 152 002
+/- Var. du solde des opérations pour compte de tiers	0	0	0	0	0	0
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)	0	-2 417 894	865 735	637 092	21 654	48 542
= Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation	-3 049 083	-213 194	207 942	-413 280	209 025	-3 258 590
+ Nouveaux emprunts de l'année	3 600 000	25 808	0	1 002 460	2 940	4 631 208
Dont emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	0	0	0	0
Dont autres obligations et dettes financières	3 600 000	22 928	0	1 000 000	0	4 622 928
Dont autres dettes et cautionnements	0	2 880	0	2 460	2 940	8 280
Dont remboursements temporaires d'emprunts (par ponction de la trésorerie active)	0	0	0	0	0	0
= Variation de la trésorerie nette	550 917	-187 386	207 942	589 180	211 965	1 372 618

Source : ANAFI M21

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Effort annuel d'amortissement (dotations aux amortissements des immo. propres / Immo. corporelles propres)	1,32%	4,71%	4,51%	-2,66%	4,28%	2,43%
Degré d'amortissement cumulé des immo. corporelles propres	56,97%	60,84%	64,83%	66,20%	70,24%	63,82%
Degré d'amortissement des bâtiments	46,17%	49,44%	52,55%	54,51%	57,47%	52,03%
Degré d'am. des installations agencements aménagements de bât.	49,78%	55,31%	61,83%	68,96%	75,89%	62,35%
Degré d'am. des ouvrages d'infrastructure et voiries	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Degré d'amortissement des constructions	47,26%	51,25%	55,44%	58,96%	63,16%	55,21%
Degré d'am. des installations techniques indus.	79,77%	83,84%	86,77%	85,41%	89,53%	85,06%
Degré d'am. du matériel de transport	0,00%	7,11%	17,78%	89,79%	95,21%	41,98%
Degré d'am. du matériel de bureau	0,99%	1,41%	1,79%	83,62%	91,58%	35,88%
Degré d'am. du matériel de informatique	61,98%	64,47%	72,62%	89,85%	91,64%	76,11%
Degré d'am. du mobilier	26,29%	30,10%	33,92%	93,18%	95,53%	55,80%
Degré d'am. des autres immo. corporelles	26,42%	28,20%	32,63%	106,06%	93,75%	57,41%
Taux de vétusté des bâtiments en %	47,04%	51,03%	55,22%	58,96%	63,16%	55,08%

Source : ANAFI M21

Crédits ARS liés aux investissements hospitaliers - Période 2014-2017

	Enveloppe	Type de mesures	2014	2015	2016	2017
Accompagnement à l'investissement - Réorganisation spatiale	FIR	NR				1 000 000,00
Travaux d'extension capacitaire de l'hôpital de jour SSR neuro-locomoteur et création d'un hôpital de jour SSR Gériatrique	AC	NR			200 000,00	
Hôpital Numérique	AC	NR		466 000,00		
TOTAL			0,00	466 000,00	200 000,00	1 000 000,00

Source : CH de Guingamp/DAF

Bilan fonctionnel

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
+ Apports, réserves et reports	20 265 275	19 016 975	16 170 987	15 235 230	14 982 278	-7,3%
+ Résultat de l'exercice	-1 248 300	-2 848 738	-936 687	-1 252 952	-2 105 350	14,0%
= Fonds propres	19 016 975	16 168 237	15 234 299	13 982 278	12 876 928	-9,3%
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	11 509	11 509	477 509	677 509	677 509	177,0%
+ Provisions réglementées	1 327 766	1 156 550	1 499 312	1 774 139	1 752 202	7,2%
= Fonds propres élargis	20 356 250	17 336 296	17 211 120	16 433 927	15 306 639	-6,9%
+ Dettes financières	22 265 805	20 334 601	18 413 815	17 515 688	15 575 726	-8,5%
= Ressources stables (a)	42 622 055	37 670 897	35 624 935	33 949 615	30 882 365	-7,7%
Immobilisations d'exploitation	34 896 544	32 432 010	29 314 641	26 843 693	23 866 832	-9,1%
+ Immobilisations financières	20 238	21 523	19 253	19 283	15 066	-7,1%
+ Charges à répartir	0	0	0	0	0	N.C.
= Actif immobilisé (b)	34 916 783	32 453 533	29 333 894	26 862 976	23 881 898	-9,1%
Fonds de roulement (a-b-c)	7 705 273	5 217 364	6 291 041	7 086 638	7 000 467	-2,4%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	43	28	34	38	37	-3,9%
Besoin en fonds de roulement de gestion	7 457 477	1 492 605	2 696 228	4 008 647	2 921 162	-20,9%
+ Autres créances et dettes	-691 333	2 825 401	2 453 841	1 776 529	2 844 604	N.C.
- Provisions pour risques et charges	214 473	109 473	109 473	466 148	790 551	38,6%
- ICNE	256 110	225 866	192 195	190 209	149 145	-12,6%
= Besoin en fonds de roulement net global propre	6 295 561	3 982 668	4 848 402	5 128 819	4 826 070	-6,4%
+ Opérations pour compte de tiers	0	0	0	0	0	N.C.
= Besoin en fonds de roulement net global (d)	6 295 561	3 982 668	4 848 402	5 128 819	4 826 070	-6,4%
Trésorerie nette (c-d)	1 409 711	1 234 697	1 442 639	1 957 819	2 174 397	11,4%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	8	7	8	11	11	9,7%
dont trésorerie active	1 445 772	1 268 877	1 482 327	1 963 254	2 608 055	15,9%
dont trésorerie passive tirée des fonds en dépôt	36 061	34 180	39 688	5 435	4 234	-41,5%
dont trésorerie passive tirée de financement à très court terme	0	0	0	0	0	N.C.

Source : ANAFI M21

Dépenses et recettes du CRPP – PGFP 2018-2022

	RIA 2017	2018	2019	2020	2021	2022
Titre 1	45 768 209	44 985 537	44 797 344	45 021 330	45 246 437	45 472 669
Titre 2	7 362 886	7 525 105	7 545 465	7 550 469	7 554 825	7 561 905
Titre 3	5 871 29	6 975 193	7 252 145	7 437 469	7 548 348	7 592 395
Titre 4	3 544 727	3 647 608	2 606 677	2 149 283	1 869 619	1 594 424
Total Charges	62 547 121	63 133 443	62 201 631	62 158 228	62 219 229	62 221 393
Titre 1	44 538 885	44 866 199	44 929 480	44 929 480	44 929 480	44 929 480
Titre 2	4 933 49	5 178 121	5 202 080	5 202 080	5 202 080	5 202 080
Titre 3	8 628 789	8 846 894	8 541 814	8 427 883	8 427 921	8 427 960
Total Produits	58 101 172	58 891 214	58 033 275	58 559 443	58 559 481	58 559 520
Résultat	-4 445 948	-4 242 229	-3 528 258	-3 598 785	-3 659 748	-3 661 873

Tableaux des indicateurs financiers – tous budgets confondus

	RIA 2017	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat prévisionnel CRPP	-4 445 948	-4 242 229	-3 528 258	-3 598 785	-3 659 748	-3 661 873
Résultat / total des produits du CRPP	-7,65%	-7,20%	-6,01%	-6,15%	-6,25%	-6,25%
Résultat comptable toutes activités confondues	-4 582 170	-4 242 229	-3 528 258	-3 598 785	-3 659 748	-3 661 873
Marge brute	-561 871	-199 323	-322 089	-886 507	-1 232 174	-1 513 878
Taux de marge brute	-0,84%	-0,29%	-0,47%	-1,30%	-1,81%	-2,22%
Capacité d'autofinancement	-1 168 563	-671 278	-907 882	-1 215 120	-1 496 805	-1 727 617
Taux de CAF	-1,74%	-0,98%	-1,33%	-1,78%	-2,19%	-2,53%
Couverture des investissements par la CAF	-216,83%	-39,89%	-128,00%	-838,01%	-1511,92%	-2 742,25%
CAF Nette (Valeur)	-3 111 465	-2 509 962	-2 824 973	-2 888 452	-3 073 431	-3 119 133
Taux d'endettement (dette/total des produits)	23,17%	20,74%	18,34%	15,92%	13,62%	11,58%
Durée apparente de la dette	-13,33	-21,20	-13,82	-8,95	-6,21	-4,58
Taux d'indépendance financière	54,13%	56,67%	56,99%	57,90%	61,18%	67,33%
FRNG en jours	25,59	7,50	-10,05	-26,00	-42,54	-59,02
BFR en jours	16,02	15,76	10,41	5,06	-0,22	-5,45
Trésorerie en jours	9,57	-8,26	-20,46	-31,06	-42,32	-53,57

Source : EPRD 2018

Annexe n° 7. Les personnels

Personnel médical

Effectifs en Equivalents Temps Plein Rémunérés (ETPR) - Réalisé

		ETPR Moyen	Taux d'évolution (%)	Age moyen au 31 décembre
Personnel médical	2014	48.78	-16.32	49.43
	2015	50.09	2.68	48.34
	2016	52.66	5.13	49.09

Par statut

		ETPR Moyen	Taux d'évolution (%)	Age moyen au 31 décembre
Praticiens Hospitaliers Temps Plein	2014	29.39	-3.37%	50
	2015	29.28	0.03%	49
	2016	31.58	7.85%	49.62
Praticiens Hospitaliers Temps Partiel	2014	1.2	-	53
	2015	0.72	-	54
	2016	1.2	-	55
Praticiens Attachés	2014	2	11.99	56.87
	2015	3.02	50.94	57.27
	2016	2.8	7.34	59.36
Praticiens Attachés Associés	2014	4.35	-41.94	43.86
	2015	4.81	10.78	42.86
	2016	3.46	-28.17	45.17
Praticiens Hospitaliers Contractuels	2014	10.85	-36.58	50.53
	2015	11.33	4.36	46.32
	2016	12.62	11.47	47.19
Assistants des Hôpitaux	2014	0.99	503.05	32
	2015	0.92	-6.82	33
	2016	0.99	7.71	34

Source : bilan social 2016 – effectifs personnel médical

Moyenne des ETP	Total jours	Taux d'absentéisme %	Taux d'évolution %
-----------------	-------------	----------------------	--------------------

Motif médical

Maladie ordinaire	2014	51.50	373	2.01	99
	2015	54.10	372	1.91	-4.98
	2016	54.81	363	1.81	-3.68
Congé longue maladie & longue durée	2014	51.50	400	2.16	27.05
	2015	54.10	320	1.64	-24.08
	2016	54.81	43	0.21	
Accident du travail & accident de trajet	2014	51.50	0	-	-
	2015	54.10	0	-	-
	2016	54.81	0	-	-
-Maladie professionnelle & imputable au service	2014	51.50	0	-	-
	2015	54.10	0	-	-
	2016	54.81	0	-	-
Sous total	2014	51.50	773	4.17	53.30
	2015	54.10	692	3.55	-14.87
	2016	54.81	420	2.10	-40.09

Motif non médical

Maternité, paternité et adoption	2014	51.50	174	0.94	17.54
	2015	54.10	685	3.52	274.47
	2016	54.81			

Total motif médical et non médical	2014	51.50	947	5.04	30.57
	2015	54.10	1 377	6.97	38.29
	2016	54.81	420	2.10	

Source : bilan social 2016 – absentéisme personnel médical

Personnel non médical

Effectifs en Equivalents Temps Plein Rémunérés (ETPR) – Réalisé

Par statut		ETPR Moyen	Taux d'évolution (%)	Age moyen au 31 décembre
Titulaires, stagiaires et CDI	2014	723,18		44
	2015	721,03	-0,30%	44
	2016	711,75	-1,29%	45
CDD et Autres (contrats aidés, contrats d'apprentissage (hors intérim))	2014	212,17		32
	2015	223,17	5,18%	31
	2016	218,83	-1,94%	31
Total	2014	935,35		40
	2015	944,20	0,95%	41
	2016	930,58	-1,44%	41

Par catégorie		ETPR Moyen	Taux d'évolution (%)	Age moyen au 31 décembre
Catégorie A	2014	227,77		38
	2015	233,07	2,33%	38
	2016	237,43	1,87%	38
Catégorie B	2014	155,67		43
	2015	156,21	0,35%	43
	2016	158,02	1,16%	43
Catégorie C	2014	511,54		41
	2015	509,23	-0,45%	40
	2016	493,28	-3,13%	40
Sous total 1	2014	894,98		41
	2015	898,51	0,39%	41
	2016	888,73	-1,09%	40
Autres PNM (contrats aidés, contrats d'apprentissage)	2014	40,37		37
	2015	45,69	13,18%	33
	2016	41,85	-8,40%	35
Total	2014	935,35		40
	2015	944,20	0,95%	41
	2016	930,58	-1,44%	41

Source : bilan social 2016 – effectifs personnel non médical

		ETPR Moyen	Taux d'évolution (%)	Age moyen au 31 décembre
Personnels administratifs	2014	97,49		42
	2015	94,66	-2,90%	42
	2016	96,04	1,46%	43
Contrats aidés et contrats d'apprentissage	2014	40,37		37
	2015	45,68	13,15%	33
	2016	41,85	-8,38%	35
Personnels éducatifs et sociaux	2014	5,67		46
	2015	5,72	0,88%	43
	2016	5,77	0,87%	44
Personnels médico-techniques	2014	39,08		40
	2015	39,88	2,05%	39
	2016	44,17	10,76%	39
Personnels techniques et ouvriers	2014	84,07		45
	2015	85,46	1,65%	45
	2016	82,90	-3,00%	44
Personnels soignants	2014	668,67		40
	2015	672,80	0,62%	39
	2016	659,86	-1,92%	40
- Dont personnels infirmiers y compris spécialisés	2014	229,54		39
	2015	229,65	0,05%	38
	2016	224,47	-2,26%	39
- Dont aides-soignants	2014	280,61		42
	2015	286,28	2,02%	41
	2016	284,93	-0,47%	41

Recalcul des ETPR emplois aidés à temps partiel en 2014 et 2015

Source : bilan social 2016 – effectifs personnel non médical

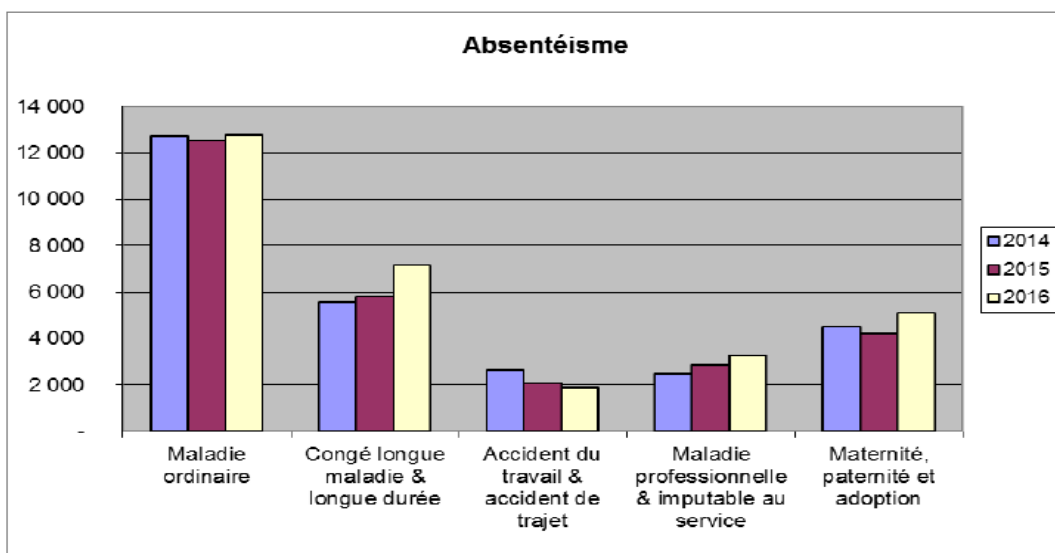
Global		Moyenne des ETP	Nombre de jours	Taux %	Taux d'évolution %
Catégorie A	2014	224,68	6 357	7,75%	
	2015	231,00	5 943	7,05%	-9,07%
	2016	234,96	7 404	8,63%	22,48%
Catégorie B	2014	153,62	3 609	6,44%	
	2015	154,49	3 422	6,07%	-5,72%
	2016	156,13	4 158	7,30%	20,23%
Catégorie C	2014	509,59	17 925	9,64%	
	2015	508,94	18 086	9,74%	1,03%
	2016	490,93	18 581	10,37%	6,51%
Total	2014	887,89	27 891	8,61%	
	2015	894,43	27 451	8,41%	-2,30%
	2016	882,02	30 143	9,36%	11,35%

Dont personnels soignants	2014	663,64	23 602	9,74%	
	2015	669,29	22 691	9,29%	-4,67%
	2016	652,96	23 489	9,86%	6,11%
- Dont personnels infirmiers y compris spécialisés	2014	226,23	7 706	9,33%	
	2015	227,43	6 837	8,24%	-11,75%
	2016	221,48	7 563	9,36%	13,59%
- Dont aides-soignants	2014	278,52	10 277	10,11%	
	2015	284,83	10 342	9,95%	-1,60%
	2016	281,77	10 198	9,92%	-0,32%

Hommes	2014	164,21	3 714	6,20%	
	2015	166,46	4 199	6,91%	11,53%
	2016	160,80	2 803	4,78%	-30,90%
Femmes	2014	723,68	24 177	9,15%	
	2015	727,97	23 252	8,75%	-4,39%
	2016	721,22	27 340	10,39%	18,68%
Total	2014	887,89	27 891	8,61%	
	2015	894,43	27 451	8,41%	-2,30%
	2016	882,02	30 143	9,36%	11,35%

Source : bilan social 2016 - absentéisme personnel non médical

		Moyenne des ETP	< 6j (Nb Jour)	< 6j (Taux) %	>= 6j (Nb Jour)	>= 6j (Taux) %	Total jours	Taux d'absen- tisme %	Taux d'évolution %
Motif médical									
Maladie ordinaire	2014	887,89	653	0,20%	12 082	3,73%	12 735	3,93%	
	2015	894,43	648	0,20%	11 858	3,66%	12 506	3,83%	-2,52%
	2016	882,02	798	0,25%	11 963	3,69%	12 761	3,96%	3,47%
Congé longue maladie & longue durée	2014	887,89	-	-	5 558	1,72%	5 558	1,72%	
	2015	894,43	-	-	5 806	1,79%	5 806	1,78%	3,70%
	2016	882,02	-	-	7 158	2,21%	7 158	2,22%	25,02%
Accident du travail & accident de trajet	2014	887,89	44	0,01%	2 592	0,80%	2 636	0,81%	
	2015	894,43	31	0,01%	2 035	0,63%	2 066	0,63%	-22,20%
	2016	882,02	41	0,01%	1 820	0,56%	1 861	0,58%	-8,66%
Maladie professionnell e & imputable au service	2014	887,89	4	0,001%	2 461	0,76%	2 465	0,76%	
	2015	894,43	4	0,001%	2 861	0,88%	2 865	0,88%	15,38%
	2016	882,02	1	0,0003 %	3 268	1,01%	3 269	1,02%	15,71%
Sous total	2014	887,89	701	0,22%	22 693	7,00%	23 394	7,22%	
	2015	894,43	683	0,21%	22 560	6,96%	23 243	7,12%	-1,37%
	2016	882,02	840	0,26%	24 209	7,47%	25 049	7,78%	9,29%
Motif non médical									
Maternité, paternité et adoption	2014	887,89	-	-	4 497	1,39%	4 497	1,39%	
	2015	894,43	-	-	4 208	1,30%	4 208	1,29%	-7,11%
	2016	882,02	-	-	5 094	1,57%	5 094	1,58%	22,76%
Total motif médical et non médical	2014	887,89	701	0,22%	27 190	8,39%	27 891	8,61%	
	2015	894,43	683	0,21%	26 768	8,20%	27 451	8,41%	-2,30%
	2016	882,02	840	0,26%	29 303	9,10%	30 143	9,36%	11,35%



Source : bilan social 2016

Personnel non médical*** Absentéisme (en 7/7 è)**

Hors emplois aidés :

Accident du travail (1)
Maladie professionnelle
CLM/CLD
Maladie
Maladie avant et après maternité
Maternité et congé paternité
TOTAL des journées hors CAE

BUDGET HÔPITAL		
Cumul 12 mois		
2016	2017	2017/2016

1 630	2 405	47.5%
2 641	2 853	8.0%
4 843	3 513	-27.5%
7 381	8 971	21.5%
2 286	1 581	-30.8%
4 538	3 973	-12.5%
23 319	23 296	-0.1%

EHPAD + USLD		
Cumul 12 mois		
2016	2017	2017/2016

263	448	70.3%
732	640	-12.6%
2 316	2 083	-10.0%
2 417	3 174	31.3%
715	733	2.5%
936	1 252	33.8%
7 378	8 330	12.9%

Total établissement (1) (avec IFAS)		
Cumul 12 mois		
2016	2017	2017/2016

1 893	2 853	50.7%
3 373	3 493	3.6%
7 158	5 596	-21.8%
9 803	12 148	23.9%
3 001	2 314	-22.9%
5 474	5 225	-4.5%
30 702	31 629	3.0%

Effectifs en 2017*Budget principal*

PERSONNEL MEDICAL	
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	
PH temps plein (ou médecins temps plein *) et temps partiel	33,23
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	5,52
Praticiens contractuels en CDI	
TOTAL 1 - PERMANENTS	38,75
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	
Praticiens contractuels en CDD	13,67
Assistants et assistants associés	0,16
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	
Autres praticiens à recrutement contractuel	
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	
Attachés et attachés associés en CDD	0,60
Sous Total 6423	14,43
Internes	14,13
Etudiants	
Sous Total 6424	14,13
Intérim médical	
TOTAL 2 - NON PERMANENTS	28,56
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2)	67,31

PERSONNEL NON MEDICAL	
Titulaires et stagiaires	
Personnels administratifs	72,56
<i>dont personnels de direction</i>	
Personnels des services de soins	388,65
Personnels éducatifs et sociaux	3,00
Personnels techniques et ouvriers	63,65
Personnels médico-techniques	29,87
TOTAL 3	557,73
Contrats à durée indéterminée	
Personnels administratifs	5,52
Personnels des services de soins	3,85
Personnels éducatifs et sociaux	2,10
Personnels techniques et ouvriers	1,79
Personnels médico-techniques	5,32
TOTAL 4	18,58
TOTAL "PERSONNEL PERMANENT" (3+4)	576,31
Contrats à durée déterminée	
Personnels administratifs	16,78
Personnels des services de soins	84,60
Personnels éducatifs et sociaux	1,25
Personnels techniques et ouvriers	12,65
Personnels médico-techniques	11,22
Sous-total CDD	126,50
<i>Dont CDD sur contrats de remplacement (mensualités de remplacement)</i>	37,84
Intérim non médical	
TOTAL 5	126,50
Emplois aidés (dont CAE)	
Contrats soumis à disposition particulière	26,88
Apprentis	1,96
TOTAL 6	28,84
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	731,65
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	798,96

Source : EPRD 2018

Budget USLD

PERSONNEL MEDICAL	
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	0,00
PH temps plein (ou médecins temps plein *) et temps partiel	0,50
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	0,00
Praticiens contractuels en CDI	0,00
TOTAL 1 - PERMANENTS	0,50
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	0,00
Praticiens contractuels en CDD	0,00
Assistants et assistants associés	0,00
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	0,00
Autres praticiens à recrutement contractuel	0,00
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	0,00
Attachés et attachés associés en CDD	0,00
Sous Total 6423	0,00
Internes	0,00
Etudiants	0,00
Sous Total 6424	0,00
Intérim médical	0,00
TOTAL 2 - NON PERMANENTS	0,00
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2)	0,50

PERSONNEL NON MEDICAL	
Titulaires et stagiaires	
Personnels administratifs	0,05
<i>dont personnels de direction</i>	0,00
Personnels des services de soins	16,42
Personnels éducatifs et sociaux	0,00
Personnels techniques et ouvriers	0,00
Personnels médico-techniques	0,00
TOTAL 3	16,47
Contrats à durée indéterminée	
Personnels administratifs	0,04
Personnels des services de soins	0,00
Personnels éducatifs et sociaux	0,00
Personnels techniques et ouvriers	0,00
Personnels médico-techniques	0,00
TOTAL 4	0,04
TOTAL "PERSONNEL PERMANENT" (3+4)	16,51
Contrats à durée déterminée	
Personnels administratifs	0,10
Personnels des services de soins	6,73
Personnels éducatifs et sociaux	0,00
Personnels techniques et ouvriers	0,00
Personnels médico-techniques	0,00
Sous-total CDD	6,83
<i>Dont CDD sur contrats de remplacement (mensualités de remplacement)</i>	0,00
Intérim non médical	0,00
TOTAL 5	6,83
Emplois aidés (dont CAE)	
Contrats soumis à disposition particulière	0,00
Apprentis	0,00
TOTAL 6	0,00
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	23,34
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	23,84

Source : EPRD 2018

Budget EHPAD

PERSONNEL MEDICAL	
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	0,00
PH temps plein (ou médecins temps plein *) et temps partiel	0,50
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	1,00
Praticiens contractuels en CDI	0,00
TOTAL 1 - PERMANENTS	1,50
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	0,00
Praticiens contractuels en CDD	0,00
Assistants et assistants associés	0,00
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	0,00
Autres praticiens à recrutement contractuel	0,00
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	0,00
Attachés et attachés associés en CDD	0,00
Sous Total 6423	0,00
Internes	0,00
Etudiants	0,00
Sous Total 6424	0,00
Intérim médical	0,00
TOTAL 2 - NON PERMANENTS	0,00
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2)	1,50
PERSONNEL NON MEDICAL	
Titulaires et stagiaires	
Personnels administratifs	0,56
<i>dont personnels de direction</i>	0,00
Personnels des services de soins	106,91
Personnels éducatifs et sociaux	1,00
Personnels techniques et ouvriers	1,00
Personnels médico-techniques	0,00
TOTAL 3	109,47
Contrats à durée indéterminée	
Personnels administratifs	0,31
Personnels des services de soins	0,00
Personnels éducatifs et sociaux	1,40
Personnels techniques et ouvriers	0,43
Personnels médico-techniques	0,00
TOTAL 4	2,14
TOTAL "PERSONNEL PERMANENT" (3+4)	111,61
Contrats à durée déterminée	
Personnels administratifs	1,70
Personnels des services de soins	44,11
Personnels éducatifs et sociaux	0,52
Personnels techniques et ouvriers	0,00
Personnels médico-techniques	0,00
Sous-total CDD	46,33
<i>Dont CDD sur contrats de remplacement (mensualités de remplacement)</i>	0,00
Intérim non médical	0,00
TOTAL 5	46,33
Emplois aidés (dont CAE)	
Contrats soumis à disposition particulière	5,73
Apprentis	0,00
TOTAL 6	5,73
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	163,67
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	165,17

Source : EPRD 2018

IFAS

PERSONNEL MEDICAL	
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	
PH temps plein (ou médecins temps plein *) et temps partiel	
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	
Praticiens contractuels en CDI	
TOTAL 1 - PERMANENTS	0,00
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	
Praticiens contractuels en CDD	
Assistants et assistants associés	
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	
Autres praticiens à recrutement contractuel	
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	
Attachés et attachés associés en CDD	
Sous Total 6423	0,00
Internes	
Etudiants	
Sous Total 6424	0,00
Intérim médical	
TOTAL 2 - NON PERMANENTS	0,00
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2)	0,00
PERSONNEL NON MEDICAL	
Titulaires et stagiaires	
Personnels administratifs	0,80
<i>dont personnels de direction</i>	
Personnels des services de soins	3,10
Personnels éducatifs et sociaux	
Personnels techniques et ouvriers	
Personnels médico-techniques	
TOTAL 3	3,90
Contrats à durée indéterminée	
Personnels administratifs	
Personnels des services de soins	
Personnels éducatifs et sociaux	
Personnels techniques et ouvriers	
Personnels médico-techniques	
TOTAL 4	0,00
TOTAL "PERSONNEL PERMANENT" (3+4)	3,90
Contrats à durée déterminée	
Personnels administratifs	
Personnels des services de soins	
Personnels éducatifs et sociaux	
Personnels techniques et ouvriers	
Personnels médico-techniques	
Sous-total CDD	0,00
<i>Dont CDD sur contrats de remplacement (mensualités de remplacement)</i>	
Intérim non médical	
TOTAL 5	0,00
Emplois aidés (dont CAE)	
Contrats soumis à disposition particulière	
Apprentis	
TOTAL 6	0,00
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	3,90
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	3,90

Source : EPRD 2018

Annexe n° 8. Les actes et les consultations externes

Tableau n° 1 « activité du mois »

LISTE DES CODES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES : codes acceptés et validés DHOS/CNAMTS/ATIH			12 mois	
			Nb	€
AMC		Actes de kinésithérapie en établissement		
AMI (n/f)		Soins infirmiers (majorations nuit/férié)	11 786	39 003 €
AMO		Séances d'orthophonie		
AMP		Pédicurie (majorations nuit/férié)		
AMS		Actes de kinésithérapie ostéo-articulaire		
AMY		Séances d'orthoptie (majorations nuit/férié)		
C (n/f)	1	Consultation (majorations nuit/férié)	11 698	329 895 €
	2	Avis ponctuel spécialiste		
	2,5	Avis ponctuel d'un psychiatre, séance de préparation à l'accouchement		
	3	Avis ponctuel Professeur Université Praticien hospitalier (PU-PH)		
G		Consultation (majorations nuit/férié)	6 850	229 431 €
COE		Consultation obligatoire enfants	4	177 €
APC		Avis ponctuel spécialiste au 01.10.2017	382	18 336 €
CG		Consultation suivi de grossesse		
CNP		Consultation neuro-psychiatre (majorations nuit/férié)		
CS (n/f)		Consultation spécialiste (majorations nuit/férié)	14 579	336 941 €
CSC (n/f)		Consultation spécifique au cabinet par un cardiologue ou un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire (majorations nuit/férié)	75	3 528 €
D (n/f)		Actes dentaires		
DC (n/f)		Actes de chirurgie dentaire (majorations nuit/férié)		
FPE		Forfait pédiatre	30	150 €
K (n/f)		Actes de spécialité (majorations nuit/férié)		
KC		Actes de chirurgie ou chirurgie dentaire par stomatologue (majorations)		
KE (n/f)		Echo ou Doppler (majorations nuit/férié)		
MCG		Majoration coordination généraliste	603	2 389 €
MCS		Majoration coordination spécialiste	12 623	50 271 €
MNO		Majoration nourrisson généraliste	178	890 €
MEG		Majoration enfant généraliste	783	3 915 €
ORT		Orthodontie / Médecin		
P (n/f)		Actes anatomo-cyto-pathologie (majorations nuit/férié)		
KMB		prélèvement par ponction veineuse directe par le médecin biologiste		
PRO		Prothèse par médecin		
SC (n/f)		Soins conservateurs par dentiste (majorations nuit/férié)		
SCM		Soins conservateurs par médecin (majorations nuit/férié)		
SF (n/f)		Actes de sage-femme (majorations nuit/férié)	16 871	57 235 €
SFI (n/f)		soins infirmiers par sage-femme (majoration nuit/férié)	459	1 296 €
SP		suivi postnatal	2	37 €
SPR		Actes de prothèse dentaire par chirurgien dentiste		
TB (n/f)		Prélèvement sanguin par technicien de laboratoire (majoration nuit/férié)		
TO		Traitements d'orthopédie dento-faciale par chirurgien dentiste		
Z (n/f)		Actes de radiologie (majoration nuit/férié)		
POD		Acte de pédicure-podologue (diabétique)		
B (n/f)		Actes de biologie (majorations nuit/férié)	1 514 734	408 978 €
VDE		Forfait vidéocapsule		
FSD		Forfait sécurité dermatologie	974	38 960 €
Liste des actes d'imagerie :				
FTN		Forfait technique tarif normal	2 751	214 989 €
FTR		Forfait technique tarif réduit	1 873	85 890 €
FR2		Forfait technique réduit n°2		
FR3		Forfait technique réduit n°3		
FTG		Forfait technique global		
Codes de regroupements de la CCAM :				
ACO		Actes d'obstétrique (CCAM)	16	992 €
ADA		Actes d'anesthésie (CCAM)	2	110 €
ADC		Actes de chirurgie (CCAM)	3 141	174 033 €
ADE		Actes d'échographie (CCAM)	10 275	663 697 €
ADI		Actes d'imagerie (CCAM)	31 795	979 843 €
ATM		Actes techniques médicaux (CCAM)	13 873	460 525 €
Total			1 656 357	4 101 511 €

Source = Tableaux MAT2A (plateforme E-psmsi de l'ATIH) : CCAM + NGAP + FFT

Tableau n° 2 « offre »

Discipline	Consultant	Nombre d'opérateurs (ETP)	Nombre d'heures / semaine	Lieu de réalisation	Délai RDV (semaines)	Admission	Codage	Compte-rendu	Facturation
ANESTHESIE	Médecin	4		---				---	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		13h soit le Dr FILIP soit Le Dr SAKER	Autres	pas délai	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin			Autres	pas délai	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		20h/sem	Autres		auprès du secrétariat médical du service			Réalisée par le secrétariat médical
	Médecin			Autres		auprès du secrétariat médical du service			Réalisée par le secrétariat médical
CARDIOLOGIE	Médecin	4		---		---	---	---	---
	Médecin		5h1/2	Service	20 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		3h00	Service	24 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		24h00	Service	24 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		6h00	Service	52 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
CHIRURGIE GENERALE	Médecin	5		---		---	---	---	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Neurochirurgien	Médecin		7h30	Service	12 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat plateau	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Vasculaire	Médecin		2h45	Service	2 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Viscéral	Médecin		2h15	Plateau de consultations	2 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
visceral	Médecin		5h30	Plateau de consultations	1 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Viscéral	Médecin		4 1/2 journées	Autres	voir sec	auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CHIRURGIE ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE	Médecin	4		---		---	---	---	---
	Médecin		5h30	Plateau de consultations	1.5 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		5h30	Plateau de consultations	3 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		2h00	Autres	1 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		2h30 et 5h30 1 sem/2	Autres	2 sem	auprès du secrétariat médical du service	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
CHIRURGIE ORTHOPEDIE	Médecin	2		---		---	---	---	---
	Médecin		2h00 1 sem/2	Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		4 1/2 journées	Autres	voir sec	auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
GERIATRIE	Médecin	5		---		---	---	---	---
mémoire	Médecin		4h00	Autres	8 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
mémoire	Médecin		5h30	Autres	14 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
évaluation gériatrique	Médecin		3h00	Service	1 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		2h00	Service	8 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
plaies complexes	Médecin		3h30	Service	2 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	---			---				---	
	---			---				---	

GYNECOLOGIE	Médecin	5		---		---	---	---	---
	Médecin		15h30	Autres	11 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		17h10	Autres	2 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		17h40	Autres	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		14h00	Autres	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		4h00	Autres	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	médecin	pas de secrétariat	12h			---			
	Médecin		30h	---		---	---	---	---
	Sage-Femme		26h00	Autres	3 sem	---	---	---	---
				---		---	---	---	---
MEDECINE INTERNE	Médecin	6		---		---	---	---	---
	Médecin		2h30	Service	1 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Post -avc	---		2h30	Service	16 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
médecine de spécialité	---		9H30	Service	17 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Néphrologie	---		3H 15SEM/2	Service	10 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Rhumatologie	---		8h15	Service	11 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Rhumatologie	---		8h15	Service	11 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
HEMATOLOGIE	---		8h00	Service	24 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
				---		au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
PNO ONCOLOGUE	---		3h30	Service	1 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés		Secrétariat service	
SAIGNEE THERAPEUTIQUE	---		SUR RDV LE MERCREDI ET JEUDI	---		au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part

PNEUMOLOGIE	Médecin	2		---		---	---	---	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		7h00	Service	11 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
PNO et Tabacologie	Médecin		7h45	Service	1 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION ET APPAREILLAGE	Médecin	3		---		---	---	---	---
	Médecin		2h00	Service	2 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		8h00	Service	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	Médecin		2H00	Service	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
Bilan Urodynamique	Médecin		2H 1 sem/2	Service	1 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
UROLOGIE	Médecin		4h 1 sem / 2	Autres	23 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
	---		2h30 1 sem / 2	Autres	12 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Secrétariat	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
ORL	Médecin	1		---		---	---	---	---
	---		22H/semaine	Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
GASTRO-ENTEROLOGIE	---	4		---		---	---	---	---
	---		5 jours/7	Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
	---			Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
	---			Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
IMAGERIE MEDICALE	Médecin	3	du lundi au vendredi de 8h30-17h00	Service	1 sem	---	---	---	---
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE ET ECHOGRAPHIE	---		du lundi au vendredi de 8h30-17h01	Service	1 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Consultant	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
SCANNER	---		du lundi au vendredi de 8h30-17h02	Service	2 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Consultant	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
IRM	---		du lundi au vendredi de 8h30-17h03	Service	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Consultant	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
MAMMOGRAPHIE	---		du lundi au vendredi de 8h30-17h04	Service	4 sem	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Consultant	Secrétariat service	Réalisée par les admissionnistes sur un poste à part
OPHTALMOLOGIE	Médecin	3		Autres		---	---	---	---
	---		5j/7	Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
	---			Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
	---			Autres		auprès du secrétariat médical du service	---	---	Réalisée par le secrétariat médical
CENTRE DE PRELEVEMENT SANGUINS	---			---		---	---	---	---
	Infirmier		45H00	Service	pas delai	au bureau des entrées, aux mêmes guichets que les hospitalisés	Consultant	---	---
	---			---		---	---	---	---
	---			---		---	---	---	---
	---			---		---	---	---	---
	---			---		---	---	---	---
	---			---		---	---	---	---
Total / moyenne		51	0		#DIV/0!				

Source = CH de Guingamp

Tableau n° 3 « couverture des besoins sur le territoire »

<i>Si l'établissement accueille dans ses locaux des consultations données par des praticiens d'autres établissements</i>				
Discipline	Consultant	Nombre d'heures/semaine	Etablissement d'origine	Motif
RHUMATOLOGIE	Médecin	16H30	SB	Besoin non couvert par des ressources locales
NEPROLOGIE	Médecin	3H TOUS LES 15 JOURS	SB	Besoin non couvert par des ressources locales
NEUROLOGIE PAS DE CONSULTATIONS QUE PATIENTS HOSPITS	Médecin	4H	SB	--
DERMATO IDEM HOSPIT UNIQUEMENT	--	1H00		--
ONCO/HEMATOLOGIE	Médecin	8H	SB	Besoin non couvert par des ressources locales
CHIRURGIE VASCULAIRE	Médecin	2H45	SB	Besoin non couvert par des ressources locales
NEUROCHIRURGIE	Médecin	7H30	BREST	Besoin non couvert par des ressources locales
CARDIOLOGIE	Médecin	24H00	SB	Complémentarité avec offre locale
CARDIOLOGIE	Médecin	5H - 1SEM/2	SB	Complémentarité avec offre locale
CHIRURGIE ORTHOPEDIE	Médecin	5H30 /SEM 2H30 1SEM/2	SB	Complémentarité avec offre locale
ORTHOPEDIE	Médecin	2H00 1SEM/2	CHP PLERIN	Complémentarité avec offre locale
UROLOGIE	Médecin	6H30 1SEM/2	CHP PLERIN	Besoin non couvert par des ressources locales
ONCO/THORACIQUE	Médecin	3H	SB	Besoin non couvert par des ressources locales
<i>Si des praticiens de l'établissement donnent des consultations dans d'autres établissements</i>				
Discipline	Consultant	Nombre d'heures/semaine	Etablissement d'accueil	Motif
GYNECOLOGIE/OBTETRIQUE	Médecin		CH PAIMPOL	Demande de l'autre établissement
	--			--

Source = CH de Guingamp

Exemple de convention liant le centre hospitalier aux médecins libéraux**ARTICLE 1^{er} : OBJET**

Le Centre Hospitalier autorise, au titre des présentes, le praticien, dans le cadre des dispositions figurant dans la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire « Pôle de Santé de l'Armor et de l'Argoat » et de son règlement intérieur, à réaliser tous les actes relevant de sa spécialité et correspondant à ses diplômes et certificats, à l'exclusion de tout autre, au sein de son établissement.

Le praticien exercera à titre libéral et donnera aux malades reçus dans l'établissement des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données actuelles de la science, en toute indépendance professionnelle et conformément aux dispositions du code de la santé publique et du code de déontologie médicale, le respect de ces normes étant une condition substantielle aux présentes.

Les parties précisent qu'en aucun cas elles n'ont l'intention de souscrire un contrat de travail ni de créer entre elles un lien de subordination. Les rapports juridiques qu'elles définissent dans cet acte ne peuvent conduire, et pour quelque cause que ce soit, à une requalification, à la requête de l'une des parties ou d'un tiers, de la convention d'exercice libéral en un contrat d'exercice salarié.

Le praticien s'engage à confier ses malades hospitalisés, pour d'autres actes que ceux de sa compétence, à des médecins autorisés habituellement à exercer dans l'établissement, tout en respectant le libre choix du patient.

Le contrat est indivisible de la qualité, en ce qui concerne le praticien, de membre de l'« Association des professionnels de santé libéraux du Pôle de Santé de l'Armor et de l'Argoat », elle-même membre du Groupement de Coopération Sanitaire « Pôle de Santé de l'Armor et de l'Argoat ».

ARTICLE 2 : PRINCIPES GENERAUX D'EXERCICE

Dans le cadre de la présente convention, le praticien exerce au sein du service public hospitalier à titre libéral, dans le cadre des dispositions de l'article L.622-5 du Code de la Sécurité Sociale (professions libérales), conformément au dernier alinéa de l'article L.6133-2 du Code de la Santé Publique.

Le praticien accepte d'observer les sujétions normales inhérentes au fonctionnement d'un établissement de santé tel que le Centre Hospitalier de Guingamp et restera soucieux du bon fonctionnement et de la bonne réputation de celui-ci, notamment en développant ses connaissances au meilleur niveau par le suivi de formations, en collaborant à la mise en œuvre des moyens propres à assurer une parfaite cohésion au sein de l'équipe médicale, en entretenant de bonnes relations avec ses confrères publics et libéraux ainsi qu'avec le personnel soignant et administratif favorisant un fonctionnement harmonieux du pôle d'activité dans lequel se trouve la discipline dans laquelle il exerce, en participant activement à toutes les procédures d'évaluations, d'accréditation et de certification, et, avant toute chose, en se tenant à la disposition des patients dans le respect de l'éthique médicale.

Le praticien s'engage également à exercer son art en considération des objectifs assignés au Centre Hospitalier par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé par ce dernier avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne.

ARTICLE 3 : NATURE JURIDIQUE DU CONTRAT

Les parties ont souhaité établir entre elles un contrat strictement établi en considération de la personne de chacun des contractants (« intuitu personae »).

Il ne peut en conséquence être cédé à un autre praticien, même à titre gratuit, ni être transmis à quelque titre que ce soit, y compris dans le cadre d'une succession, d'une donation, d'une liquidation de communauté ou autre.

ARTICLE 4 : LOCAUX DE CONSULTATIONS

Le Centre Hospitalier met à la disposition du praticien des locaux à usage de consultations qui seront facturés au prorata de la surface occupée.

Cette mise à disposition des locaux est consentie et acceptée moyennant une somme mensuelle correspondant à 45,40 Euros /m² /an hors mobilier que le praticien s'oblige à régler au Centre Hospitalier, à hauteur de sa part, en douze termes égaux le 25 de chaque mois.

La valeur locative des locaux du Centre Hospitalier fera l'objet d'une revalorisation sur la base du dernier indice INSEE du coût de la construction connu (*publié au JO*) au 1^{er} janvier de chaque année.

Cette indemnité ne comprend pas les charges de chauffage, d'eau, d'électricité, de protection contre l'incendie, enlèvement des déchets, nettoyage et entretien, et assurance multirisques. Ces dites charges sont facturées au praticien sur la base de 28,98 €/m² /an/HT que le praticien s'oblige à régler au Centre Hospitalier, à hauteur de sa part, en douze termes égaux le 25 de chaque mois.

Les communications téléphoniques seront facturées à prix coûtant selon les consommations réelles enregistrées sur le central téléphonique du Centre Hospitalier.

Le praticien devra user des lieux en « bon père de famille ».

Le praticien ne pourra pas modifier la distribution des lieux mis à sa disposition par le Centre Hospitalier, ni effectuer des travaux de transformation sans le consentement exprès, et par écrit, du Centre Hospitalier.

Le praticien, son personnel et ses patients pourront user, pour autant que de besoin, des zones de circulation et d'accès aux locaux à usage de cabinet médical, dont notamment accès sur rue, emplacements de stationnement de véhicules dans la limite des places disponibles, hall d'entrée, couloirs de circulation, WC, toilettes accessibles au public, ascenseur, etc...

Le Centre Hospitalier s'engage à entretenir et à modifier ou à compléter, le cas échéant, ces parties communes de telle sorte qu'à tout moment ces parties communes satisfassent aux dispositions réglementaires imposées aux Etablissements Publics de Santé.

ARTICLE 5 : RECRUTEMENT PAR LE CENTRE HOSPITALIER DANS LA SPECIALITE

Préalablement à tout recrutement dans sa spécialité le praticien sera consulté par écrit.

ARTICLE 6 : PRESTATIONS MISES A DISPOSITION PAR LE CENTRE HOSPITALIER ET REGLEMENT INTERIEUR DU GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE (GCS)

Le Centre Hospitalier s'oblige à satisfaire aux conditions imposées par la législation et la réglementation en vigueur et à répondre aux caractéristiques techniques d'un établissement de cette nature, en ce qui concerne la pratique de la spécialité du praticien signataire et de la sécurité des personnes prises en charge.

6.1. - Prestations mises à disposition par le Centre Hospitalier

a) Le Centre Hospitalier autorise :

⇒ L'accès à ses capacités d'hospitalisation (lits et places)

Le praticien aura un accès permanent à l'ensemble des installations du Centre Hospitalier, le Centre Hospitalier mettant tout en œuvre pour faciliter l'exercice de la spécialité du praticien.

⇒ L'accès au bloc opératoire - au secteur ambulatoire – à la salle post-interventionnelle

Le praticien aura accès au bloc opératoire, au secteur de chirurgie ambulatoire et aux salles de réveil, équipés conformément aux normes réglementaires et conventionnelles, aux jours et heures déterminés par un planning établi conformément aux dispositions du règlement intérieur du Groupement de Coopération Sanitaire.

Les prestations fournies par le Centre Hospitalier seront fonction des normes réglementaires ; toute prestation complémentaire, non rémunérée par les organismes payeurs dans le cadre de la réglementation, fera l'objet d'une redevance dans les conditions définies à l'article 13 du contrat.

b) Personnel

Il est rappelé que le ou les aides-opérateurs, le ou les aides-anesthésistes sont à la charge du praticien.

Le Centre Hospitalier fournira de façon permanente, le concours d'un personnel compétent affecté aux services d'hospitalisation, aux salles d'opération et aux salles de réveil en nombre et qualité qui correspondent aux normes en vigueur.

Le praticien pourra donner un avis sur les personnels hospitaliers qui lui sont attribués.

Le praticien pourra s'adjoindre le personnel qui lui sera nécessaire en plus de celui fourni par le Centre Hospitalier dans le respect des dispositions réglementaires. Il en supportera directement la responsabilité et la charge économique.

Tout personnel employé au-delà des normes obligatoires à la demande du praticien sera refacturé à ce dernier à son coût réel.

Il est expressément prévu et accepté par le praticien qu'en aucun cas le personnel employé par le Centre Hospitalier ne doit pallier les absences ou carences de ses propres agents, sauf accord écrit de la Direction.

c) Matériel :

Le Centre Hospitalier fournira la totalité du matériel nécessaire à la réalisation des interventions pratiquées par le praticien et couvert par le Groupe Homogène de Séjour (GHS). Un état de la situation réelle des équipements sera effectué avant le 31 janvier 2009. Le matériel spécifique fourni par le Centre Hospitalier et non couvert par le GHS donnera lieu au paiement d'une redevance d'utilisation.

Le praticien pourra utiliser une instrumentation ou du matériel spécifique qu'il aura acquis lui-même. Le Centre Hospitalier sera tenu d'assurer la stérilisation de ce matériel dès lors qu'il le requiert.

Les réparations et la maintenance du matériel spécifique resteront à la charge du praticien qui devra pouvoir en attester à 1^{ère} demande du Centre Hospitalier. Le praticien devra également notifier au Centre Hospitalier toutes difficultés rencontrées à l'occasion de l'utilisation de ce matériel et pouvant constituer un incident au sens de la réglementation sur la matériovigilance.

Ce matériel devra faire l'objet d'une assurance particulière, dont le Centre Hospitalier pourra demander justification, couvrant les éventuels dommages causés tant au personnel qu'aux malades et tiers.

Le praticien sera responsable de la conformité de son matériel aux normes techniques qui le concernent et devra en fournir la désignation précise au Centre Hospitalier dans un inventaire dressé contradictoirement.

Le Centre Hospitalier reconnaît que ce matériel, ainsi que tout le matériel qui en constitue l'accessoire et qui est installé dans les locaux n'est pas sa propriété et reste à l'usage exclusif du praticien. En conséquence, ce matériel ne pourra, en aucun cas, être donné en gage ou en nantissement par le Centre Hospitalier. Il ne pourra être saisi par ses créanciers et sera intégralement repris par le praticien à son départ, qu'elle qu'en soit la cause.

6.2 - Règlement intérieur du Groupement de Coopération Sanitaire

Dès lors qu'elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent contrat, le Centre Hospitalier et le praticien s'obligent à respecter l'ensemble des dispositions du règlement intérieur, dont l'objet est de coordonner les tâches respectives du Centre Hospitalier et des praticiens à l'intérieur de l'établissement, en préservant l'indépendance de chacun, et de mettre en œuvre, au quotidien, le projet médical et les obligations réglementaires liées à la qualité, les vigilances, l'hygiène.

Le Règlement Intérieur du GCS, en considération de sa finalité ci-dessus rappelée, est établi selon les modalités prévues par la convention constitutive du GCS.

Les dispositions du Règlement Intérieur sont opposables au praticien dès l'instant où elles ont été approuvées dans les conditions prévues par le règlement intérieur, la convention constitutive du GCS.

Le Règlement Intérieur du GCS organise notamment le fonctionnement du bloc opératoire, du secteur d'hospitalisation en termes de mise à disposition des lits et places disponibles ; il prévoit également les conditions d'intervention des anesthésistes, le fonctionnement de la radiologie et du laboratoire d'analyses médicales, et organise la permanence des soins médicaux et des soins de kinésithérapie.

ARTICLE 7 : CONDITIONS D'EXERCICE

Le praticien exercera son art en toute indépendance dans le respect de dispositions qui s'imposent au Centre Hospitalier. Il jouira de la liberté de prescription et de soins dans le cadre du livret thérapeutique et du livret des dispositifs médicaux de l'établissement.

Il devra collaborer avec le Centre Hospitalier à chaque fois que des textes législatifs ou réglementaires le justifieront et de façon générale dès lors que sa participation sera susceptible d'améliorer la sécurité et les conditions de prise en charge des patients.

Le praticien utilisera, pour tous les actes qui lui sont propres, un papier à en tête à son nom, ses ordonnances et ses feuilles de soins pré-identifiées, imprimées à sa charge.

Le praticien apposera sa plaque professionnelle au lieu convenu à cette fin avec le Centre Hospitalier à l'entrée de l'établissement.

ARTICLE 8 : DOSSIER MEDICAL

Le praticien établit tout document nécessaire à la constitution du dossier médical du patient.

Le praticien doit procéder à la mise à jour permanente du dossier médical qui est conservé par le Centre Hospitalier.

ARTICLE 9 : OBLIGATIONS DES PARTIES EN MATIERE D'EVALUATION

Les établissements de santé sont soumis à une obligation d'évaluation des techniques médicales et des pratiques médicales dont les résultats, appréciés par les autorités de tutelle, peuvent éventuellement fonder le refus de renouvellement des autorisations administratives de fonctionnement nécessaires à l'exploitation des installations, équipements matériels lourds et activités de soins définies à l'article R. 712-2 du code de la santé publique.

La réalisation de cette évaluation des techniques médicales et des pratiques médicales ne peut être effective qu'avec la participation active des praticiens concernés qui devront apporter tous les renseignements nécessaires à son élaboration compte-tenu des critères, méthodes et référentiels d'évaluation qui auront été fixés par la Haute Autorité de Santé.

ARTICLE 10 : SECRET PROFESSIONNEL

Le Centre Hospitalier et le praticien prendront toutes mesures nécessaires pour assurer le respect du secret professionnel, notamment en ce qui concerne les locaux de travail et le personnel mis à la disposition du praticien, ainsi que la tenue des fiches et observations, les communications téléphoniques, etc...

La tenue et la conservation des registres opératoires, des fiches, observations diverses et dossiers médicaux, sont mises en œuvre conformément aux dispositions du règlement intérieur du GCS.

Le praticien déclare avoir pris connaissance des obligations légales, réglementaires et conventionnelles relatives au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements publics et s'engage à les respecter, de telle sorte que la responsabilité de l'établissement ne puisse être recherchée à ce titre.

ARTICLE 11 : PERMANENCE DES SOINS

Compte tenu de la spécialité du praticien et de son obligation d'assurer la continuité des soins aux malades hospitalisés placés sous sa responsabilité, il est expressément prévu qu'il doit s'organiser pour permettre au Centre Hospitalier de le contacter à tout moment directement ou par ses remplaçants.

a) Gardes et astreintes

Les gardes et astreintes sont organisées sur le territoire de santé avec les praticiens de la même discipline .

b) Remplacements

Dans les cas où l'absence du praticien implique un remplacement par un praticien n'exerçant pas déjà dans l'établissement, le praticien présentera un remplaçant qualifié remplissant les conditions légales et s'assurera préalablement, dans la limite de ses possibilités, que la compétence de ce dernier est comparable à la sienne.

Avant tout remplacement, le praticien. devra notifier à la Direction du Centre Hospitalier, dans un délai raisonnable, les dates d'absence, ainsi que les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du remplaçant qui, sauf cas de force majeure, sera préalablement présenté à la direction du Centre Hospitalier.

En tout état de cause, le praticien s'engage à informer le remplaçant des obligations contenues aux présentes que ce dernier devra s'engager à respecter.

ARTICLE 12 : TARIFS D'INTERVENTIONS ET CONSULTATIONS

12.1. - Consultations

Le praticien s'entendra directement avec ses malades pour la fixation de ses honoraires, qui devront toujours être établis avec tact et modération notamment en considération de la qualité et des ressources financières de ses patients.

Le praticien s'engage à ne pas pratiquer, sauf dérogations réglementaires (Secteur 1, Secteur 2, etc...), des tarifs d'honoraires supérieurs aux tarifs de responsabilité des caisses.

Tout dépassement d'honoraires par rapport au tarif de responsabilité des caisses doit faire l'objet par le praticien, antérieurement au commencement des soins, d'une information tant du patient concerné, que de l'établissement.

12.2. – Tarifs d'intervention

Les actes médicaux et consultations au bénéfice des patients hospitalisés assurés par les professionnels médicaux libéraux sont rémunérés, à l'acte, par le Centre Hospitalier de Guingamp.

Cette rémunération, versée mensuellement, avant le 25 du mois suivant, a pour base les tarifs fixés en application des articles L. 162-7 et L. 162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale et de leurs textes d'application, à savoir selon la classification commune des actes médicaux – CCAM.

En contrepartie des moyens mis à disposition des professionnels de santé libéraux, le Centre Hospitalier de Guingamp facture au praticien une redevance correspondant aux prestations fournies non couvertes par les tarifs fixés par l'assurance maladie.

Hormis le cas de faute grave prouvée à sa charge, le Centre Hospitalier ne pourra être tenu pour responsable du non-paiement des honoraires dus au praticien par les Caisses de Sécurité Sociale ou tout autre débiteur.

ARTICLE 13 : COUT DES PRESTATIONS

Les dépenses concernant les prestations, services et fournitures qui sont engagées par le Centre Hospitalier, afin de faciliter au praticien l'exercice de son art, font l'objet d'une redevance selon les modalités ci-dessous définies.

Droit d'accès au plateau technique.
Le ou les aides opératoires y compris droit d'accès au plateau technique
La stérilisation du matériel spécifique acquis par le praticien
L'entretien du matériel spécifique
La quote-part de l'entretien des zones de circulation et d'accès aux locaux à usage de cabinet médical.
La gestion et le recouvrement des honoraires

La liste des prestations telle que fixée dans le tableau ci-dessus pourra être modifiée par avenant au contrat signé des deux parties. La modification entraînera, dans cette hypothèse, diminution ou majoration de la redevance selon les cas.

S'agissant des honoraires médecin, il est décidé que le coût de ces prestations, services et fournitures fera l'objet, par commodité de gestion comptable, d'une facturation sur la base d'un pourcentage forfaitaire fixé, comme il est dit dans le tableau ci-dessus, à la fraction de 3 % H.T. du total des honoraires perçus par le praticien en dehors des actes réalisés au sein de son cabinet médical.

Préalablement à l'engagement des dépenses nouvelles, dans l'intérêt du praticien, le Centre Hospitalier soumettra un devis détaillé; les prestations qui seront facturées et le tableau figurant à l'alinéa 2 du présent article sera coché afin de faire apparaître l'accord du médecin et du Centre Hospitalier sur le principe des services rendus et sur leur coût de facturation.

ARTICLE 14 : ASSURANCES

a) Responsabilités civiles accidents et professionnelles :

Le praticien exercera son art sous sa propre responsabilité pour laquelle il s'assurera à une compagnie notoirement solvable de son choix et devra justifier chaque année de l'acquittement des primes.

Chaque partie prendra à sa charge, dans le cadre de sa police d'assurance, la couverture des dommages de toute nature que pourraient causer ou subir, dans les locaux utilisés et en usant des installations, les personnels médicaux ou non médicaux, ainsi que les dommages que pourraient subir les tiers du fait de son activité.

b) Responsabilités en matière d'incendie et d'explosion des locaux de consultation :

Le Centre Hospitalier, agissant tant pour son compte que pour celui du propriétaire, limite la responsabilité de l'occupant des locaux de consultation à la partie d'immeuble mise à sa disposition, c'est à dire aux risques locatifs ordinaires.

En contrepartie, le praticien renonce à tout recours envers le Centre Hospitalier et le propriétaire au titre des articles 1719 et 1721 du Code civil

Il est également entendu, qu'en matière d'incendie et d'explosion, les différents occupants des locaux de consultation renoncent à tous recours entre eux au titre du recours des voisins et des tiers.

Chaque partie s'engage à faire figurer ces dispositions spécifiques dans leur contrat d'assurance et à justifier chaque année de l'acquittement des primes.

ARTICLE 15 : DUREE DE LA CONVENTION

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le jour de la signature du praticien en qualité de membre de l' « Association des professionnels de santé libéraux du pôle de santé de l'Armor et de l'Argoat » exerçant au Centre Hospitalier de Guingamp, soit le 10 décembre 2008 à 0 heure.

Si l'une des parties veut mettre fin au contrat, elle devra aviser l'autre partie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en respectant un délai de préavis d'une durée d'un an la première année et d'une durée de six mois pour les autres années.

- **La résiliation résulte de la volonté du praticien:**

En cas d'évaluation négative liée au fonctionnement du praticien dans sa discipline ou d'évolution significative à la baisse des revenus ou pour des raisons personnelles ou autres d'un commun accord avec le Centre Hospitalier, celui-ci sera autorisé à exercer dans un autre lieu de son choix.

ARTICLE 16 : RESILIATION SANS INDEMNITES NI PREAVIS

Le Centre Hospitalier pourra purement et simplement résilier le contrat, sans indemnité ni préavis, dans le cas où le praticien se rendrait coupable, dans l'exercice de sa profession, d'une faute jugée grave en dernier ressort par la juridiction ordinaire et sanctionnée par une interdiction d'exercer de plus de 3 mois.

Sous réserve de l'appréciation du tribunal compétent, il pourra être mis fin au contrat par l'une ou l'autre des parties en cas de manquements graves et répétés au présent contrat et en cas d'incidents préjudiciables aux malades et à la bonne réputation du Centre Hospitalier ou du médecin. La rupture ne pourra toutefois être notifiée par l'une des parties à son cocontractant que dans la mesure où elle aura préalablement mis en demeure ce dernier, par lettre recommandée avec avis de réception ou par voie extra-judiciaire, d'avoir à cesser, dans un délai raisonnable, ses manquements contractuels ou de modifier son comportement de sorte qu'il ne soit plus préjudiciable.

La résiliation interviendra, sans préavis ni indemnité de part et d'autre, si le Centre Hospitalier et/ou le praticien ne peuvent plus respecter leurs présentes obligations contractuelles en raison de l'absence de renouvellement des autorisations administratives de fonctionnement nécessaires à la pratique de l'exercice du praticien, sans que ce non-renouvellement ne puisse leur être imputable.

ARTICLE 17 : ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail dans le Centre Hospitalier en rapport direct avec les soins des malades, en particulier l'établissement du tableau opératoire, les visites, sera décidée avec tous les médecins concernés qui se réuniront régulièrement à cette fin, selon les modalités prévues par le règlement intérieur du GCS.

ARTICLE 18 : ASSOCIATION ET PRESENTATION D'UN SUCCESSEUR

18.1 - Présentation d'un successeur

Le praticien aura le droit, s'il cesse son activité au sein de l'établissement, de présenter un successeur exerçant dans la même discipline et présentant les garanties nécessaires de qualifications. Ce successeur devra faire acte de candidature au sein de l'établissement en indiquant notamment de manière claire, son engagement à poursuivre les obligations résultant du présent contrat et en certifiant que les conditions financières qui lui sont proposées par le praticien sont acceptées par lui.

Le praticien ne pourra prétendre, en l'absence de présentation de successeur, à indemnité, dès lors que la cessation de son activité dans l'établissement résulte d'une décision volontaire et consciente de sa part, et non d'un événement s'imposant à lui et le conduisant à devoir cesser son activité, autre qu'une sanction ordinale et/ou pénale.

Le praticien pourra présenter deux successeurs au cours du délai de préavis mentionné à l'article 15.

Le Centre Hospitalier disposera d'un délai de six mois à compter de la présentation du successeur pour se prononcer sur son agrément.

18.2 - Association

Le praticien est libre de s'associer avec un praticien déjà autorisé à exercer dans l'établissement.

S'il veut le faire avec un confrère non encore autorisé à exercer dans l'établissement, il doit solliciter, outre l'accord préalable des autres praticiens auxquels cette association pourrait faire grief, l'agrément de l'intéressé par le Centre Hospitalier selon les formes prévues pour la présentation d'un successeur.

En cas d'agrément, l'associé sera obligatoirement titulaire d'un contrat d'exercice de la médecine identique à celui-ci, adapté aux conditions légales et réglementaires en vigueur à la date de l'association.

ARTICLE 19 : CONCILIATION

En cas de difficultés soulevées, soit par l'exécution, soit par l'interprétation ou la cessation du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend à deux conciliateurs, chacun choisi par l'une des parties.

Ces conciliateurs s'efforceront de trouver une solution amiable dans un délai d'un mois à compter de leur désignation.

ARTICLE 20 : COMMUNICATION AU CONSEIL DE L'ORDRE

Le présent contrat sera communiqué au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, conformément aux dispositions légales et réglementaires, à la diligence du praticien.

Tous les avenants modifiant le présent contrat seront également communiqués au Conseil Départemental.

ARTICLE 21 : CLAUSE DE REVISION DU CONTRAT

Les droits et obligations résultant de la présente convention déterminent, compte tenu des circonstances, une position relative des parties au moment de la signature. Si l'exécution de l'une ou l'autre clause de la convention provoque une rupture appréciable de cette position relative précisée, il est dès à présent convenu que les parties s'engagent à rechercher une solution équitable, dans l'esprit d'objectivité et de loyauté qui est à la base des relations existantes entre les parties.

ARTICLE 22 : DIVERS

Il est expressément convenu que le présent contrat annule et remplace toutes dispositions contractuelles antérieures, écrites ou verbales, qui ont pu être adoptées entre les mêmes parties, lesquelles seront caduques à dater de la signature du présent contrat.

Fait à Pabu-Guingamp, le 10 décembre 2008

En trois exemplaires

dont un pour communication à l'Ordre.

Tableau n° 4 « organisation »

Organisation spatiale et fonctionnelle

L'établissement a-t-il regroupé ses consultations sur un ou des plateaux mutualisés ?	Non	sauf en chirurgie
Pour les établissements n'ayant pas regroupé leurs consultations		
Motifs		
Pas de locaux disponibles	Oui	
Opposition médicale	Oui	Des praticiens de médecine
Coût des travaux	Oui	préfèrent consulter dans leur service
Bénéfice organisationnel limité	Oui	(manque de temps, mutualisation de tâches, etc.)
Valeur brute des équipements affectés (en €)		Les équipements sont mutualisés avec ceux des
Valeur nette des équipements affectés (en €)		unités d'hospitalisation pour de nombreux services
Pour les établissements ayant regroupé leurs consultations		
Le plateau de consultations a une zone d'admission dédiée	Non	
Le plateau de consultations bénéficie d'un temps de secrétariat dédié	--	pas de plateau unique

La prise de rendez-vous

L'accueil téléphonique est automatisé (les patients s'orientent en numérotant sur leur téléphone en fonction des indications d'un répondeur vocal)	Non
L'établissement dispose d'un numéro unique pour la prise de RDV de consultations	Non
Si oui, est-ce le secrétariat du plateau de consultations qui répond ?	--
Si non, vers quels secrétariats renvoient les numéros à disposition des patients ?	Secrétariats services
Les RDV peuvent être pris par internet	Non
Le système d'information comprend une fonction agenda/planning ?	Oui
Elle est interfacée avec	Le dossier patient

L'admission du patient en consultation

L'établissement permet aux patients de constituer leur dossier administratif en amont de la consultation	Non		
Les informations sont données au moment de la prise de RDV	Oui		
Le patient peut communiquer les pièces	En les déposant		
Des bornes d'accueil informatiques sont disponibles pour les patients dont le dossier administratif a été préparé	Non		
La création de dossier est-elle formalisée dans un mode opératoire ou autre document ?	Oui		
Les professionnels réalisant des admissions ont-ils à disposition			
La liste des documents nécessaires	Oui		
Les consignes d'identité et de vigilance	Oui		
L'accès à la consultation des droits en ligne (CDR)	Oui		
Les professionnels réalisant des admissions sont-ils formés à leur prise de poste ?			
Admissionnistes	Oui		
Secrétariats médicaux (le cas échéant)	Oui		
Nombre d'identités patient actives dans la base	191 900 ipp	externes + hospitalisés (au 16/03/2018)	
Nombre de créations d'identités par an	7804	1ère consultation (9503 en 2016)	
L'établissement a-t-il une procédure de traitement des doublons	Oui		
L'établissement a-t-il un outil informatique de traitement des doublons	Oui		
Nombre de doublons repérés par an	251	externes + hospitalisés (au 16/03/2018)	
Nombre de fusions opérées par an	176 en 2017 (147 en 2016)	externes + hospitalisés	

Le codage des actes

Pour les consultations réalisées au sein d'un plateau, le codage se fait	---		
Le consultant peut coder ses actes dans un logiciel interfacé avec la GAM (gestion administrative du patient)	Oui		
Ce logiciel contient une aide à la cotation	Oui		
Nombre de dossiers sans acte / lettre NGAP	0		
Contrôle du codage			
Le DIM inclut les ACE dans son plan de contrôle	Non		
Avant facturation, le DIM ou les TIM exercent des contrôles			
de l'exhaustivité du codage	Systématiques		
de la qualité du codage	Systématiques		
Taux d'exhaustivité du codage après contrôle ?	100%	en fin d'année (et proche de 100% mensuellement)	
Nombre de dossiers recodés par an	peu de dossiers	pas de recensement précis	
Quels sont les outils du DIM pour le contrôle qualité		=> Ce suivi est fait au BE et non au DIM	
Revue de dossier	Oui		
Requête automatisée	Oui		
Logiciel qualité	Oui	+ tableaux PMSI	
Un ou des LAMDA ont-ils été réalisés sur les ACE	Non	Pas depuis l'exercice 2015	
Pour quel montant ?			
Un contrat a-t-il été passé avec une société d'optimisation de la recette des ACE	OUI		

Facturation à l'assurance maladie

Mise en œuvre de FIDES			
La mise en œuvre de FIDES a-t-elle occasionné des changements de procédure	Oui		
La mise en œuvre de FIDES a-t-elle occasionné des changements de fiches/profils de postes	Oui		
La mise en œuvre de FIDES a-t-elle occasionné la création d'un contrôle qualité de la facturation au fil de l'eau ?	Oui		
Ce contrôle qualité a-t-il été étendu à la facturation patient ?	Oui		
Les contrôles sont-ils automatisés / informatisés ?	Oui		
Un service facturation dédié existe-t-il ?	Oui		
Si un service facturation dédié existe, englobe-t-il la facturation AM et la facturation patient ?	Oui		
Depuis quelle année existe le service de facturation dédié ?	avant 2008		
Quel a été l'impact de FIDES sur les effectifs ?			
	Créations	Suppressions	
Grade / fonction	0	0	
Quel investissement l'établissement a-t-il dû effectuer pour adapter le SIH à FIDES (en €) ?	33 000 €		
La télétransmission des données aux mutuelles est-elle effective ?	Oui	Partiellement	
Quel est le taux de rejet des facturations d'ACE en 2013 ? (source CPU)	4,80%	hors Fides	
Quel est le taux de rejet des facturations d'ACE en 2015 ? (source CPU)	3%	sur partie Fides à partir de mai	
Quel est le taux de rejet des facturations d'ACE en 2016 ? (source CPU)	3,6%		
Quel est le taux de rejet des facturations d'ACE en 2017 ? (source CPU)	5,24%	(cause pb fichier adressé en double, sinon près de 2%)	
Quelle suite est donnée à un rejet ?	Correction et refacturation		
Quel est le délai de facturation ? (source CPU)	17 jours sur ACE	source éditeur (active analytic)	
L'établissement a-t-il connu des redressements de la CPAM sur les ACE ?	Non		
Pour quel montant ?	NA		

Facturation patient de la part à sa charge

Quel est le montant des encaissements réalisés auprès des patients ?			
Sur titres, par le trésor	183 717 €	(pour les patients sans mutuelle) (1)	
En régie, par l'établissement	7 462 €		
Nombre de dossiers encaissés en régie	410		
Le paiement en régie sur place se fait	Au bureau des admissions, proche des consultations		
L'établissement a-t-il mis en œuvre un télépaiement par internet	Oui		

(1) ce chiffre comprend des ACE et de l'hospitalisation

Tableau n° 5 « nombre d'ETP et coût lié aux ACE »

5.1. Effectifs médicaux et non médicaux de l'activité ACE						
soit affectés à l'UF des consultations						
soit affectés à l'activité de consultation		Champ MCO seul				
Sources : contrôle de gestion, tableaux des effectifs						
					RTC 2017 non traité	
	2015		2016		2017	
Fonction / grade	ETP	Coût chargé	ETP	Coût chargé	ETP	Coût chargé
Médecin	2,23	296 525 €	1,7	270 368 €		
Secrétaire	10,22	902 701 €	8,44	780 861 €		
Infirmier / aide-soignant	10,12		8,81			
Autres personnels reclassés						
Total	22,57	1 199 226 €	18,95	1 051 229 €	0	- €
5.2. Résultats de l'activité ACE						
(UF, service, structure interne)						
	2015		2016		2017	
	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes
Titre 1	1 199 226 €	595 271 €	1 051 229 €	906 513 €		
Titre 2	55 406 €	226 077 €	59 275 €	227 610 €		
Titre 3		16 558 €	- €	23 925 €		
Titre 4	17 374 €		17 862 €			
Charges indirectes						
Total	1 272 006 €	837 906 €	1 128 365 €	1 158 048 €	- €	- €
Résultat		- 434 100 €		29 683 €		- €

Source : CH de Guingamp

Tableau n° 6 « recouvrement »

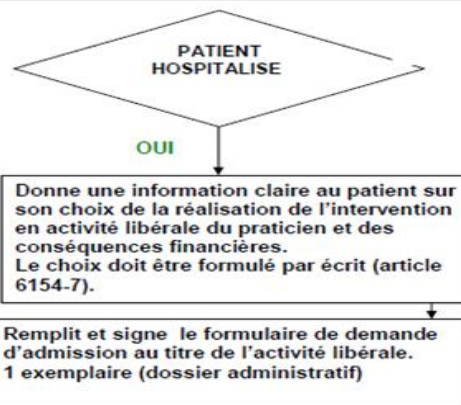
Compte	Libellé	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
73121	Consultations et actes externes - produits de l'assurance maladie	2 644 014 €	2 742 694 €	2 765 094 €	2 864 486 €	3 153 227 €	2 833 903 €
73122	Forfaits accueil et traitement des urgences	326 467 €	350 377 €	339 115 €	324 859 €	335 565 €	335 277 €
73123	Forfait petit matériel	- €	- €	- €	- €	- €	- €
73124	Forfait sécurité et environnement hospitalier	83 260 €	97 881 €	88 634 €	95 757 €	98 135 €	92 733 €
73125	Spécialités pharmaceutiques ou dispositifs médicaux	- €	- €	- €	- €	3 138 €	628 €
73126	Forfaits techniques et assimilés	- €	- €	70 218 €	269 969 €	310 467 €	130 131 €
732411	Ticket modérateur forfaitaire – consultations et actes externes	692 759 €	741 353 €	750 388 €	754 213 €	791 730 €	746 088 €
732412	Consultations et actes externes, dont ticket modérateur	16 953 €	26 413 €	26 542 €	20 824 €	14 022 €	20 951 €
732415	Spécialités pharmaceutiques ou dispositifs médicaux administrés en consultations externes, relevant de l'article L162-27 ou L165-1 du code de la sécurité sociale	- €	- €	- €	- €	- €	- €
732421	Forfaits ATU	- €	- €	- €	- €	- €	- €
732422	Forfaits petit matériel	- €	- €	- €	- €	- €	- €
732423	Forfait sécurité et environnement hospitalier	- €	- €	- €	- €	- €	- €
73243	Forfaits techniques et assimilés	- €	- €	5 756 €	- €	- €	1 151 €
Total		3 763 453 €	3 958 718 €	4 045 747 €	4 330 108 €	4 706 283 €	4 160 862 €
7728	Réémission + prod ex antérieur hors hospitalisation	11 175 €	3 141 €	3 840 €	41 624 €	47 166 €	21 389 €
6738	Titres annulés hors hospit s: exercices antérieurs	102 094 €	181 465 €	69 506 €	200 110 €	43 900 €	119 415 €
Total		113 269 €	184 606 €	73 345 €	241 734 €	91 066 €	140 804 €
	Restes à recouvrer sur ACE	(1)					
	Dont cotes inférieures à 10€						
	Créances irrécouvrables sur ACE						
Total		- €	- €	- €	- €	- €	- €
(1) Nous n'avons pas le détail des RAR entre ACE et hospitalisations							

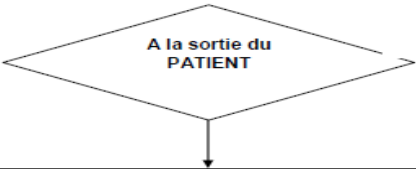
Source : CH de Guingamp

Tableau n° 7 : activité libérale

Discipline	Nom praticien	Date contrat en cours	Statut	Avis CME	Tableau service annexé	Relevé d'AL transmis annuellement
Gynécologie-obstétrique	IONESCO Dorin		PH	---	---	---
Chirurgie Orthopédique	RACHED Henri	Fin en 2017	PH	---	---	---

Source : CH de Guingamp

ACTIVITE LIBERALE –DR IONESCO			
N°	Acteurs	CONSULTATION	Méthode et documents associés
1	Agent administratif du BE	Patient passe par le bureau des entrées le passage est enregistré dans L'UF 3109 non facturable (encaissement fait par le praticien)	Saisie dans CLINICOM
	Secrétariat	Accueil et orientation du patient vers la salle d'attente.	Accueil physique
	Praticien	Réalise la consultation, établit et remet la feuille de soins à la patiente pour remboursement par l'assurance maladie.	
	Patient	Effectue le règlement au praticien	
	Praticien	 <pre> graph TD A{PATIENT HOSPITALISE} -- OUI --> B[Donne une information claire au patient sur son choix de la réalisation de l'intervention en activité libérale du praticien et des conséquences financières. Le choix doit être formulé par écrit (article 6154-7).] B --> C[Remplit et signe le formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale. 1 exemplaire (dossier administratif)] </pre>	Feuille de soins du praticien
	Patient	Remplit et signe le formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale. 1 exemplaire (dossier administratif)	
2	Agent administratif du BE	Réalise la préadmission	Logiciel CLINICOM

ACTIVITE LIBERALE –DR IONESCO			
N°	Acteurs	Le jour de l'admission	Méthode et documents associés
1	Unité de soins	Valide la préadmission	Logiciel CLINICOM
	Praticien	Jour de l'intervention : saisie les actes en activité libérale	Logiciel MEDIS
	Unité de Soins		Feuille de soins Du praticien
	Praticien	A l'issue de la consultation post-opératoire le praticien remplit et adresse la feuille de soins pour remboursement des honoraires de l'intervention par l'assurance maladie (pratique le tiers payant)	
2	Agent administratif du BE	Etablit la facturation selon les droits du patient, du ticket modérateur, forfait journalier, de la participation forfaitaire et le cas échéant de la chambre particulière	Logiciel CLINICOM



Les publications de la chambre régionale des comptes
de Bretagne

sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-bretagne>