



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC (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 30 avril 2019.

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT	7
1.1 Le territoire de santé	7
1.2 Attractivité et parts de marché.....	7
1.3 L'activité de l'établissement	8
1.4 L'organisation	9
1.5 Les outils de pilotage	10
1.5.1 L'absence de projet d'établissement en 2018.....	10
1.5.2 Les autres outils de pilotage	11
1.6 L'organisation de l'équipe de direction	12
1.6.1 La gouvernance complexe de l'établissement.....	12
1.6.2 La gouvernance des systèmes d'information	13
2 LA SITUATION FINANCIERE.....	15
2.1 La fiabilité des comptes et l'exécution budgétaire	15
2.2 La gouvernance financière	15
2.2.1 La préparation budgétaire.....	15
2.2.2 La gestion de la trésorerie.....	16
2.3 L'analyse financière.....	17
2.3.1 Les produits de l'activité	17
2.3.2 Les charges d'exploitation.....	17
2.3.3 Un autofinancement en diminution sensible	18
2.4 Les résultats analytiques	20
2.4.1 L'activité MCO	20
2.4.2 Les EHPAD	20
2.4.3 La situation patrimoniale	21
3 LA GESTION INTERNE.....	23
3.1 Les effectifs de l'hôpital	23
3.1.1 Des effectifs en croissance	23
3.1.2 L'évolution des coûts des personnels médicaux	24
3.1.3 L'impact du GHT	26
3.2 L'information médicale	27
3.3 L'organisation de l'achat public	28
3.3.1 L'organisation dans le cadre du GHT	28
3.3.2 Le circuit de l'achat	29
3.3.3 L'examen des dossiers de marchés publics	29
3.4 La pharmacie.....	32

4	LE SERVICE DES URGENCES	33
4.1	Les enjeux de la prise en charge	33
4.2	L'adéquation entre affluence et équipes médicales	35
4.3	L'activité du SAMU-SMUR.....	36
5	LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES	36
5.1	Les enjeux pour l'hôpital de Saint-Brieuc	37
5.2	La stratégie de l'établissement en matière d'ACE.....	41
5.2.1	Objectifs stratégiques de l'établissement	41
5.2.2	Visibilité et reconnaissance des ACE de l'établissement.....	42
5.2.3	Evaluations et audits réalisés sur les actes et consultations externes	43
5.3	L'offre d'actes et consultations externes proposée par l'établissement.....	45
5.3.1	Les consultations proposées par l'établissement	45
5.3.2	L'organisation de la permanence des soins	47
5.3.3	La couverture du besoin sur le territoire.....	49
5.4	L'organisation mise en œuvre par l'établissement	50
5.4.1	Organisation spatiale et fonctionnelle	50
5.4.2	La prise de rendez-vous.....	51
5.4.3	L'admission du patient en consultation.....	51
5.4.4	Le codage des actes de l'activité externe	52
5.4.5	La facturation à l'assurance maladie (mise en œuvre de FIDES ACE)	53
5.4.6	La facturation au patient et aux tiers-payants.....	53
5.5	Les moyens affectés et le résultat financier	54
5.5.1	Effectifs médicaux et non médicaux de l'activité ACE	54
5.5.2	Résultats de l'activité ACE	54
5.6	L'organisation et le suivi de l'activité libérale	55
5.6.1	La commission d'activité libérale	56
5.6.2	Les contrats d'activité libérale.....	56
5.6.3	Les obligations vis-à-vis du patient.....	57
5.6.4	La charte de l'activité libérale	57
5.6.5	Les conditions d'exercice de l'activité libérale	57
5.6.6	Honoraires et redevances.....	58
6	LE PROJET DE CINQUIEME AILE	60
6.1	Prévu par le projet d'établissement 2013 - 2017	60
6.2	Le projet en 2017	61
6.3	Le financement du projet	64
	TABLE DES ANNEXES.....	65

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Yves Le Foll de Saint-Brieuc (CHSB) est le troisième établissement public de santé breton par sa capacité d'accueil, son activité et son plateau technique. Il assume les fonctions d'hôpital de proximité pour une population d'environ 100 000 habitants et dispense des soins spécialisés pour l'ensemble du secteur et du département. Il dispose de 1 247 lits et places au 31 décembre 2017 répartis sur deux sites principaux, l'hôpital Yves Le Foll et le centre gériatrique des Capucins. Il est établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Armor.

Le territoire sur lequel intervient l'établissement connaît une croissance des besoins avec une augmentation moyenne de la population de 0,5 % par an, une population plus âgée que la moyenne bretonne et un taux de mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale. En regard, l'offre médicale de la médecine de ville se réduit et reste inférieure à la moyenne nationale.

Un hôpital de référence dont certaines performances diminuent

L'établissement est bien positionné sur son territoire avec une situation prédominante par rapport à l'offre privée. Son organisation lui a permis de développer l'activité ambulatoire, d'avoir une durée moyenne des séjours inférieure à la moyenne et un bon taux d'occupation de ses lits. Son activité a connu une croissance régulière entre 2013 et 2016 pour se réduire de 1,7 % en 2017 en hospitalisations complètes en raison de l'ouverture d'une nouvelle clinique à Plérin, commune limitrophe de Saint-Brieuc, mais aussi du départ de plusieurs praticiens. Ces départs s'accompagnent de pertes de patientèles dommageables à l'établissement.

Le nombre de praticiens est passé de 221 à 250 entre 2013 et 2017 alors que l'activité en nombre de séjours s'est contractée sur cette période. Ainsi, en 2013, un praticien réalisait en moyenne 218 séjours en 2013, il n'en effectue plus que 188 en 2017. Cette productivité moindre est liée à la mise à disposition de 75 praticiens en 2017 représentant 13 équivalent temps plein vers d'autres hôpitaux du GHT avec des pertes de produits, mais aussi à un absentéisme des médecins en forte augmentation (de 2,1 % à 4,83 %) ce qui représente une perte de recettes estimée à 5,3 M€ par la chambre.

La gouvernance complexe de l'établissement

L'arrivée d'une nouvelle direction en 2015 et la mise en place du GHT et de la direction commune avec l'hôpital de Lannion, sans pour autant avoir fusionné les hôpitaux et la plupart des instances de gouvernance, se sont accompagnées d'une modification de la gouvernance de l'établissement qui est devenue plus complexe, ce qui requiert des outils de pilotage et de décision plus efficaces qu'actuellement. De plus, cette complexité est aggravée par la situation financière dégradée des hôpitaux de Lannion et Guingamp qui demandent un investissement important de la direction.

En parallèle à ce changement de gouvernance et au départ de praticiens, l'établissement connaît une dégradation continue des relations entre la direction et le corps médical. Cette situation s'est traduite par la démission en mai 2018 du président de la commission médicale d'établissement (CME) puis par la démission, le 9 octobre 2018, de 68 médecins de leurs fonctions administratives, dont la présidente par intérim de la CME.

Une capacité d'autofinancement en nette diminution

Les produits d'exploitation de l'établissement sont de 247,5 M€, en croissance de 24 M€ entre 2013 et 2017. Mais les produits de l'activité hospitalière (194 M€) n'ont progressé que de 12 M€ soit 1,6 % en moyenne annuelle. La masse salariale a augmenté de 20 M€ sur la même période tandis que les achats de fournitures et services ont augmenté de 15 M€. Le report de travaux importants a permis de réduire l'endettement de près de 16 M€ et de maintenir une bonne situation financière. Toutefois, la capacité d'autofinancement est passée de 16,6 M€ à 6,8 M€ ce qui est un niveau faible par rapport aux recettes de l'établissement.

L'établissement a des projets d'investissements à hauteur de 92 M€ entre 2018 et 2022 dont la construction d'une cinquième aile. Leur financement est conditionné par une meilleure maîtrise des dépenses et par la réduction de l'absentéisme du personnel médical. Le niveau d'autofinancement dégagé en 2017 apparaît insuffisant pour garantir un financement équilibré de ses futurs investissements.

Les actes et consultations externes, une activité déficitaire

L'activité des actes et consultations externes (ACE) qui recouvrent l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation, a augmenté entre 2013 et 2017 de 128 502 à 132 515 consultations médicales pour 34 spécialités. Les coûts fixes supportés par l'hôpital se traduisent par un déficit, qui se réduit toutefois avec l'augmentation du volume d'activité, passant de 6,5 M€ à 4,6 M€ entre 2013 et 2016.

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	Elaborer des tableaux de bord de direction permettant un suivi de l'activité et des exécutions budgétaires en comparaison avec l'EPRD et les réalisations de l'exercice antérieur.	11
Recommandation n° 2	Prévoir une représentation des utilisateurs dans le comité de pilotage des systèmes d'information.	14
Recommandation n° 3	Bâtir un plan de trésorerie.	16
Recommandation n° 4	Permettre l'interfaçage accessible pour le DIM entre le logiciel PMSI et l'ensemble des logiciels médicaux.	27
Recommandation n° 5	Lancer dans les meilleurs délais une procédure de mise en concurrence pour les examens du secteur de l'anatomopathologie.....	30

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 Saint-Brieuc à compter de l'exercice 2013. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 25 avril 2018 adressé à M. Jean SCHMID, directeur depuis le 4 mai 2015 et à MM. Jean-Pierre PERON et Kévin LULLIEN, anciens directeurs, les 20 et 14 juin 2018.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 3 octobre 2018 avec M. Jean SCHMID, directeur depuis le 4 mai 2015 et M. LULLIEN et le 4 octobre 2018 avec M. PERON.

La chambre, lors de sa séance du 23 novembre 2018, a arrêté ses observations provisoires, qui ont été adressées le 29 janvier 2019 à MM. Jean SCHMID, Kévin LULLIEN et M. Jean-Pierre PERON. Des extraits ont été également adressés aux tiers mis en cause.

Après avoir examiné les réponses reçues dans les délais impartis, la chambre, lors de sa séance du 30 avril 2019, a arrêté ses observations définitives.

1 L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

1.1 Le territoire de santé

Le GHT d'Armor a été créé le 1^{er} juillet 2016 et remplace la communauté hospitalière de territoire (CHT) d'Armor créée en 2012. Ses membres sont les centres hospitaliers de Guingamp, Lannion-Trestel, Paimpol, Quintin et Lamballe, Saint-Brieuc et Tréguier.

Le GHT travaille également avec des partenaires et associés, notamment les hôpitaux de Bégard et de Dinan ainsi que les CHRU de Rennes et de Brest. Plusieurs fonctions support sont mutualisées au sein du GHT : systèmes d'information, achats, coordination des plans de formation continue des personnels ainsi que des écoles et instituts de formation paramédicale et département d'information médicale.

Le territoire de santé n° 7 comprenait 418 510 habitants en 2013 en augmentation moyenne de 0,5 % par an. Sa population est plus âgée que la moyenne nationale et bretonne avec un indice de vieillissement¹ de 101,8 alors que la moyenne nationale est de 75,5. Ce vieillissement de la population devrait se poursuivre sur le long terme. Le taux de mortalité prématurée² est élevé pour les hommes dans le pays de Saint-Brieuc (119 entre 2000 et 2006 pour une moyenne nationale de 100).

Les besoins médicaux sur le territoire de santé n° 7 sont en croissance régulière et potentiellement supérieurs à la moyenne nationale.

En regard de ces besoins en croissance, la démographie médicale dans le bassin de vie de Saint-Brieuc s'est dégradée. Ainsi, ce bassin de vie dispose de 18,7 médecins généralistes pour 10 000 habitants en 2016 alors que la moyenne nationale est de 29,2. De 2010 à 2017, le nombre de médecins généralistes est passé de 239 à 230 alors que la population est en croissance.

1.2 Attractivité et parts de marché en baisse

Le CH de Saint-Brieuc est prédominant sur sa zone d'attractivité, y compris en chirurgie où il fait même perdre des parts de marché à l'hôpital privé des Côtes-d'Armor qui passent de 35,9 % à 32,5 % entre 2014 et 2016. Toutefois, en 2017, l'hôpital perd des parts de marché en médecine (57,5 % de parts de marché en 2017 mais 59,3 % en 2015) ainsi qu'en obstétrique (64,2 % en 2017, en retrait de 4,2 points par rapport à 2015). Les parts de marché de l'établissement en ambulatoire et cancérologie progressent. En chirurgie ambulatoire, l'hôpital privé des Côtes-d'Armor est toutefois prédominant avec 55 % des parts de marché.

¹ L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population.

² Nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année.

Tableau n° 1 : Parts de marché du CHSB

	2013	2014	2015	2016	2017
A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	59,4	59,7	59,3	58,9	57,5
A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	36,9	38,6	39,8	40,8	41,9
A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	67,2	67,3	68,4	67,7	64,2
A3bis : Part de marché en obstétrique sur la région	7,6	7,8	7,8	7,9	7,1
A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	17,5	19,6	19,9	21,7	19,9
A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	1,8	2,1	2,1	2,4	2,2
A5 : Part de marché en hospitalisation en oncologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	41,6	41,7	42,1	42,7	43,7
A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	39,5	34,9	37,2	41,4	43,1

Source : Hospidiag

La mise en service du nouvel hôpital privé des Côtes-d'Armor (CHP), regroupement de quatre établissements sur un nouveau site, a entraîné une dynamique en faveur de cet établissement avec des pertes de parts de marché par le CH de Saint-Brieuc.

Face à cette concurrence accrue, l'hôpital de Saint-Brieuc doit définir une stratégie de développement et la formaliser. Dans sa réponse, l'hôpital rappelle qu'un document stratégique existe sous la forme d'un projet médical partagé au niveau du territoire. Toutefois la chambre estime qu'il ne constitue qu'une première étape qu'il convient de compléter par un projet propre à l'établissement.

1.3 L'activité de l'établissement

L'activité de l'établissement a progressé en moyenne de 0,6 % par an entre 2013 et 2016 mais a diminué en 2017 de 1,7 %. Le développement de l'ambulatoire, notamment en chirurgie, ne compense pas à partir de 2017 une diminution de 1,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2017 de l'activité en hospitalisation complète.

Le vieillissement du territoire ainsi que, marginalement, l'ouverture en 2016 de la maternité de Plérin contribuent à une baisse de l'activité obstétrique avec une diminution de plus de 300 accouchements entre 2013 et 2017, même si l'activité reste significative avec plus de 1 900 naissances.

L'activité des séances de chimiothérapie et d'hémodialyse a fortement augmenté sur la période avec plus de 5 200 séances supplémentaires sur quatre années. L'activité des urgences a également fortement progressé, passant de 43 233 ATU³ en 2013 à 50 111 en 2017. Toutefois, le nombre d'hospitalisations complètes en provenance des urgences a diminué entre 2013 et 2017, ce qui est favorable à l'établissement qui peut planifier plus facilement son activité. Il apparaît que les urgences se substituent à une médecine libérale de ville moins abondante, ce qui les éloigne de leur vocation première.

La valorisation moyenne des actes progresse également de 1,5 % en moyenne annuelle, permettant une croissance significative des recettes de l'activité.

1.4 L'organisation

La réduction de l'activité en hospitalisation complète s'est accompagnée d'une diminution globale du nombre de lits. En parallèle, l'établissement a développé l'ambulatoire qui passe en chirurgie de 24 à 35 %, ce qui le place au-dessus de la moyenne des établissements de sa catégorie.

Les taux d'occupation des lits en MCO⁴ sont bons et proches du huitième décile de la catégorie. Les durées moyennes des séjours sont en amélioration entre 2013 et 2017 et deviennent même inférieures à la moyenne nationale.

Tableau n° 2 : Les indicateurs de performance – durée moyenne de séjour (IP DMS)

	Etablissement				Catégorie 2016	
	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile
P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	0,999	0,997	0,978	0,988	0,964	1,347
P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,077	1,051	1,048	1,001	0,972	1,368
P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1,059	1,045	1,071	0,953	0,928	1,036

Source : Hospidiag

Les coûts d'interventions mesurés par les indices de coût relatif (ICR) par salle d'intervention chirurgicale sont supérieurs au huitième décile de la même catégorie d'établissements que le CHSB, ce qui indique une structure de coûts favorables.

Malgré une diminution de l'activité obstétrique, l'établissement a augmenté ses effectifs de gynécologues-obstétriciens qui passent de 11 à 12,35 entre 2013 et 2016. Le nombre d'accouchements par praticien et par sage-femme s'est donc réduit, passant de 45 à 38 sur la période, ce qui reste proche des meilleurs résultats des établissements de même catégorie.

³ Nombre total de passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation.

⁴ Médecine, chirurgie, obstétrique.

Entre 2013 et 2016, l'établissement a renforcé ses effectifs médicaux à un rythme supérieur à celui de l'activité. Le nombre de séjours par praticien tout comme les recettes de l'assurance maladie par praticien se sont donc réduits. Si les performances de l'établissement étaient excellentes en 2014 par rapport à un échantillon d'hôpitaux du grand Ouest⁵, celles-ci se dégradent fortement et deviennent proches de la moyenne en 2016.

Tableau n° 3 : Données de l'activité

	2013	2014	2015	2016	2017	% moy an.
Nombre de RSA	47 740	48 921	48 193	48 562	47 162	-0,3%
Produits de la tarification des séjours	127 950 412	127 820 002	128 287 750	127 267 429	127 281 828	-0,1%
Tarif° séjours / RSA	2 680	2 613	2 662	2 621	2 699	0,2%
Recettes TAA	156 807 757	160 215 882	165 066 203	167 034 394		2,1%
Recettes / RSA	3 285	3 275	3 425	3 440	-	1,5%
ETP médicaux	218,54	219,77	229,72	236,06	250,48	3,5%
recettes T2A / ETP méd	717 524	729 016	718 554	707 593	-	-0,5%
nombre de RSA / ETP méd.	218,45	222,60	209,79	205,72	188,29	-3,6%

Source : Hospidiag

La tenue des dossiers reste en revanche perfectible selon les indicateurs Hospidiag, notamment pour le délai d'envoi du dossier patient. En 2014, dernière année pouvant être comparée, le score était de 49 % pour une moyenne de la catégorie de 59 %. Cet indicateur peut dissuader des médecins généralistes prescripteurs d'actes de recourir au CHSB au profit de sa concurrence. L'établissement doit porter attention à cet indicateur de qualité qui peut lui faire perdre une partie de sa patientèle.

1.5 Les outils de pilotage

1.5.1 L'absence de projet d'établissement en 2018

L'hôpital de Saint-Brieuc disposait d'un projet d'établissement pour 2013-2017 de bonne qualité avec en particulier l'existence d'un diagnostic, de projets de prise en charge des patients, de projet social du personnel, d'un plan directeur immobilier incluant la réhabilitation des locaux actuels, l'aménagement d'une cinquième aile et un projet de management.

La création du GHT et la rédaction d'un projet médical partagé n'ont pas permis d'arrêter de nouveau projet pourtant imposé par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP). Dans un contexte de concurrence exacerbée et de réduction des tarifs définis par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), un tel document stratégique apparaît souhaitable afin de définir en particulier les objectifs prioritaires de l'établissement, son positionnement sur le territoire et les moyens à mettre en œuvre.

⁵ CHSB, CHIC, Saint-Malo, Saint-Nazaire, Cholet, Saint-Lô, Laval, CHBS, CHCB, CHBA, La Roche/Yon.

L'hôpital indique dans sa réponse avoir inscrit à son programme de travail 2019 la réalisation d'un projet d'établissement.

1.5.2 Les autres outils de pilotage

1.5.2.1 Des tableaux de bord à améliorer

Les tableaux de bord à destination de l'équipe de direction sont nombreux mais peu synthétiques et en réalité destinés aux chefs de service. Les notes synthétiques produites à l'appui de ces documents restent descriptives. Ces documents ne permettent donc pas à la direction générale de disposer d'outils de pilotage, d'alerte et de décision.

La chambre recommande d'élaborer des tableaux de bord de direction, permettant un suivi de l'activité et des exécutions budgétaires en comparaison avec l'EPRD et les réalisations des exercices antérieurs, ou encore une comparaison avec les établissements de même catégorie.

L'établissement, dans sa réponse, a indiqué travailler sur une présentation synthétique sous forme de tableaux de bord mensuels des données budgétaires, qui doit être effective à l'issue du premier semestre 2019.

Recommandation n° 1 Elaborer des tableaux de bord de direction permettant un suivi de l'activité et des exécutions budgétaires en comparaison avec l'EPRD et les réalisations de l'exercice antérieur.
--

1.5.2.2 L'absence de lettre de cadrage

L'établissement ne rédige pas de lettre de cadrage préalablement au lancement de sa procédure budgétaire. Un tel document représente un outil de communication et de pilotage qui permet de décliner les attentes de la direction générale, confirmer la base de déclinaison des objectifs fixés et communiquer auprès des responsables les principaux changements et leurs justifications en utilisant un langage commun et uniforme. A partir d'estimations d'activité, un tel outil permettrait de définir les besoins en personnel de l'année.

La chambre invite l'établissement à améliorer sa procédure budgétaire en rédigeant une lettre de cadrage.

1.6 L'organisation de l'équipe de direction

1.6.1 La gouvernance complexe de l'établissement

1.6.1.1 Les implications de la création du GHT

Dans le cadre du GHT, la direction de l'hôpital de Saint-Brieuc est commune avec celle de l'hôpital de Lannion. Certaines directions sont mutualisées (direction des systèmes d'information et achats par exemple), d'autres restent doubles (finances, RH) tandis que chaque établissement dispose d'un directeur délégué. Chaque hôpital garde ses instances de direction et de concertation propres, auxquelles s'ajoutent celles du GHT qui n'a pas de personnalité juridique. Les hôpitaux du GHT conservent donc à ce jour leurs propres outils, notamment informatiques, tandis que le choix d'un logiciel doit encore faire l'objet d'un consensus entre tous les chefs de services et directeurs du GHT, ce qui rend plus complexe la convergence des outils et des processus.

La mise en place du GHT et de la direction commune, sans pour autant avoir fusionné les hôpitaux, se traduit par une coordination plus complexe pour une direction partagée sur deux sites distants de 70 km. Cette complexité de gouvernance est aggravée par la situation financière dégradée des hôpitaux de Lannion et Guingamp, qui demandent un investissement important de la direction.

1.6.1.2 Le changement de gouvernance

L'organigramme général de l'hôpital de Saint-Brieuc a été revu à plusieurs reprises depuis 2013. En octobre 2015, un directeur de pôle est nommé directeur-délégué directement rattaché au directeur. Un an plus tard, les responsables de pôle disparaissent. Ainsi, d'un pilotage permettant de s'appuyer sur quatre directeurs adjoints en 2013, le directeur dispose désormais de 17 interlocuteurs potentiels, responsables de directions. En octobre 2016, les services sont redistribués au sein de trois pôles (ressources, affaires générales, supports). Les affaires générales, jusque-là rattachées directement au directeur, constituent un nouveau pôle auquel vont être adjoints la direction des finances et la coordination des projets. La DSI devient un service autonome hors pôle. Le service de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers a disparu. Quatre directions sont devenues bicéphales : la coordination des projets, les finances, les achats et la logistique et la DSI. Cette organisation est notamment justifiée par l'affectation à temps partiel des cadres auprès d'autres établissements du GHT, en particulier Lannion.

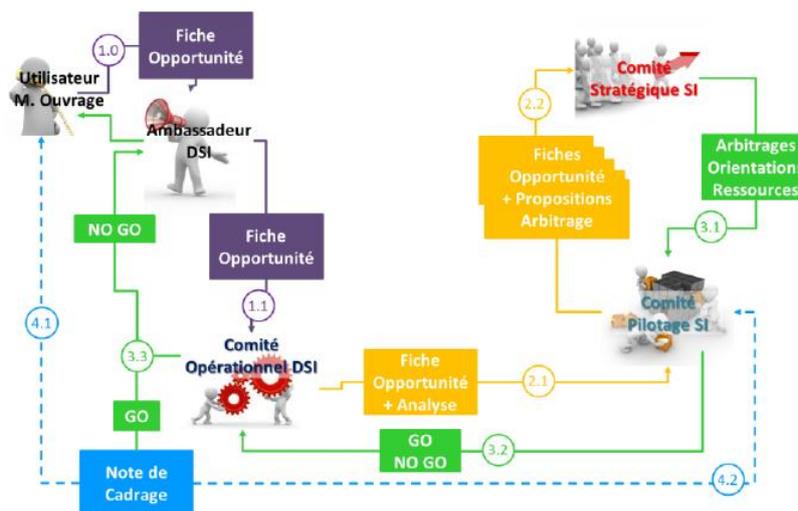
Ces modifications très régulières d'organigramme reflètent une modification de la gouvernance, le développement du GHT et plus encore de la direction commune avec le CH de Lannion. La complexité accrue de la gouvernance et la coordination des équipes requièrent des outils de pilotage et de décision plus efficaces que ceux disponibles actuellement.

En parallèle, l'établissement connaît une dégradation continue des relations entre la direction et le corps médical. Cette situation s'est traduite par la démission en mai 2018 du président de la commission médicale d'établissement (CME) puis par la démission le 9 octobre 2018 de 68 médecins de leurs fonctions administratives dont la présidente par intérim de la CME. Dans l'impossibilité de réunir cette dernière, l'établissement connaît une dégradation de ses instances de gouvernance.

1.6.2 La gouvernance des systèmes d'information

L'hôpital de Saint-Brieuc a réorganisé la gouvernance de la gestion des systèmes d'information avec la création de plusieurs comités à vocation stratégique ou opérationnelle. Un circuit de gestion des projets a été également arrêté. L'utilisateur propose un projet à un « ambassadeur de la DSI » qui le soumet au comité opérationnel de la direction des systèmes d'information (DSI) avant un arbitrage au comité de pilotage SI qui valide ou non le projet. Le comité opérationnel participe alors à la rédaction d'une note de cadrage transmise au maître d'ouvrage.

Graphique n° 1 : Schéma de gestion des projets



Source : CHSB

Un comité stratégique définit les grands axes stratégiques et les orientations à mettre en œuvre dans le domaine du système d'information pour l'ensemble du groupement, arbitre et priorise si besoin les opérations au regard des éléments produits et des propositions formalisées en amont par le comité de pilotage du système d'information. Enfin, le comité opérationnel de la DSI est l'instance de coordination interne de la direction. Il rédige les fiches d'opportunité qui relèvent d'un arbitrage du comité de pilotage SI.

Au cœur de la gouvernance des systèmes d'information, le comité de pilotage « système d'information » (COPIL SI) a donc pour mission de prioriser le portefeuille de projets et en suivre l'avancement. Cette instance bimensuelle est animée par le directeur du système d'information et composée pour moitié des métiers de l'informatique, et pour moitié de membres de la direction du GHT et des établissements, de la direction de l'information médicale et des achats.

Les normes COBIT⁶, applicables à la gouvernance des systèmes d'information, prévoient que le comité de pilotage informatique « est composé de cadres représentant les métiers et l'informatique afin de mettre en œuvre la stratégie informatique définie par la direction de l'entreprise. Il assure le pilotage des investissements informatiques et des activités de service (priorités / arbitrages, résolution des conflits d'accès aux ressources) ».

La composition du comité de pilotage de l'hôpital de Saint-Brieuc ne répond qu'imparfaitement à ces normes, en l'absence de représentants utilisateurs-métiers et avec une surreprésentation des membres de la DSI.

Le circuit de décision place la DSI au cœur du pilotage des instances, le maître d'ouvrage n'ayant qu'une faible marge de manœuvre après l'émission de son besoin. Plus globalement les instances ne laissent pas ou peu de place aux utilisateurs, ce qui entraîne un risque de déséquilibre dans la gouvernance des projets et leur priorisation.

Il existe 90 projets dont cinq sont terminés, trois repoussés, 25 en cours et cinq en études, les autres étant notés comme « identifiés ». Parmi les projets en cours, cinq seulement sont des projets « métiers », c'est-à-dire non transverses (Mediware, télééducation, Dispensation à Dotation Nominative - DDN robotisé⁷, IFSI Mazier, Logipren). Six autres sont transversaux (dont le site internet, la dématérialisation PES V2, iTransport, e-courrier). Certains, qui emportent pourtant des conséquences financières importantes, sont toutefois peu accompagnés par la DSI. Ainsi, la fiche du projet DDN affiché comme « en cours », décrit une situation où « *l'accompagnement de la DSI dans la période intermédiaire en attente du choix reste limité et ne fera pas l'objet d'un projet en tant que tel mais plutôt d'une action de conseil et d'accompagnement* ». Bien que ce projet, qui a été retenu, concerne un budget important et en forte croissance, son accompagnement reste limité.

La chambre invite l'établissement à réinterroger la gouvernance de ses systèmes d'information et recommande de prévoir la représentation des utilisateurs dans le comité de pilotage des systèmes d'information.

Recommandation n° 2 Prévoir une représentation des utilisateurs dans le comité de pilotage des systèmes d'information.

⁶ Le référentiel CoBiT (*control objectives for information and technology*) est un cadre de référence international et un ensemble d'outils jugés indispensables pour assurer la maîtrise et surtout le suivi (audit) de la gouvernance du SI dans la durée (*source : Association française de l'audit et du conseil informatique*).

⁷ Le projet a pour vocation d'accompagner la dispensation à dotation nominative des médicaments assurée par la pharmacie du centre hospitalier de Saint-Brieuc par des outils robotisés. Ces outils ont pour vocation à procéder au conditionnement adapté d'une partie des spécialités et à préparer automatiquement à partir des prescriptions numériques les dispensations de médicament pour chaque patient.

2 LA SITUATION FINANCIERE

2.1 La fiabilité des comptes et l'exécution budgétaire

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du CHSB compte quatre budgets (principal H, EHPAD, IFSI et GHT depuis 2017) :

Tableau n° 4 : Structure budgétaire du CHSB

Budget	Opérations	Part des produits de fonctionnement				
		2013	2014	2015	2016	2017
Budget H	P°	217 607 811	225 108 232	228 201 824	237 732 300	243 466 334
	en %	90,3%	90,8%	90,5%	90,9%	90,5%
Budget E0 "EHPAD"	P°	20 770 698	21 152 780	21 305 182	21 330 075	21 669 237
	en %	8,6%	8,5%	8,5%	8,2%	8,1%
Budget C0 "IFSI"	P°	2 569 643	1 735 277	2 589 081	2 523 318	2 622 547
	en %	1,1%	0,7%	1,0%	1,0%	1,0%
Budget G0 "GHT"	P°					1 130 656
	en %					0,4%
Total des P° de fonctionnement		240 948 152	247 996 289	252 096 087	261 585 694	268 888 774

Source : comptes de gestion 2013 à 2017

Les comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes depuis 2014.

2.2 La gouvernance financière

2.2.1 La préparation budgétaire

La construction budgétaire du CHSB était traditionnellement prudente avec des taux de réalisation des capacités d'autofinancement (CAF) très supérieures à 100 % jusqu'en 2015. L'année 2016 marque une rupture avec un taux de réalisation de la CAF inférieur aux prévisions de l'EPRD.

Tableau n° 5 : Taux de réalisation de la CAF

CAF	2013	2014	2015	2016	2017
EPRD	10 455 737	9 215 330	10 132 568	8 590 313	9 203 683
Prévisions finales	10 827 849	8 632 724	9 000 841	5 877 184	5 859 565
Réalisations	16 575 431	12 814 511	12 945 909	7 919 520	6 780 351
% réalisation / EPRD	159%	139%	128%	92%	74%
% réalisation ap. DM	153%	148%	144%	135%	116%

Source : tableau de passage des résultats à la CAF – Comptes financiers 2017 à 2017

Les hypothèses de construction de l'EPRD 2017 reposaient sur une prévision d'activité en augmentation, dans le prolongement des évolutions constatées entre 2015 et 2016. Ainsi, le nombre de naissances était prévu stable et la chirurgie en croissance de 3,32 %. Ces chiffres faisaient en partie abstraction de l'ouverture du CH privé de Saint-Brieuc et survalorisaient un pic d'activité intervenu en février-mars 2016. Les produits de la tarification des séjours ont ainsi été surévalués et les réalisations ont été inférieures aux objectifs de l'EPRD (réalisations 2016 : 127,3 M€ ; EPRD 2017 : 128,7 M€, réalisations 2017 : 127,3 M€).

De même, la prévision de la masse salariale telle que décrite dans le rapport de présentation augmentait de 1,50 % par rapport aux anticipations de réalisations 2016, chiffre conforme aux orientations fixées par l'ARS, et de 1 % par rapport au budget 2016 intégrant les décisions modificatives, soit une augmentation de 1,5 M€. Le rapport de présentation de l'EPRD liste pourtant des besoins supplémentaires estimés à 2,3 M€. Le budget arrêté à 147,9 M€ apparaissait sous-évalué. Les réalisations de la masse salariale en 2017 à hauteur de 151,3 M€ ont d'ailleurs démenti ces prévisions.

De même, les prévisions initiales de charges de fonctionnement sont très sous-évaluées pour l'IFSI, et dans une certaine mesure, pour l'EHPAD, afin de permettre un équilibre de ces budgets financés en partie par subventions ou enveloppes budgétaires.

L'insincérité de l'EPRD sous la pression des financeurs conduit à d'importantes décisions modificatives qui sont elles-mêmes dépassées. Ce mode de gouvernance budgétaire n'apparaît pas responsabilisant et contrevient aux principes budgétaires d'autorisation et de sincérité.

2.2.2 La gestion de la trésorerie

Le CHSB ne dispose pas de plan de trésorerie mais d'un simple suivi des flux. Compte tenu des tensions financières prévues par le plan global de financement pluriannuel (PGFP), la chambre recommande la construction d'un tel outil.

Recommandation n° 3 Bâtir un plan de trésorerie.
--

2.3 L'analyse financière

2.3.1 Les produits de l'activité

Les produits d'exploitation s'élèvent en 2017 à 247,5 M€, en croissance moyenne annuelle de 2,6 % entre 2013 et 2017. Le budget principal H représente 90,5 % de ces produits. Cette croissance de 24,2 M€ des recettes, en apparence importante, n'est pas liée à la croissance des produits de la tarification des séjours mais pour moitié à des « médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables pris en charge en sus » (+ 4,7 M€) et les rétrocessions de médicaments du budget H (+ 6,7 M€). Sur ces recettes la marge brute est faible voire nulle.

Les produits de la tarification des séjours passent de 128 à 127,3 M€ entre 2013 et 2017 notamment en raison de la baisse des produits par séjour liée au virage ambulatoire pris par l'établissement, qui se traduit par des séjours plus courts et moins valorisés, mais aussi par les baisses en moyenne de 1 % de la valeur des tarifs décidées par l'ONDAM. Enfin, en 2017, l'établissement a vu son activité diminuer.

Les produits de l'activité hospitalière reportés en annexe n° 1, outre les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, ont augmenté grâce aux consultations externes (+ 3,4 M€ sur la période) et aux missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC : +3,6 M€).

Le nombre de médecins est passé de 219 à 250 entre 2013 et 2017, ce qui représente une croissance moyenne annuelle de 3,5 %. Malgré cette augmentation des capacités de l'établissement, les produits de l'activité hospitalière n'ont augmenté que de 1,6 %. En effet, les produits par médecin et le nombre d'actes traités par médecin ont diminué. La croissance des recettes de l'activité enregistrée sur la période masque une diminution sensible de la productivité.

2.3.2 Les charges d'exploitation

Les charges d'exploitation sont passées de 210,4 M€ à 245,1 M€ entre 2013 et 2017, soit une croissance moyenne annuelle de 3,9 %. Les consommations intermédiaires (77,8 M€ en 2017) ont augmenté de 5,4 %, soit 14,9 M€ dont 11,9 M€ pour les seuls « achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique » et 1,1 pour les « fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique » (cf. tableau n° 38 en annexe n° 1).

La masse salariale a augmenté de 19,6 M€ entre 2013 et 2017, soit 3,2 % en moyenne annuelle. La masse salariale des personnels non médicaux a augmenté de 2,2 % en moyenne annuelle (+7 M€ entre 2013 et 2017) tandis que la masse salariale du personnel médical a augmenté de 5,4 % par an (+4,7 M€) entre 2013 et 2017, notamment en raison des recrutements de médecins intervenus sur la période.

2.3.3 Un autofinancement en diminution sensible

L'augmentation des recettes pour moitié liée à des refacturations de dispositifs médicaux et de médicaments n'a permis d'augmenter la valeur ajoutée de l'établissement que de 1,2 % en moyenne annuelle. La croissance de la masse salariale de 3,2 %, supérieure à celle de l'activité et de la valeur ajoutée, a entraîné une dégradation très importante de la marge brute d'exploitation, qui passe de 18,8 M€ à 7,4 M€ entre 2013 et 2017. Le taux de marge brute rapporté aux produits d'exploitation est de 3 %, alors qu'il était de 8,3 % en 2013. Ce taux, devenu faible, se rapproche des deux premiers déciles de la catégorie (3,3 % en 2016).

Tableau n° 6 : La marge brute du budget principal H

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits d'exploitation du budget H	200 438 162	207 156 366	211 140 481	216 996 428	224 033 990	2,8%
Consommations intermédiaires	62 949 880	66 989 269	68 641 190	74 041 097	77 821 113	5,4%
= Valeur ajoutée	155 971 657	157 536 921	160 459 537	160 569 299	163 661 212	1,2%
+ Autres subventions	1 562 074	1 530 089	1 172 611	1 273 512	1 179 937	-6,8%
- Charges totales de personnel*	147 168 860	153 207 277	155 944 986	161 651 008	166 802 832	3,2%
+ Remboursement de frais entre budgets	5 160 085	5 129 482	5 202 227	5 264 876	5 423 394	1,3%
= Résultat économique brut	15 524 956	10 989 214	10 889 389	5 456 679	3 461 711	-31,3%
Résultat éco. brut budget H	13 644 784	10 435 752	9 635 462	4 232 707	2 942 054	-31,9%
+ Autres produits de gestion	3 216 318	3 416 093	3 917 359	4 186 252	4 462 857	8,5%
- Autres charges de gestion	266 652	332 518	403 565	377 191	492 987	16,6%
= Marge brute d'exploitation	18 474 622	14 072 789	14 403 183	9 265 740	7 431 581	-20,4%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

Le coût de la dette de l'établissement a fortement diminué en raison de son désendettement et dans une moindre mesure du niveau des taux d'intérêts. L'encours de dette de l'hôpital est ainsi passé de 42,2 M€ à 26,6 M€ sur la période de contrôle. Aussi, les intérêts acquittés ont diminué pour passer de 1,7 à 0,9 M€ entre 2013 et 2017.

Malgré la diminution de la marge brute et de la capacité d'autofinancement qui passe de 16,6 M€ à 6,8 M€ entre 2013 et 2017, l'établissement conserve une bonne capacité de désendettement inférieure à 4 ans, tandis que la durée apparente de désendettement est de 7 années. Sa capacité d'autofinancement nette demeure positive mais est passée de 10,5 à 3,1 M€ entre 2013 et 2017.

Toutefois, la diminution de la capacité d'autofinancement réduit fortement la capacité de l'établissement à s'endetter alors que d'importants projets immobiliers sont programmés.

Tableau n° 7 : CAF brute

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
+ Emprunts et dettes financières	42 178 570	36 481 737	31 454 126	27 856 326	26 565 117	-10,9%
- Frais financiers nets réels	1 680 161	1 450 659	1 324 579	1 213 835	886 140	-14,8%
Taux d'intérêt apparent	3,98%	3,98%	4,21%	4,36%	3,34%	-4,3%
= Capacité d'autofinancement brute	16 575 431	12 814 511	12 945 909	7 919 520	6 798 554	-20,0%
Capacité de remboursement	2,54	2,85	2,43	3,52	3,91	11,3%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

Tableau n° 8 : CAF nette

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Capacité d'autofinancement brute	16 575 431	12 814 511	12 945 909	7 919 520	6 798 554	-20,0%
Emprunts et dettes assimilées	6 068 264	5 753 391	5 076 088	3 641 705	3 673 114	-11,8%
Capacité d'autofinancement nette	10 507 167	7 061 120	7 869 821	4 277 815	3 125 440	-26,1%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

L'hôpital détient trois emprunts structurés pour 5,3 M€ aux risques limités, soit moins de 20 % de la dette totale. Un de ces emprunts varie en fonction des écarts entre l'inflation nationale et celle de la zone euro. Une renégociation portant sur l'emprunt le plus risqué, indexé sur le Libor USD 12 mois, s'est traduit par le versement d'une indemnité de 338 000 € recapitalisée dans l'encours de la dette. Le choix fait par l'établissement de recourir à des financements indexés sur des indices sans liens avec son activité s'est traduit par des coûts et des risques significatifs.

Le compte de résultat est devenu déficitaire en 2017 à hauteur de 3,8 M€. L'année 2016 n'a été excédentaire que grâce à la reprise de provisions à un niveau élevé (2,6 M€) permettant ainsi de dégager un résultat de 0,5 M€.

Tableau n° 9 : Résultat net comptable

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Capacité d'autofinancement brute (a)	16 575 431	12 814 511	12 945 909	7 919 520	6 798 554	-20,0%
Quote-part des subventions d'inv. transférés	68 177	72 784	153 167	127 021	159 169	23,6%
- Dotations nettes aux amortissements	10 497 709	10 541 725	10 606 676	10 020 135	9 880 476	-1,5%
- Dotations nettes aux provisions	381 292	1 456 355	505 523	-2 592 955	832 246	21,5%
= Sous-total des opérations d'ordre (b)	-10 810 824	-11 925 296	-10 959 032	-7 300 159	-10 553 553	-0,6%
Produits de cessions des éléments d'actifs	4 974	17 734	12 691	42 421	5 401	2,1%
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	8 453	55 265	36 333	136 175	39 586	47,1%
= +/- values de cessions (c)	-3 479	-37 531	-23 642	-93 754	-34 185	77,1%
Résultat net comptable (a+b+c)	5 761 127	851 683	1 963 235	525 607	-3 789 184	N.C.

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

2.4 Les résultats analytiques

2.4.1 L'activité MCO

L'établissement produit une comptabilité analytique qui permet de décrire les évolutions constatées sur ses différents secteurs d'activité. Ainsi, la diminution de l'activité obstétrique se traduit par une diminution de 1,6 M€ du résultat du pôle Femme/enfant qui devient déficitaire à hauteur de 4 M€.

L'activité oncologique, en forte hausse au regard du nombre de chimiothérapie ou même en parts de marché en cancérologie (41,7 % en 2013, 43,7 % en 2017), a justifié une forte augmentation de la masse salariale médicale (+0,9 M€ soit 7,9 % par an en moyenne) et de pharmacie (+2,6 M€) alors que les produits n'ont augmenté que de 1,2 M€. Ce pôle contribue aux résultats de l'hôpital mais cette contribution diminue de 2,5 M€.

L'activité en croissance des urgences ne s'est pas traduite par une augmentation des résultats malgré la maîtrise de la masse salariale médicale restée stable. Les urgences ont perdu 0,3 M€ de résultats en coûts complets dont 0,13 liés aux charges médico techniques.

Les consultations externes ont permis d'augmenter les recettes de 4,9 M€ alors que la masse salariale n'a augmenté que de 1,1 M€, permettant de réduire le déficit de cette activité de 1,9 M€ lequel est en 2016 de 4,6 M€.

2.4.2 Les EHPAD

La marge brute des EHPAD est passée de 1,6 à 0,6 M€ entre 2013 et 2017, soit de 7,8 à 2,7 % du chiffre d'affaires. L'érosion de la marge brute est liée à la croissance de la masse salariale, en moyenne de 3 % sur la période, alors que les produits n'étaient en augmentation que de 0,6 %.

Ce budget est de 21 M€ en 2016 pour 472 places, soit 44 491 € la place, alors que la moyenne nationale est de 41 405 €.

L'absentéisme sur ce budget est passé de 14 805 jours à 20 000 entre 2015 et 2017 selon les tableaux de bord fournis, malgré une pyramide des âges favorable avec une moyenne d'âge de 37 ans en 2017.

En outre, le taux d'occupation de l'EHPAD est faible et en diminution, passant de 96,2 % à 95,54 % entre 2014 et 2017, alors que la moyenne des établissements comparables est de 97 % et la médiane de 98 % pour les EHPAD rattachés à un hôpital.

2.4.3 La situation patrimoniale

2.4.3.1 Des retards d'investissements

L'hôpital a investi pour 46,8 M€ entre 2013 et 2017. Le financement de ces investissements a reposé sur l'autofinancement pour 32,8 M€, des subventions reçues pour 3,6 M€, et une diminution du fonds de roulement pour 11,1 M€. L'établissement a mobilisé 2,3 M€ d'emprunts nouveaux en 2017. Le financement des investissements a donc été sain et pérenne avec des financements propres importants.

Le projet d'établissement 2013-2017 prévoyait des investissements à hauteur de 99,7 M€ dont 44,6 M€ pour la construction retardée de la 5^{ème} aile, dont la première pierre sera posée fin 2018.

L'actif immobilisé brut est de 223,3 M€ ce qui, avec un investissement moyen de 9,35 M€ par an, correspond à un taux de renouvellement sur 24 ans ce qui correspond à un renouvellement insuffisant du patrimoine sur la période. Dans un contexte de concurrence accrue avec l'hôpital privé, l'établissement qui a pu se désendetter en reportant ses investissements, sera amené à moderniser à son tour ses installations.

2.4.3.2 Le bilan financier

Le désendettement de 15,8 M€ s'est traduit par une diminution du fonds de roulement qui passe sur la période 2013-2017 de 45,6 M€ à 37 M€.

Le besoin en fonds de roulement de gestion (BFR), malgré une augmentation de l'activité de 2,6 %, baisse en moyenne annuelle de 1,7 % entre 2013 et 2017, passant de 27,9 à 26,1 M€. Cette diminution du BFR s'explique par l'augmentation des dettes fournisseurs qui passent de 6,7 M€ le 31 décembre 2013 à 11,8 M€ le 31 décembre 2017. Le délai apparent de paiement passe ainsi de 56 à 76 jours d'exploitation.

D'après les documents remis par le comptable, le délai de paiement global est passé de 18,6 jours en moyenne en 2015 à 29,6 jours en 2017 (avec un pic à 40,8 jours en octobre 2017). En regard, les stocks au 31 décembre sont passés de 3,5 à 5,4 M€ soit un stock de 34,5 jours au 31 décembre 2017 ce qui, compte tenu des délais d'approvisionnement de quelques jours, apparaît élevé et pourrait être réduit.

Le délai de paiement des redevables est passé de 51 à 48 jours, permettant de limiter la croissance du BFR. En 2016, les créances sur la caisse pivot sont 7,7 M€ et les mutuelles de 2,4 M€. Les délais d'encaissement sont donc respectivement de 16 et 70 jours.

Si l'encaissement des recettes de l'assurance maladie est satisfaisant, le délai d'encaissement des mutuelles semble perfectible. Le besoin en fonds de roulement reste élevé et peut être encore diminué.

La diminution du fonds de roulement s'est traduite par une diminution de la trésorerie qui passe de 19,2 à 9,3 M€ du 31 décembre 2013 au 31 décembre 2017. Elle représente 14 jours de charges courantes au 31 décembre 2017 contre 33 jours en 2013.

2.4.3.3 Les perspectives pluriannuelles

L'établissement ambitionne de réaliser entre 2018 et 2022 pour 91,7 M€ d'investissements, dont 41,6 pour l'extension et la restructuration des bâtiments, 10,6 pour la modernisation des espaces de flux, 12,7 pour les équipements médicaux. Le plan de financement anticipé est assuré par :

- 37 M€ d'autofinancement net ;
- 40,4 M€ d'emprunts nouveaux ;
- 4 M€ de subventions ;
- 10,2 M€ de diminution du fonds de roulement (la trésorerie devenant négative dès 2020).

Selon le plan de financement estimé, la capacité d'autofinancement augmenterait pour atteindre 12,5 M€ en 2022 tandis que les remboursements d'emprunts seraient stables à hauteur de 4,3 M€ à partir de 2020. Les hypothèses de CAF reposent sur une croissance moyenne annuelle des recettes de 0,97 % et des dépenses de 0,74 % et 0,7 % pour la seule masse salariale. La croissance des recettes supérieure à celle des dépenses constituerait donc une inversion de tendance.

Si le plan de financement affiché par l'établissement paraît équilibré, la trésorerie déficitaire en fin de période masque un endettement à long terme sous-estimé. Les hypothèses retenues par l'établissement reposent sur une progression des produits de l'assurance maladie de 0,83 % par an en moyenne. L'évolution des dépenses repose sur une diminution de la masse salariale de 0,18 % par an et des dépenses à caractère médical et hôtelier de 0,13 % et 0,05 %. La diminution des effectifs est envisagée au regard du développement de l'ambulatoire et de la baisse du nombre de journées d'hospitalisation. Pourtant, la diminution déjà intervenue du nombre de journées d'hospitalisation ne s'est pas encore traduite par une diminution des effectifs tandis que l'évolution de charges inférieure à l'inflation constituerait une rupture par rapport aux exercices précédents.

Le plan de financement apparaît particulièrement ambitieux et repose sur une inversion des tendances constatées par le passé. Le maintien d'une marge brute d'exploitation réalisée en 2017 à hauteur de 7,4 M€ serait de nature à provoquer d'importantes tensions financières avec un niveau d'endettement qui compromettrait de nouvelles capacités d'investissement.

3 LA GESTION INTERNE

3.1 Les effectifs de l'hôpital

3.1.1 Des effectifs en croissance

Les effectifs des personnels médicaux (PM) et non médicaux (PNM) augmentent de moins de 1 % entre 2013 et 2017, mais de 4,1 % pour le nombre de médecins. La masse salariale des PNM passe de 118,3 M€ en 2013 à 128,5 M€ en 2016, soit une augmentation moyenne de 1,6 % par an.

Tableau n° 10 : Evolution des effectifs médicaux et non médicaux (ETPR) au 31 décembre de chaque année

ETPR	2013	2014	2015	2016	2017	% moyen
PNM	2 686	2 733	2 737	2 751	2 755	0,6%
PM	221	223	240	240	260	4,1%
Total	2 907	2 956	2 977	2 991	3 015	0,9%

Source : bilans sociaux 2013 – 2014 – 2015 – 2016 - 2017

La durée moyenne de l'absentéisme augmente de 2,7 % en moyenne pour le personnel non médical tandis que le taux d'absentéisme du personnel non médical du budget principal diminue en 2017 pour s'établir à 8,06 %. L'établissement dispose de plans d'action en matière de lutte contre l'absentéisme.

Tableau n° 11 : Durée moyenne de l'absentéisme au CHSB

Nbre moyen de jours d'absence	2013	2014	2015	2016	% moyen
PNM	31,45	32,76	32,90	34,07	2,7%
PM	6,33	9,69	11,38	13,84	29,8%

Source : bilans sociaux 2013 à 2016

Tableau n° 12 : Taux d'absentéisme des PNM du budget H de 2013 à 2017

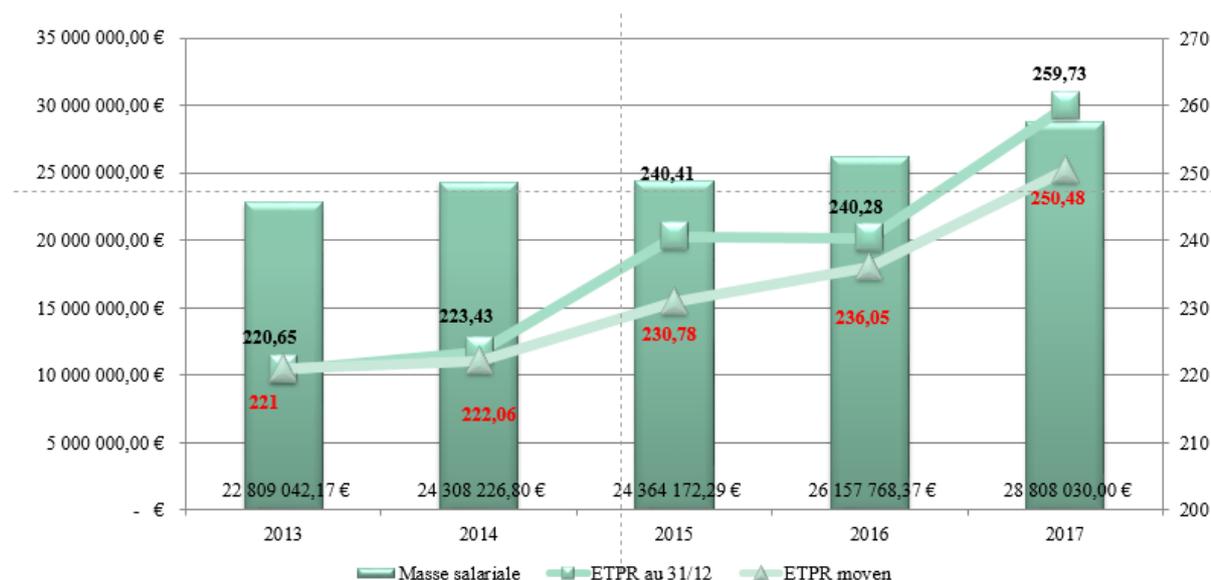
Année	2013	2014	2015	2016	2017
Taux d'absentéisme	8.58 %	8.49 %	8.72 %	8.85 %	8.06 %

Source : CHSB

3.1.2 L'évolution des coûts des personnels médicaux

3.1.2.1 Evolution du nombre de médecins

Graphique n° 2 : Evolution de la masse salariale et des effectifs rémunérés



Source : CHSB

Le nombre de personnels médicaux est passé de 221 à 260 avec un âge moyen stable sur la période proche de 46 ans, ce qui est comparable à l'âge moyen national en 2016.

Toutefois, cette augmentation des effectifs masque une importante rotation du personnel médical. Le bilan social 2013 indiquait un turn-over du personnel médical de 7,52 % en 2011, de 11,43 % en 2013 et de 13,54 % en 2016. Ainsi, le rythme de renouvellement des effectifs médicaux est important, avec 41 entrées et 26 départs en 2017 selon le bilan social de la direction des affaires médicales.

Tableau n° 13 : Taux de turnover des PM et PNM

	2014	2015	2016	2017
Personnel médical	8,52%	11,59%	13,54 %	11,32%
Personnel non médical	2,99%	2,55%	3,05%	4,34%

Source : CHSB

La chambre a pu dénombrer une vingtaine de médecins partis exercer dans des structures privées concurrentes dont une dizaine de chirurgiens spécialistes. L'hôpital a ainsi perdu un cardiologue, des ophtalmologues, des gynécologues. Ces départs représentent une perte de patientèle et de recettes pour l'établissement.

3.1.2.2 Masse salariale du personnel médical

La masse salariale du personnel médical augmente de près de 4,7 % par an en moyenne entre 2013 et 2016 et s'élève à 26,1 M€ en 2016. Cette évolution s'explique par une croissance de 2,8 % des effectifs et de 1,8 % des rémunérations.

Tableau n° 14 : Masse salariale et heures supplémentaires des médecins

Personnel médical	2013	2014	2015	2016	% moyen
Masse salariale	22 809 042	24 308 227	24 364 172	26 157 768	4,7%
Nbre d'HS (en 1/2 journée) rémunérées	2 497	3 807	2 966	5 181	27,5%
Rémunération heures supplémentaires	461 400	604 486	465 195	791 292	19,7%
Ratio rémunération HS / Nbre d'HS	184,78	158,78	156,84	152,73	-6,2%
Intérim médical	NC	13 544	72 287	224 348	

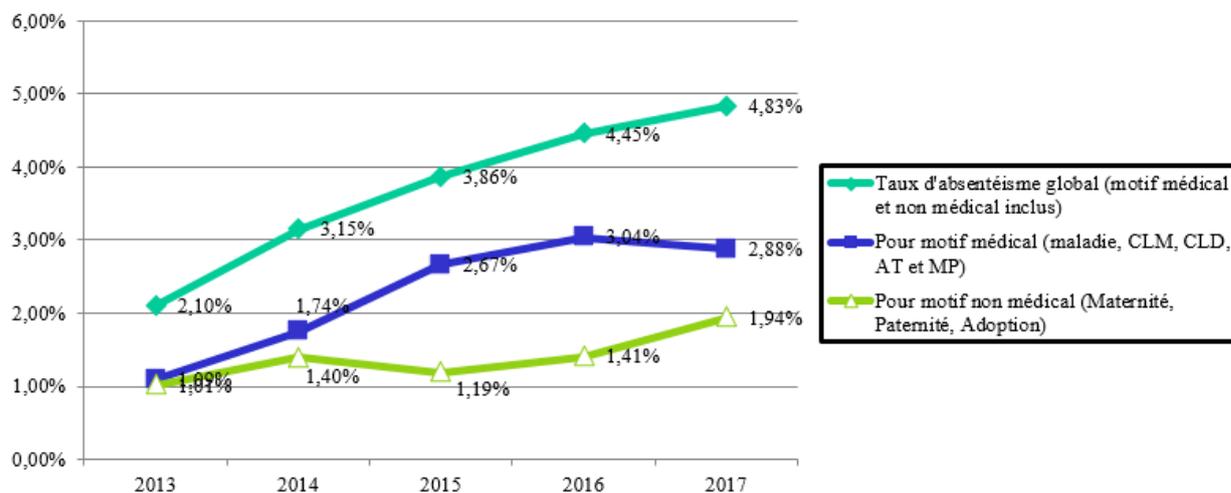
Source : Bilans sociaux 2013 à 2016 + calcul CRC (ratios)

Le recours au personnel intérimaire médical connaît une croissance significative depuis 2014, s'expliquant, selon l'hôpital, par « la difficulté à recruter des praticiens dans certaines spécialités comme la chirurgie orthopédique, l'imagerie médicale et la gériatrie »⁸ mais aussi l'anesthésie. Inexistant en 2013, il passe de 13 500 € en 2014 à 224 300 € en 2016 et 347 000 € en 2017.

3.1.2.3 L'absentéisme médical

En 2017, le CHSB a compté 4 413 jours d'absentéisme du personnel médical ce qui représente environ 21 postes équivalents temps plein (ETP). L'absentéisme est en augmentation régulière et concerne principalement les absences pour motif médical. En 2017, 1 776 jours étaient motivés pour des raisons non médicales (1 218 jours en 2016) et 2 637 jours pour motifs médicaux (2 617 en 2016).

⁸ Source : bilan social 2016 – p14/40.

Graphique n° 3 : Evolution de l'absentéisme du personnel médical

Source : CHSB - DAM – bilan social ppt de présentation

Malgré le rajeunissement relatif des effectifs, l'absentéisme des médecins est passé de 2,1 % en 2013 (3,36 % en 2012) à 4,83 % en 2017 sans que le taux d'absentéisme lié à la maternité, paternité ou adoption n'ait sensiblement évolué (1,01 en 2013, 2,09 en 2012 et 1,94 % en 2017).

Cet absentéisme en augmentation de 2,73 points représente 6,8 postes ETP, lesquels représentent un coût moyen de 107 000 € et un chiffre d'affaires moyen de 0,774 M€ chacun. La croissance de l'absentéisme du personnel médical représente donc 5,3 M€ de pertes de marge brute en 2017 par rapport à l'absentéisme 2013.

3.1.3 L'impact du GHT

Au 1^{er} janvier 2018, plus de 75 praticiens du CH de Saint-Brieuc exercent dans d'autres établissements pour un équivalent de 13 ETP. En contrepartie, 17 médecins représentant 7,5 ETP sont mis à disposition de l'établissement par les autres hôpitaux du GHT. Ces mises à disposition s'accompagnent de versements de primes mensuelles pouvant atteindre 1 000 € brut et génèrent des pertes d'activité pour les autres établissements.

La diminution du nombre de séjours par médecin observée depuis 2013 trouve en partie son origine dans un absentéisme croissant du personnel médical mais aussi dans la mise à disposition de praticiens sur les sites de Guingamp, Lannion et Paimpol.

Dans sa réponse, l'hôpital rappelle qu'il s'inscrit dans une logique territoriale de recrutements de praticiens dans le but de les mettre à disposition des autres établissements membres du GHT. Cette situation serait la conséquence des difficultés de recrutement rencontrés par des petits hôpitaux faiblement attractifs en raison des conditions d'organisation de la permanence des soins : plateau technique incomplet, petites équipes médicales qui augmentent la charge que représente la permanence des soins la nuit et les week-ends.

3.2 L'information médicale

Le rapport du commissaire aux comptes 2016 évoque une sanction de 320 000 € découlant du contrôle externe mené par l'assurance maladie sur l'activité hospitalière en 2013 (provisionnée pour 576 K€). 396 000 € ont été à nouveau provisionnés en 2017.

En novembre 2014, 860 dossiers ont été contrôlés, dont 560 concernant l'ambulatoire (hospitalisation de jour). Selon ce rapport, 37 % de ces derniers n'étaient pas conformes et ont été considérés comme relevant de venues externes. Un audit de qualité du codage a été réalisé sur les séjours de trois services (endocrinologie, néphrologie, néonatalogie) sur les sept premiers mois de 2016 par la société Medical Interface, amenant à renforcer l'idée de centraliser davantage le codage des diagnostics.

Le codage est automatisé pour les séances de dialyse et l'hôpital de jour (HDJ) obstétrique. Il est décentralisé dans les services ayant une vocation à accueillir des activités HDJ. Le codage est déconcentré en rhumatologie, dermatologie, réanimation-surveillance continue adultes, hémato-oncologie. Il est centralisé pour le reste. L'établissement privilégie donc la centralisation du codage. Ce choix peut présenter une garantie de qualité mais comporte aussi le risque de pertes d'informations au regard de la taille de l'établissement et requiert des moyens pour garantir un bon niveau de qualité.

Les effectifs du département d'information médicale sont passés de 9,17 ETP en 2013 à 10,85 en 2017 malgré un volume d'activité croissant. Le rapport financier 2016 fait état de retards persistants dans le codage.

Alors que la patientèle de l'établissement se caractérise par une moyenne d'âge et une part des patients âgés de plus de 80 ans plus élevée que la moyenne nationale, l'hôpital dispose d'un taux de sévérité 3 et 4 des séjours, plus rémunérateurs, de 13,91 % ce qui le place légèrement au-dessus du 2^{ème} décile (11 %) de sa catégorie, ce qui semble toutefois sous-évalué au regard des caractéristiques du territoire et de la patientèle.

Par ailleurs, des problèmes d'interfaçages entre le logiciel métier PMSI et les logiciels métiers des autres services hors Cardioreport sont constatés par la direction de l'information médicale (DIM) alors que la cartographie des applications semble indiquer que ces interfaces sont possibles, ce qui est confirmé par l'hôpital dans sa réponse.

La chambre invite l'établissement à auditer le fonctionnement de ce département et recommande une amélioration de l'interfaçage des logiciels médicaux avec les logiciels utilisés par la direction de l'information médicale afin de lui permettre un accès facilité aux informations.

<p>Recommandation n° 4 Permettre l'interfaçage accessible pour le DIM entre le logiciel PMSI et l'ensemble des logiciels médicaux.</p>

3.3 L'organisation de l'achat public

3.3.1 L'organisation dans le cadre du GHT

Les articles L. 6132-3 et R. 6132-16 du CSP prévoient que « l'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics. L'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance ». Le GHT concerne tous les types de procédures, formalisées ou non, les contrats, les achats en fonctionnement et en investissement.

Cette nouvelle structuration de la fonction « achats » implique que l'établissement support soit compétent en matière :

- D'identification et d'analyse du besoin (opportunité...);
- D'élaboration de la politique et de la stratégie d'achats ;
- De passation et d'exécution de marchés.

Les établissements membres du GHT conservent des compétences, en lien avec l'établissement support, en matière d'identification et d'opportunité du besoin et en matière d'exécution des marchés.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'hôpital de Saint-Brieuc assure en tant qu'établissement support la fonction achat pour le compte du GHT n° 7, composé des établissements de Lannion, Guingamp, Paimpol, Tréguier et du Penthièvre et du Poudouvre (issu de la fusion de sept sites dont les hôpitaux de Lamballe et Quintin).

Afin d'unifier les procédures, une convergence de l'ensemble des marchés est prévue pour décembre 2020. Un nouvel organigramme fonctionnel est organisé autour de trois cellules (qualité et méthode, marchés et contrôle de gestion), de huit filières (restauration, biomédical, médicaments, travaux, hôtellerie-logistique, moyens généraux, informatique et services techniques) et de référents « achat » pour chaque établissement du GHT. La gouvernance s'appuie sur un comité stratégique du GHT (COSTRA) et un comité de coordination des achats. Les responsables de chaque filière ont pour interlocuteurs les référents achats dans les établissements membres du GHT.

Au niveau de l'établissement support, une cellule des marchés et un contrôle de gestion « achats » existent avec notamment pour objectif de contrôler la performance des marchés, la mise en place de contrôles internes en matière de dépenses, la constitution de tableaux de bord.

Le guide des bonnes pratiques de l'achat élaboré en 2014 ne prend en compte ni les réformes liées à la commande publique intervenues depuis lors, ni la mise en œuvre de la mutualisation de l'achat au sein du GHT. L'élaboration d'un nouveau guide en y intégrant les nouveaux axes stratégiques définis par les membres du GHT apparaît donc nécessaire.

Par ailleurs, un des objectifs qui doit être mis en œuvre au niveau du GHT dans le cadre de la fonction « achat » est de procéder à l'harmonisation des différents logiciels de gestion des achats et de comptabilité existants dans les différents établissements membres du GHT.

Enfin, l'établissement n'a pas élaboré de plan d'action des achats du GHT pour le compte des établissements parties au groupement prévu par l'article R. 6132-16 II du code de la santé publique. La chambre invite l'établissement à rédiger un tel plan d'action.

3.3.2 Le circuit de l'achat

L'hôpital compte trois services acheteurs : la direction des achats et de la logistique, la direction des travaux et la pharmacie. Les procédures au niveau des directions des achats et de la logistique et de celle des travaux n'appellent pas d'observations particulières, l'examen de leur application n'ayant pas fait apparaître d'anomalie significative.

3.3.3 L'examen des dossiers de marchés publics

L'examen d'un échantillon de marchés significatifs, tels que celui du concours de maîtrise d'œuvre lié au futur agrandissement de l'hôpital (2,7 M€ HT), le marché du système d'information patient communautaire (25 M€ HT), un marché de médicaments (2,6 M€), deux marchés de transport ainsi que deux autres marchés moins significatifs, n'appellent pas d'observations particulières.

Les consommations de services externes ont augmenté entre 2013 et 2017 de 2 M€ dont 1,5 pour les postes de transports d'usagers et de laboratoires ce qui a amené à leur examen.

3.3.3.1 Les commandes d'examens de laboratoire

Les prestations sont effectuées par près de 60 laboratoires différents, souvent sans mise en concurrence. A titre d'exemple, l'hôpital a commandé pour plus de 0,6 M€ de prestations auprès du laboratoire Armor Pathologie de Plérin, alors que seules des conventions anciennes sont signées avec les laboratoires Armor Pathologie (ainsi qu'avec Atalante Pathologie situé à Rennes et avec les CHU).

L'absence de mise en concurrence de laboratoires situés dans le champ concurrentiel contrevient aux principes définis par le code des marchés publics que sont le libre accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats et la transparence des procédures. Ces principes permettent d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des deniers publics. En s'affranchissant des règles définies par le code des marchés publics, l'établissement s'expose en outre à des risques juridiques et judiciaires.

Lors de la commande d'un examen de laboratoire, un agent du bureau des mouvements exerce un contrôle en vérifiant si le patient est bien enregistré dans le système d'information afin d'y indiquer l'unité fonctionnelle d'imputation. En revanche, il n'y a pas, à ce jour de contrôle sur la cotation des examens, ce qui pourrait améliorer la maîtrise de la dépense.

Le développement de la sous-traitance d'activités de laboratoire ne s'est pas accompagné de procédures de contrôle interne permettant de s'assurer de la bonne analyse des besoins ce qui représente un risque de mauvaise maîtrise des coûts.

Recommandation n° 5 Lancer dans les meilleurs délais une procédure de mise en concurrence pour les examens du secteur de l'anatomopathologie.
--

3.3.3.2 Les marchés liés aux transports hélicoptérés

- Sur l'activité de transports hélicoptérés

Les hôpitaux de Brest et de Saint-Brieuc disposent d'une activité hélicoptérée pour le SAMU. Ce service public, avec des créneaux de vols entre 8 heures et 22 heures, peut intervenir pour le compte d'un autre établissement de la région. L'hélicoptère intervient principalement sur le secteur nord de la Bretagne depuis Saint-Brieuc, avec des interventions médicales ciblées et des évacuations vers les hôpitaux les plus proches (Saint-Brieuc, mais aussi Morlaix et Brest pour la partie ouest du département, ou Dinan, Saint-Malo et Rennes pour la partie est).

Il revient au régulateur du SAMU d'apprécier le recours à l'hélicoptère en fonction de plusieurs paramètres (état médical du patient, accord du pilote, moyen de transport le plus adapté...). Un forfait SMUR est versé par l'ARS afin de compenser la mise en œuvre de cette activité.

Le choix d'un nouveau prestataire en juin 2015 s'est accompagné d'une hausse significative de 42 % du forfait de la prestation comparativement à l'ancien titulaire et d'une augmentation de l'activité mesurée en nombre d'heures de vol, engendrant une augmentation du coût global de 46 % entre 2014 et 2016. Le budget annuel est désormais supérieur à 1,5 M€.

A la fin de chaque mois un état détaillant pour chaque intervention la date, l'heure de décollage, la destination, la durée du vol, l'heure de retour à la base et l'identité du patient transporté, est transmis par le prestataire à la direction des achats et de la logistique pour permettre le contrôle de la facturation.

L'examen des pièces justificatives produites à l'appui des factures n'a pas fait apparaître un contrôle autre que celui de la somme des heures déclarées par le prestataire. Le SAMU 22 n'était pas destinataire des ordres de missions rédigés par le prestataire au moment du contrôle de la chambre, ce qui ne permettait pas au service prescripteur de la dépense de s'assurer du bien-fondé de la facturation. Certains ordres de mission étaient pourtant insuffisamment explicites pour permettre à la direction des achats de contrôler seule la conformité de la commande.

Dans sa réponse, l'hôpital indique que la vérification et la validation par le SAMU 22, qui a procédé à la régulation et au déclenchement de toutes les missions facturées, a été remise en place en octobre 2018.

- L'examen du marché avec le prestataire INAER

Dans le cadre du renouvellement du marché de transports hélicoptés, l'hôpital de Saint-Brieuc a choisi de rejoindre le groupement d'achats inter-régional conduit par le CHU de Nantes regroupant plusieurs établissements de la région Pays-de-la-Loire et le CHU de Brest. Un appel d'offres a été lancé le 31 mars 2014 et a permis de retenir la société INAER. Ce marché à bons de commande de 96 mois, reconductions incluses, est non alloti géographiquement et comporte une tranche ferme (prestations de base et complémentaires) et six tranches conditionnelles. La tranche ferme est mise en œuvre par des ordres de service et les bons de commande ne valent que pour la mise en œuvre des tranches conditionnelles.

L'absence d'allotissement géographique du marché limitait la mise en concurrence et s'est traduit par la réception de seulement deux candidatures.

La part forfaitaire de ce marché est passée de 83 738 € à 97 275 € entre juin 2015 et décembre 2017, soit une augmentation de 16 %. Cette évolution est expliquée par un avenant n° 2 qui prend acte de la pleine application de la réglementation européenne de 2012 dite « Air OPS » qui impose des normes supplémentaires.

Cette évolution réglementaire pourtant connue au moment de la passation du marché, n'a pas été prévue par ce dernier, ce qui ne permettait pas de s'assurer les meilleures conditions de mise en concurrence. La révision substantielle du prix portant sur des évolutions réglementaires connues s'est effectuée dans des conditions défavorables pour l'hôpital. La négociation avec le fournisseur s'est conclue par une augmentation de 14,4 % sur la part forfaitaire, soit un niveau légèrement inférieur au seuil de 15 % défini par la jurisprudence pour qualifier un avenant qui bouleverserait l'économie du marché, ce qui aurait imposé de relancer une nouvelle consultation.

Par ailleurs, le marché ne prévoit pas de clause d'indexation des prix sinon un plafond de 1,5 %. Chaque année l'évolution est négociée par le groupement avec le prestataire, ce qui contrevient à l'article 18 du code des marchés publics alors applicable, qui impose un mode de calcul des révisions de prix qui soit extérieur aux parties.

Plus globalement, un marché à bons de commande est un marché conclu avec un ou plusieurs opérateurs économiques et exécuté au fur et à mesure de l'émission de bons de commande (article 77 du code des marchés 2006). Les bons de commande sont des documents écrits adressés aux titulaires du marché qui précisent celles des prestations, décrites dans le marché, dont l'exécution est demandée et en déterminent la quantité. Pourtant le marché ne fait pas l'objet de tels bons de commande, ce qui ne permet pas une maîtrise suffisante de la dépense et la tenue d'une comptabilité d'engagement. L'ordre de mission est toujours rétroactif et oral. L'absence de bons de commande contrevient aux principes de la comptabilité publique d'engagement de la dépense et ne facilite pas le contrôle de la liquidation de la dépense. La chambre invite l'hôpital à formaliser la commande d'une mission par un bon de commande.

La chambre constate que l'évolution de ce poste de dépenses, dont la prescription est également soumise aux demande des autres hôpitaux, est importante, que la gestion de ce marché est perfectible et que l'hôpital n'a pas l'assurance que le forfait SMUR versé par l'ARS couvre les coûts de ce service public (prestations de transports et immobilisation d'une équipe médicale).

3.4 La pharmacie

La pharmacie de l'hôpital est un service d'une soixantaine de personnes dont 20 préparateurs qui gèrent 32 M€ de dépenses en 2017 hors rétrocessions. Ce service maintient un stock représentant environ 20 jours de fonctionnement pour 80 % du stock alors que les délais contractuels d'approvisionnement doivent être inférieurs à cinq jours. Pour les 20 % de stocks les plus coûteux, les commandes, tout comme les inventaires, sont hebdomadaires.

Le logiciel PHARMA, outil métier de la pharmacie, est interfacé avec le logiciel CPAGE qui assure la gestion économique. Des problèmes d'interface existent toutefois avec des erreurs de stock régulièrement constatées. Si les commandes sont informatisées, il n'existe pas de gestion automatisée des stocks ce qui ne permet pas une gestion optimisée de nature à réduire les coûts. Cette carence est également source d'erreurs dans la tenue des stocks et notamment l'inventaire, qui reste manuel.

La gestion des rétrocessions est assurée par le logiciel de facturation, Clinicom. Les dispositifs médicaux implantables non facturés en sus ne sont tracés que sur un tableur bureautique, ce qui pose des problèmes de fiabilité voire de pérennité de l'information.

Le retard de déploiement des projets informatiques, tel que le projet d'automatisation de la dispensation à délivrance nominative (DDN - cf. supra) retarde la mise en place d'une gestion plus moderne du service. Ce projet, qui permettrait à terme une réduction des stocks dans les services de soins et une sécurisation du circuit du médicament, rencontre de nombreuses difficultés.

4 LE SERVICE DES URGENCES

L'activité des urgences est en croissance sensible sur la période, avec une augmentation du nombre de passages de 43 000 à 50 000 entre 2013 et 2017, qui s'explique en partie par la démographie défavorable de la médecine de ville. Il reste la première modalité d'admission à l'hôpital avec 56,1 % des séjours réalisés par une entrée aux urgences.

Les urgences, situées dans un bâtiment contigu au bâtiment principal du centre hospitalier, sont ouvertes 24h/24 pour quatre types de prises en charge : les urgences médico-chirurgicales adultes, les urgences chirurgicales pédiatriques, les urgences psychiatriques en lien avec la fondation Saint-Jean de Dieu et les personnes en garde à vue. Elles sont organisées autour de cinq secteurs : médecine (douleurs dans la poitrine, douleurs abdominales, difficultés respiratoires, maladies d'ordre psychiatrique...), chirurgie (traumatisme chez les adultes et les enfants nécessitant une surveillance rapprochée), circuit court de traumatologie (traumatismes mineurs chez les adultes et les enfants), secteur de déchocage (pronostic vital engagé) et unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pour observation de quelques heures. Le service assure aussi la pharmacie de garde pour les antidotes.

Ce service dispose de quatre salles de déchocage, de 21 box dont huit en médecine permettant d'accueillir simultanément les patients.

Le centre hospitalier dispose également d'urgences pédiatriques situées au pavillon de la femme et de l'enfant pour une prise en charge des différentes pathologies de l'enfant de 0 à 18 ans.

4.1 Les enjeux de la prise en charge

Les procédures selon les types de pathologies sont déclinées dans un document synthétique et descriptif intitulé « Circuit patients SAU ». Une prise en charge spécifique existe aussi pour les urgences pédiatriques.

Un tri aux urgences sert à classer les malades à l'accueil en fonction de leurs « besoins de soins ». Cet impératif est à la fois d'ordre organisationnel (faciliter l'orientation) mais aussi d'ordre médical (réduire l'intensité d'un symptôme, éviter une perte de chance liée à l'attente...). La décision d'admission doit désormais être motivée, ce qui permet de réorienter des patients vers la médecine générale de garde afin ne pas saturer les services. Ce premier filtre aurait permis ainsi d'éviter à 4 500 passages par an.

Tableau n° 15 : Produits et charges (analytiques) du pôle Urgence/SAMU/Réanimation

Pôle Urgences / SAMU / Réanimation	2013	2014	2015	2016	% moyen
Personnel médical	6 246 735	6 440 695	6 246 921	6 288 667	0,2%
<i>dont mises à disposition du CH St-Brieuc</i>	251 160	410 321	533 890	485 946	24,6%
Personnel non médical	11 108 145	11 212 798	11 434 476	11 790 242	2,0%
Médicaments	703 928	720 195	868 390	710 348	0,3%
<i>dont molécules onéreuses</i>	165 984	152 064	264 187	198 336	6,1%
S/T charges directes	19 900 874	20 127 896	20 676 212	21 091 169	2,0%
S/T charges médico-techniques	62 775	10 380	72 097	191 091	44,9%
S/T charges logistique médicale	531 510	653 691	587 067	588 898	3,5%
S/T charges logistique générale / hôtelière	5 018 474	5 085 747	4 996 337	4 489 938	-3,6%
Charges de structure	921 741	1 018 432	919 119	771 010	-5,8%
Prestations médicales internes	9 430	8 878	10 626	16 606	20,8%
Total Charges	26 444 804	26 905 025	27 261 458	27 148 712	0,9%
Total charges hors prest. méd. Internes	26 435 374	26 896 147	27 250 832	27 132 106	0,9%
S/T produits Assurance Maladie (titre 1)	24 081 020	23 248 741	26 697 590	26 225 538	2,9%
S/T produits de la tarification (titre 2)	2 817 739	2 895 561	2 171 742	2 022 412	-10,5%
S/T autres produits	985 117	992 833	0	0	-100,0%
Prestations médicales internes	23	23	23	0	-100,0%
Total produits	27 883 900	27 137 158	28 869 355	28 247 951	0,4%
Total produits hors prest. méd. internes	27 883 877	27 137 135	28 869 332	28 247 951	0,4%
Ecart ressources / charges	1 439 096	232 133	1 607 897	1 099 239	-8,6%
Marge contributive	7 388 742	6 345 190	7 533 979	6 376 793	-4,8%

Source : CREA 2013 et 2016

Sur la période, si les charges directes n'ont augmenté que de 2 % par an en moyenne, les charges médico-techniques ont en revanche fortement progressé de 130 000 € (+44,9 %). L'arrivée de patients sans connaissance de leurs antécédents peut amener l'urgentiste à demander des examens que le médecin traitant n'aurait pas demandé au regard de sa connaissance du patient.

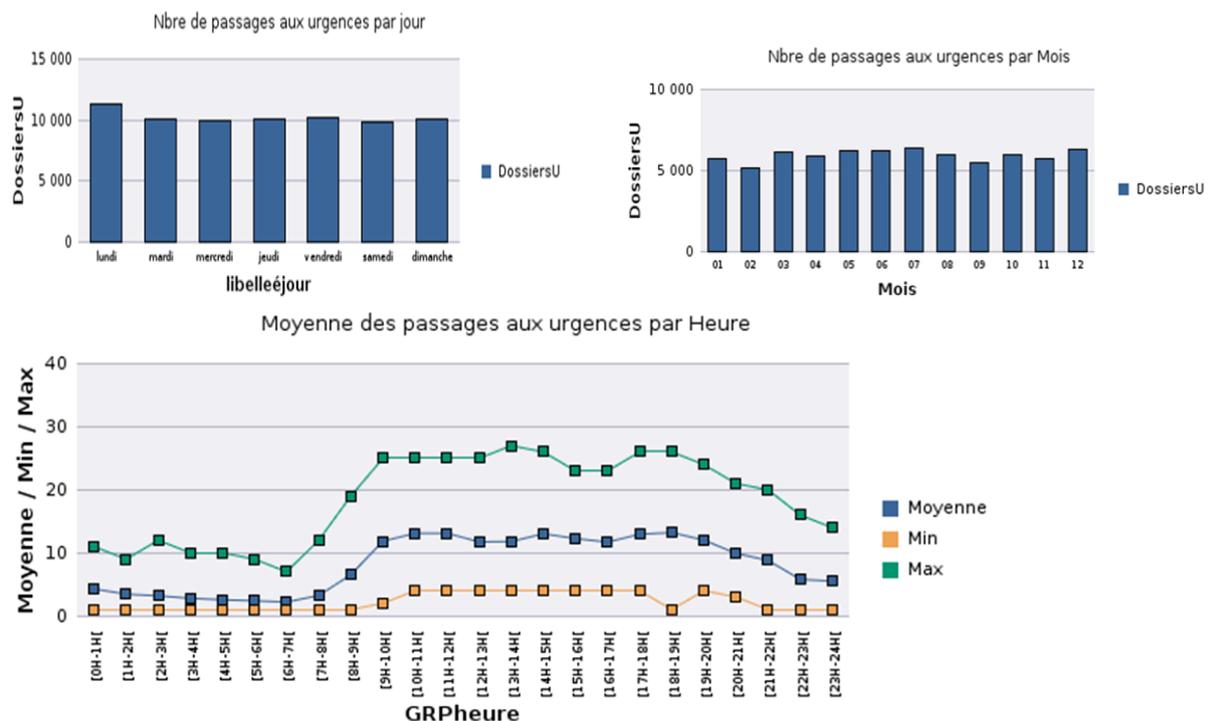
Le CHSB dispose d'une bonne connaissance de l'activité des services d'urgence grâce aux restitutions du logiciel métier mis en place en 2013. L'organisation des urgences est régulièrement adaptée aux évolutions constatées et documentées par cet outil.

Avec en moyenne 86,6 % de patients pris en charge en chirurgie en moins de trois heures et 76 % en médecine, les délais de traitement apparaissent favorables. En traumatologie, la durée d'attente se situe entre 45 minutes et 1h45 ce qui place l'hôpital public en position concurrentielle. En médecine, la durée moyenne de présence était en 2015 de 144,8 minutes et la durée médiane de 132 minutes.

4.2 L'adéquation entre affluence et équipes médicales

L'activité des urgences est saisonnière selon les périodes de l'année, de la semaine et du jour. L'activité est plus importante le lundi et en croissance à partir de 9 h pour atteindre un pic à 11 h puis augmente à nouveau à 17 h. Les prises de services sont étalées pour tenir compte de ces saisonnalités, de 8 h 30 à 13 h 30 (avec des prises de services à 8 h 30, 9 h, 10 h 30 et 13 h 30) mais aussi des fins de services à 18 h 30. Aussi, à partir de 18 h 30, le ratio patients/personnel soignant augmente sensiblement. Une adaptation de l'horaire de fin de services pourrait améliorer ce ratio et donc les délais de prise en charge. De même, avec un nombre moyen de présents supérieur au nombre de box entre 10 h et 23 h, les patients demeurent sur des brancards.

Graphique n° 4 : Les passages aux urgences (par jour / mois / moyenne par heure)



Source : CHSB

En moyenne, le délai d'attente pour être transféré dans un autre service est de 25 minutes mais 5 % des patients attendent plus de 2 heures avant de monter dans un autre service.

4.3 L'activité du SAMU-SMUR

Le nombre d'appels est en augmentation de 8 %, passant de 183 424 à 197 870 entre 2015 et 2017. Les sorties primaires sont en hausse de 2,6 % alors que les sorties secondaires⁹ connaissent une nette baisse de 22 %. L'augmentation du nombre de sorties hélicoptérées connaît une croissance de 23 %.

5 LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES

Les actes et consultations externes (ACE) entrent dans le champ de l'activité externe de l'établissement de santé qui recouvre également l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation. La circulaire du 12 février 1983 précise la spécificité des consultations externes hospitalières dont « *l'objectif est de mettre à disposition des patients en un lieu unique une variété de spécialités et d'équipements* ». Elles se distinguent des consultations internes directement réalisées par les praticiens hospitaliers dans les services, lesquelles sont intégrées dans une prise en charge plus globale du séjour.

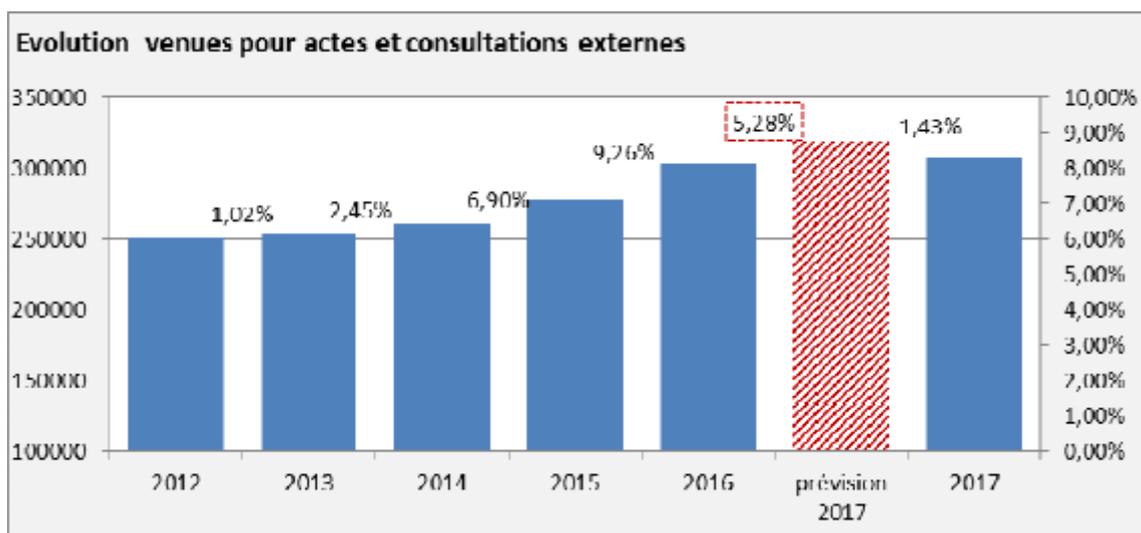
Au-delà des consultations externes, qui sont assurées par des médecins spécialistes ou généralistes, les ACE recouvrent aussi les autres actes remboursés par l'assurance maladie dont l'imagerie, les actes de biologie, les forfaits techniques d'imagerie, les actes techniques médicaux et les ACE réalisés lors des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Au niveau national, les ACE facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif représentent environ 4 Md€ en 2016 pour l'assurance maladie.

⁹ Transferts entre deux établissements.

5.1 Les enjeux pour l'hôpital de Saint-Brieuc

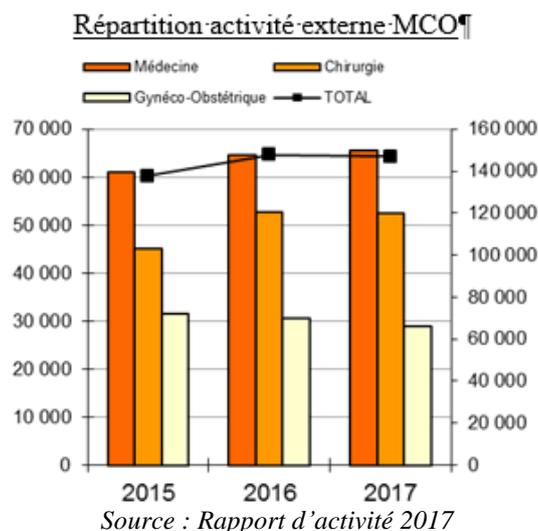
L'activité externe du centre hospitalier de Saint-Brieuc s'appuie à la fois sur un plateau technique composé de 34 spécialités, sur un centre d'imagerie médicale (radiologie, échographie, IRM et scanner), un centre de médecine nucléaire, et un laboratoire d'analyses.

Graphique n° 5 : Evolution des venues pour actes et consultations externes



Source : rapport financier 2017

Le nombre de venues pour les actes et consultations externes progresse entre 2013 et 2017 de 33,74 %. En 2017, l'activité externe programmée est en hausse de 0,7 % en nombres de venues. Les trois services qui ont enregistré la plus forte hausse sont la médecine interne, la rhumatologie et la médecine gériatrique. A l'opposé, les trois services qui ont subi la plus forte baisse sont la pneumologie, la pédiatrie et la stomatologie.

Graphique n° 6 : Répartition de l'activité externe MCO

La part des produits de l'activité externe augmente de 36,8 % sur la période examinée, passant de 13,7 M€ en 2013 à 18,7 M€ en 2017. Le montant total de la recette ACE sur le montant total des recettes MCO progresse ainsi de manière régulière et passe de 7,55 % à 9,67 %. Ce ratio permet de mesurer le poids financier des ACE dans l'activité de l'hôpital. L'ensemble des indicateurs retenus pour l'enquête nationale figurent en annexe.

Ces évolutions s'expliquent par l'effet volume : dynamisme des spécialités (recrutements de spécialistes), augmentation de l'offre d'imagerie et progression de l'activité des urgences. Elles trouvent aussi leur source dans la mise en œuvre progressive de la circulaire frontière du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée, ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée, qui consiste à transférer sur les ACE ce qui était jusqu'alors comptabilisé en GHS (groupe homogène de séjour) notamment.

Les produits relatifs aux consultations externes et actes externes augmentent de 39,02 % (de 8,6 M€ à 12 M€ entre 2013 et 2017).

Sur la base des remboursements à l'assurance maladie, une consultation rapportait 24,91 € en 2013 contre 27,98 € en 2017. Les consultations externes n'ont pas été affectées par les baisses de tarifs sur la période. La part des consultations (spécialistes et généralistes) dans le poids des recettes ACE liées aux remboursements de l'assurance maladie baisse toutefois sur la période (20,7 % en 2017 contre 23,9 % en 2013) au profit des actes de biologie, d'imagerie, d'échographie et des actes techniques médicaux.

Tableau n° 16 : Produits actes ACE

Produits actes ACE	2013		2014		2015		2016		2017	
	Montants remboursés AM	Poids recettes totales								
NGAP										
Consultations spécialistes	1 418 921	15,02%	1 471 825	14,71%	1 356 636	12,50%	1 545 828	13,7%	1 527 846	13,7%
Consultations généralistes	1 030 518	14,0%	1 078 245	12,8%	1 328 090	14,0%	1 261 508	13,7%	1 138 782	12,8%
Biologie	1 217 831	11,0%	1 292 126	10,9%	1 434 630	11,0%	1 603 184	11,8%	1 670 756	12,0%
Autres (soins infirmiers, actes sage-femmes, échographie...)	484 777	4,4%	439 675	3,7%	426 649	3,3%	268 662	2,0%	461 152	3,3%
CCAM										
Actes imagerie	2 004 358	18,2%	2 381 587	20,1%	2 495 754	19,1%	2 956 839	21,8%	2 928 963	21,0%
Actes techniques médicaux	843 355	7,7%	973 833	8,2%	1 313 173	10,0%	1 703 880	12,6%	1 791 975	12,9%
Actes d'échographie	813 103	7,4%	955 810	8,1%	1 053 436	8,1%	1 269 941	9,4%	1 325 624	9,5%
Forfaits techniques de radiologie	1 190 930	10,8%	1 211 902	10,2%	1 500 977	11,5%	653 936	4,8%	649 027	4,7%
Forfaits d'accueil et de traitement des urgences	1 007 460	9,1%	1 054 338	8,9%	1 044 451	8,0%	999 030	7,4%	1 037 549	7,4%
Autres	259 618	2,4%	274 626	2,3%	343 135	2,6%	370 079	2,7%	372 675	2,7%
Total	10 270 871	100,0%	11 133 964	100,0%	12 296 931	100,0%	12 632 886	100,0%	12 904 348	100,0%

Source : Retraitement CRC - tableau Ovalide 2013-2017 – Onglet % et produits ACE

Entre 2013 et 2017, l'activité externe progresse globalement. Les chiffres masquent cependant des évolutions hétérogènes selon les spécialités avec des hausses particulières en angiologie, en explorations cardiologiques, en rhumatologie, en hématologie et pneumologie (consultations et explorations fonctionnelles) mais aussi des baisses sensibles en gastro-entérologie, pédiatrie, néonatalogie et gynéco-obstétrique. Le service d'ophtalmologie a connu par exemple, une fluctuation forte en 2017 avec le départ de trois praticiens. En 2018, le service est repassé à quatre praticiens.

Par ailleurs, certains actes du mode d'hospitalisation de jour sont passés en mode soins externes en deux étapes en 2006 et à partir de 2015 couplés à une réorganisation de l'IRM 3 à partir de septembre 2014 et du Petscan. Enfin, l'activité soutenue des urgences dynamise les produits.

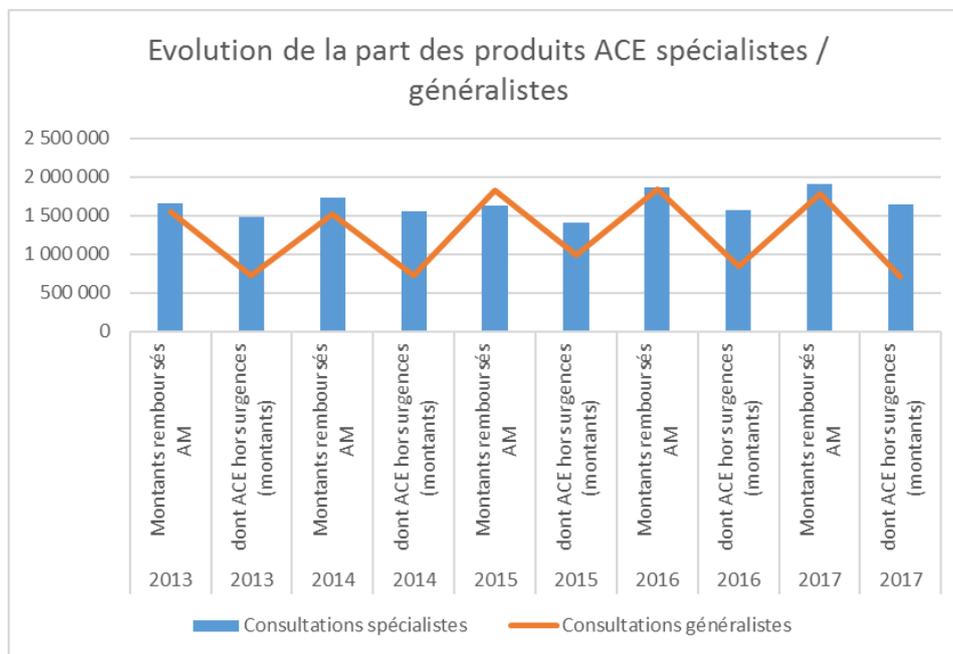
En moyenne annuelle, l'établissement réalise un peu plus de 24 000 premières consultations. Les consultations externes hospitalières sont réputées être des consultations spécialisées. Or, à l'instar d'une tendance nationale, il est constaté un grand nombre de consultations généralistes.

Tableau n° 17 : Volume actes ACE

Volume actes ACE	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution sur la période
NGAP						
	Volume (en nb actes)	%				
Consultations spécialistes	73 029	74 760	68 723	77 541	75 688	3,64%
Consultations généralistes	55 473	57 409	70 938	64 753	56 827	2,44%
	ACE hors urgences (nb)	%				
Consultations spécialistes	68 567	70 638	63 409	71 275	69 809	1,81%
Consultations généralistes	38 052	37 374	51 740	43 258	35 313	-7,20%

Source : Retraitement CRC - tableau Ovalide 2013-2017

Graphique n° 7 : Evolution de la part des Produits ACE Spécialistes/généralistes



Source : Retraitement CRC – Restitution OVALIDE 2013-2017

La part des consultations généralistes sur le total d’actes de consultation est cependant assez stable sur la période (43 %) à l’exception de l’exercice 2015 où elle se situe à 50,79 %. Hors urgence, la part des consultations généralistes est plus faible avec également un pic constaté en 2015 (44,93 %). Ce constat peut s’expliquer par un meilleur recensement effectué au service des urgences grâce à l’appui de l’application Résurgence mais aussi par une meilleure application des codages.

L’évolution des produits liés aux consultations suit la même tendance.

Les actes paramédicaux stricto-sensu représentent en 2017 4,3 % de la totalité des actes ACE et 2,4 % des produits. Les codifications mixtes « médical et paramédical » représentent 55,20 % du nombre d’ACE et 42,44 % des produits.

Pour le centre hospitalier de Saint-Brieuc, l’activité externe constitue à la fois une vitrine et une porte d’entrée nécessaire pour programmer les futures interventions en séjour ou en ambulatoire. Elle présente aussi des enjeux financiers non négligeables.

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

5.2.1 Objectifs stratégiques de l'établissement

La déclinaison des objectifs stratégiques de l'établissement s'inscrit dans le cadre du projet régional de santé 2012-2017 et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Pour ce qui concerne les ACE, les développements se trouvent essentiellement dans le projet d'établissement du patient résident 2013-2017 et le GHT. Il n'y a pas à proprement parler de stratégie spécifique sur l'activité externe mais une stratégie territoriale d'offre de soins.

Ce projet d'établissement fonde ainsi un diagnostic sur les caractéristiques propres au département des Côtes-d'Armor : perspectives de croissance et de vieillissement de la population, faible densité des médecins libéraux et forte attractivité de l'hôpital de Saint-Brieuc avec une croissance de 15,4 % de l'activité de consultations MCO sur la période 2008-2011.

La stratégie élaborée visait à répondre à ce constat pour partie préoccupant. Le centre hospitalier cherchait ainsi à conforter sa mission d'établissement de référence (axe 1) en nouant des coopérations (CHRU de Rennes et autres établissements) pour développer des compétences spécialisées. Il ambitionnait également de poursuivre la structuration territoriale de l'offre de soins par le développement de filières graduées et coordonnées sur le territoire n° 7 tout en assumant sa mission d'établissement de référence (recrutements médicaux ; réflexion sur les organisations médicales sur le territoire).

L'établissement devait également répondre à la pénurie de l'offre de ville pour certaines spécialités médicales (dermatologie et rhumatologie notamment) mais aussi proposer une offre de soins publiques (axe 2). Le contrat d'établissement prévoit ainsi une augmentation de l'offre de consultation tout en facilitant le recours aux plateaux techniques (réduire le délais d'obtention d'examens ; le développement des demandes d'examens en externe (imagerie, médecine nucléaire...) ainsi que la facilitation des prises en charges en consultation à partir des urgences.

Enfin, les consultations externes doivent concourir à développer l'hospitalisation programmée dans le cadre de la mise en œuvre de l'objectif d'adaptation des modes de prises en charge et le parcours patient (axe 3).

L'organisation et l'adaptation de l'activité externe s'inscrivent bien dans la démarche stratégique même si dans le contrat d'établissement, les ACE ne font pas l'objet d'un développement propre. Les ACE sont à la fois intégrés dans l'offre de soins de l'établissement et dans la cohérence et la complémentarité du parcours patient, avec une dimension territoriale. Ce dernier point est en cours de concrétisation au niveau du GHT d'Armor par la mise en œuvre du système d'information patient communautaire eRoz qui sera notamment interfacé avec le dossier médical partagé (DMP) de la CPAM permettant une meilleure coordination des soins.

Cette stratégie de l'établissement se décline aussi dans les orientations du GHT, qui est bâti autour d'une réponse hospitalière publique commune aux besoins de santé des populations du territoire de santé n° 7. La convention « vise à garantir l'accessibilité de l'offre, que le besoin de soins identifié soit un besoin de proximité, de référence ou de recours » ; elle prévoit que « l'offre de premier recours et la réponse aux soins urgents doit s'articuler autour des principes de proximité et de subsidiarité, garants d'une équité dans l'accès aux soins sur tout le territoire ». Toutefois, la convention est imprécise sur les modalités d'exercice de l'activité des consultations externes ou des consultations avancées sur le territoire.

Cette stratégie nécessite désormais d'être adaptée pour répondre aux enjeux du projet régional de santé 2018-2022, qui souligne la nécessité de renforcer les coopérations territoriales entre établissements afin de suppléer les tensions liées à la démographie médicale (pédiatrie et gynécologie notamment) et aux aspirations professionnelles des médecins.

Le bilan annuel des CPOM est organisé par l'ARS qui fixe chaque année le cadre du support et les échéances. Le contrat 2012-2017 a fait l'objet d'un bilan institué jusqu'en 2014. A partir de 2015 avec la mise en place des réunions de dialogue de gestion, l'établissement n'a plus été sollicité spécifiquement. L'établissement ne possède d'ailleurs pas d'instance de pilotage des ACE. Seule une cellule opérationnelle avec les secrétariats médicaux organise l'activité et gère les demandes mais en dehors de toute implication médicale. L'objectif consiste à rendre « le parcours patient » plus fluide.

5.2.2 Visibilité et reconnaissance des ACE de l'établissement

5.2.2.1 Pour l'utilisateur

L'analyse de la visibilité et de la reconnaissance des ACE a été réalisée à partir des trois vecteurs principaux d'information à disposition de l'utilisateur que sont le site Internet de l'hôpital, la recherche via l'annuaire électronique ainsi que l'accueil physique.

Le site Internet de l'établissement a été complètement refondu en juin 2018 et apparaît adapté et complet mais nécessite encore des ajustements en orientant directement l'utilisateur vers la page plus complète de la spécialité « services et activités » ou directement vers le second raccourci de la page principale « médecine ». Ces deux pages permettent l'accès à la fois aux coordonnées du secrétariat mais aussi à la structuration organisationnelle de la spécialité.

Cette nouvelle ergonomie a cependant pour avantage d'orienter l'utilisateur vers le numéro direct du secrétariat et ainsi de lui éviter de composer le numéro de téléphone unique de l'accueil général limitant ainsi les transferts d'appels et les risques de pertes d'appels.

La présentation sur les pages jaunes des références des médecins de l'établissement, fonction de leur spécialité, s'effectue de manière aléatoire, par le nom, au milieu des professionnels de santé du secteur. Les coordonnées téléphoniques sont celles du secrétariat de la spécialité. L'accès par le mot clef « consultation » permet de présenter le CHSB en 1^{ère} position avec le numéro du standard mais aussi d'accéder à la page présentant l'ensemble des coordonnées téléphoniques des différents secrétariats.

L'accueil physique des patients se réalise dans une aile contiguë au hall central de l'établissement hospitalier. Le parcours est fléché de manière satisfaisante aussi bien à l'extérieur qu'au sein du secteur des consultations externes.

Dans le cadre de la future restructuration/extension, un pôle d'activités ambulatoire de 11 000 m² permettra d'accueillir à l'horizon 2020 les consultations externes, les hôpitaux de jour ainsi que les interventions en ambulatoire. Dans le cadre du projet informatique de territoire, des bornes automatiques seraient déployées à terme pour suppléer l'accueil des admissions ACE.

5.2.2.2 Pour les professionnels de santé

Un annuaire médical est diffusé aux professionnels de santé des Côtes-d'Armor (médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers, sages-femmes, pharmacies). La première version était diffusée sous format papier ; désormais, le document est mis à jour environ deux fois par an et diffusé par mail aux professionnels ayant communiqué leur adresse électronique. En 2017, près de 2 000 adressages ont été réalisés.

La communication externe de l'établissement, nourrie par un plan stratégique élaboré en 2016, s'appuie également sur d'autres canaux : informations par voie de presse, sur le site Internet, des journées à destination des médecins libéraux, notamment en filière pédiatrique, mais aussi sur des formats innovants tels que la page Facebook du « GHT Armor », la conception de vidéos (parcours cancer du sein, parcours thorax, parcours chirurgie pédiatrique, maternité) et le projet de développer une chaîne Youtube GHT Armor.

Le délai moyen d'envoi du compte-rendu au médecin traitant n'est pas mesuré via l'application Médis. En revanche, l'établissement est en capacité de mesurer les premières consultations. Les chiffres sont relativement stables sur la période.

Tableau n° 18 : Nombre de premières venues

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de 1 ^{ères} venues	24 317	24 668	25 227	25 799	24 725

Source : CHSB

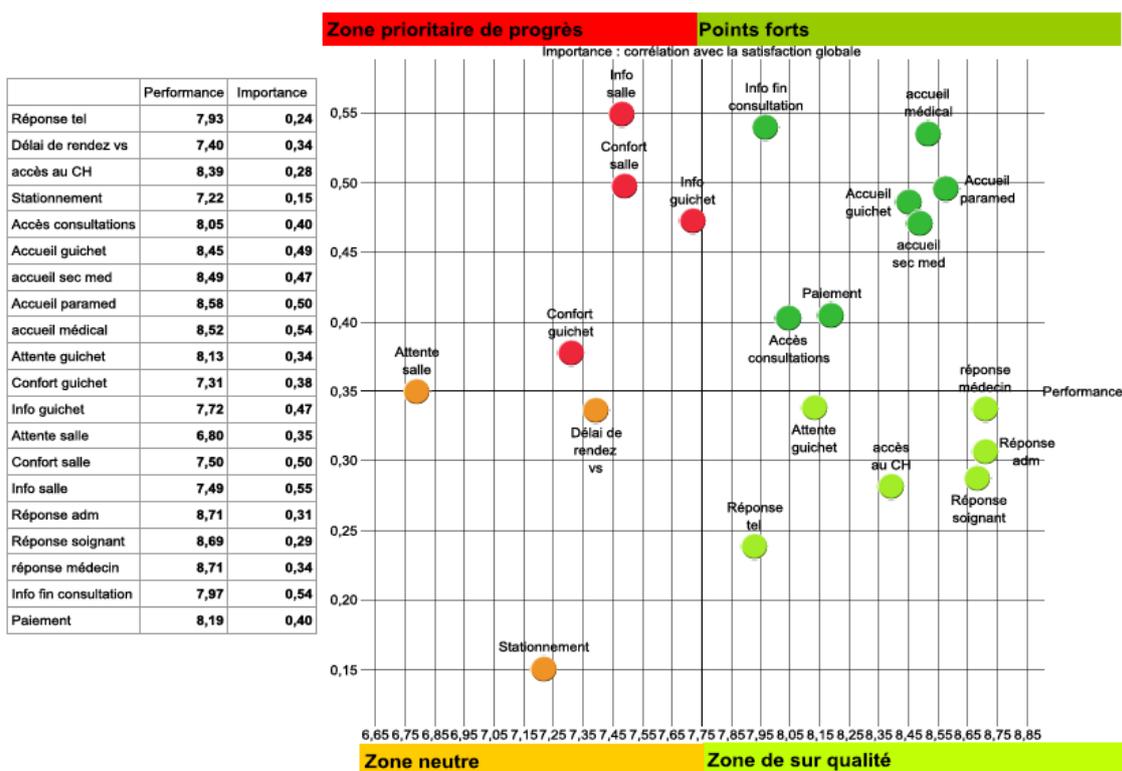
5.2.3 Evaluations et audits réalisés sur les actes et consultations externes

Des relevés des temps d'attentes aux guichets ont été mis en place ces dernières années pour améliorer l'organisation de l'accueil (rotation des personnels administratifs aux guichets) au regard de l'évolution de la fréquentation. Dans cette optique, le projet architectural d'extension et de restructuration prévoit le regroupement à l'entrée de l'établissement de l'ensemble des activités ambulatoires avec des circuits ultra courts.

Une évaluation a été conduite sur la satisfaction des usagers des consultations externes entre 2013 et 2015 sur un échantillonnage de 250 questionnaires par an avec des spécialités surreprésentées et un taux de non réponse proche de 20 %. Une progression est néanmoins constatée sur la période avec un taux de satisfaction relativement bon. Les temps d'attente sont jugés à 92 % satisfaisants en 2015.

Graphique n° 8 : Performance et satisfaction globale

Le **tableau d'importance/performance** permet de regarder la corrélation entre chaque item du questionnaire (variables échelles) et la satisfaction globale des usagers (item1). L'objectif de ce tableau est de visualiser à la fois la performance du critère (le score moyen obtenu) et sa corrélation avec la satisfaction globale (degré de dépendance de la variable).



Analyse de la performance :

Le centre du graphique se situe à 7,75 ce qui montre que les scores moyens de la majorité des critères sont supérieurs à cette valeur. L'échelle allant de 0 à 10, ces scores sont donc corrects.

Analyse de l'importance :

La corrélation des critères avec la satisfaction globale des usagers est inférieure à 0,5, le centre du graphique se situe à 0,35 (l'échelle va de -1 à 1). Les critères les plus importants aux yeux des usagers sont : les critères liés à l'accueil (quelque soit le lieu dans le circuit du patient) et l'information qui leur est donnée.

Les résultats obtenus montrent des scores moyens tous supérieurs à 7/10. Les points marqués en rouge sont les critères les moins performants et qui sont importants pour améliorer la satisfaction globale : ils concernent le guichet et la salle d'attente.

Source : Résultats questionnaires de satisfaction 2015

Enfin, des audits financiers ont permis d'obtenir des gains auprès de l'assurance maladie de 2013 à 2018 pour 150 000 € en moyenne annuelle.

Tableau n° 19 : Evaluation des gains récupérés auprès de l'AM – 2013 à 2018

année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
total récupéré	112 898,78 €	140 794,80 €	107 902,72 €	131 124,70 €	438 908,35 €	443 015,57 €	201 810,13 €	128 885,98 €	1 700 738,96 €
% facturation	25%	25%	25%	23%	23%	23%	15%	15%	
HT facturé	28 174,19 €	35 198,70 €	28 975,88 €	30 158,88 €	100 488,92 €	101 888,58 €	30 241,52 €	19 002,89 €	372 134,16 €
TVA	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	
TTC facturé	33 809,03 €	42 238,44 €	32 370,82 €	36 190,42 €	120 588,70 €	122 272,30 €	36 289,82 €	22 803,47 €	446 560,99 €
net récupéré	78 887,73 €	98 556,36 €	75 531,90 €	94 934,28 €	316 321,64 €	320 743,27 €	165 320,31 €	103 882,47 €	1 254 177,96 €

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

5.3.1 Les consultations proposées par l'établissement

Les 34 spécialités recensées en 2017 sont répertoriées dans 62 unités fonctionnelles. La discipline medicotechnique représente la plus forte valorisation financière et le plus grand nombre de venues notamment avec la médecine nucléaire, la biologie et l'imagerie. Concernant le détail des autres spécialités (hors discipline medicotechnique), les urgences, la gynéco-obstétrique et l'ophtalmologie représentent le plus grand nombre de venues. En valorisation moyenne, la neurologie, la cardiologie et l'ophtalmologie apparaissent comme les spécialités les plus contributives. Le tableau complet est inséré en annexe.

Il n'a pas été possible pour l'établissement de produire les statistiques liées au délai d'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même. Toutefois, à travers l'exploitation du panel lié au questionnaire de satisfaction de l'utilisateur des consultations externes effectué en 2015, près d'un usager sur deux seulement obtiendrait un rendez-vous à la première tentative téléphonique.

Tableau n° 20 : Nombre de venues et valorisation par discipline - 2017

Discipline	Nbre de venues	Valorisation 2017	Valorisation moyenne
MEDICO-TECHNIQUE	105 721	6 283 035	59
MEDECINE	90 304	3 389 157	38
OBSTETRIQUE	34 435	1 281 644	37
CHIRURGIE	76 426	2 647 296	35
Total	306 886	13 601 133	44

Source : Retraitement CRC - CHSB

Tableau n° 21 : Nombre de venues et valorisation par discipline - 2017

Spécialité	Nbre de venues	Valorisation 2017	Valorisation moyenne	Discipline
médecine nucléaire	5 749	1 106 536	192	Médico-technique
neurologie	2 973	282 634	95	Médecine
cardiologie	7 038	589 771	84	Médecine
angilogie	2 644	209 709	79	Médico-technique
multi-spécialités	2 748	199 635	73	Médico-technique
gynéco-obstétrique	60	3 852	64	Médico-technique
biologie médicale	36 250	2 004 397	55	Médico-technique
ophtalmologie	15 983	763 427	48	Chirurgie
imagerie médicale	57 968	2 751 658	47	Médico-technique
pneumologie	3 520	148 782	42	Médecine
stomatologie	731	30 231	41	Chirurgie
anesthésie	85	3 436	40	Chirurgie
néonatalogie	5 040	197 203	39	Médecine
hépatogastro-entérologie	6 358	242 296	38	Médecine
gynéco-obstétrique	34 435	1 281 644	37	Obstétrique
urgences	13 289	478 349	36	Médecine
néphrologie	4 145	147 085	35	Médecine
ORL	5 450	191 115	35	Chirurgie
urgences	23 911	796 772	33	Chirurgie
chirurgie vasculaire et thoracique	5 098	161 300	32	Chirurgie
pédiatrie	12 523	392 630	31	Médecine
dermatologie	4 477	138 774	31	Médecine
chirurgie digestive et générale	6 368	193 852	30	Chirurgie
endocrino-diabéto-maladies métaboliques	2 776	81 466	29	Médecine
hématologie-oncologie	7 429	207 677	28	Médecine
chirurgie pédiatrique	7 407	200 540	27	Chirurgie
chirurgie ortho-traumatologique	11 393	306 624	27	Chirurgie
rhumatologie	4 623	122 882	27	Médecine
surdité	88	2 158	25	Médecine
médecine interne - infectiologie	5 483	134 110	24	Médecine
diététique	302	7 248	24	Médico-technique
génétique	567	13 366	24	Médecine
multi-spécialités	6 800	146 084	21	Médecine
douleur	1 886	38 983	21	Médecine
addictologie	1 289	24 907	19	Médecine

Source : Retraitement CRC - DAF Tableaux questionnaire ACE envoi du 28 août 2018

Tableau n° 22 : Evolution des venues de 2015 à 2017 par service

ACTIVITE DES VENUES EXTERNES DE 2015 à 2017 (MCO Hors urgences)

	VENUES 2015	VENUES 2016	VENUES 2017	VARIATION 2016/2017
SERVICES				
MEDECINE INTERNE	4615	4796	5584	16,4%
ENDOCRINOLOGIE	3142	2888	2802	-3,0%
CARDIOLOGIE	5421	7326	7199	-1,7%
NEUROLOGIE	6074	7130	7488	5,0%
HEMATOLOGIE	6867	7305	7429	1,7%
RHUMATOLOGIE	3385	4486	5158	15,0%
DERMATOLOGIE	4358	4330	4524	4,5%
GASTROLOGIE	9140	7645	7439	-2,7%
PNEUMOLOGIE	2921	4090	3522	-13,9%
PEDIATRIE	6234	5732	5020	-12,4%
NEONATOLOGIE	1009	859	806	-6,2%
TRAITEMENT DE LA DOULEUR	1607	1570	1715	9,2%
ADDICTOLOGIE	1320	1201	1289	7,3%
GERONTOLOGIE	294	330	496	50,3%
HEMODIALYSE-NEPHROLOGIE	4582	4929	5015	1,7%
Médecine	60969	64617	65486	1,3%
CHIRURGIE DIGESTIVE	7033	6942	6410	-7,7%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE-TRAUMATOLOGIE	9404	10308	11396	10,6%
CHIRURGIE VASCULAIRE	5168	5351	5105	-4,6%
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	7656	7723	7410	-4,1%
ORL	4136	4744	5453	14,9%
OPH	11197	16638	15989	-3,9%
STOMATOLOGIE	498	882	731	-17,1%
Chirurgie	45092	52588	52494	-0,2%
GYNECO-OBSTETRIQUE	26609	26056	25047	-3,9%
DIAGNOSTIC-PRENATAL	5019	4458	3947	-11,5%
Gynéco-Obstétrique	31628	30514	28994	-5,0%
TOTAL	137689	147719	146974	-0,5%

Source : Rapport d'activités 2017

5.3.2 L'organisation de la permanence des soins

La permanence des soins constitue une mission de service public permettant de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles. La permanence de soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20 h et jusqu'à 8 h du matin), le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés. La PDSSES concerne le seul champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Dans les établissements publics de santé, la réglementation précise que la permanence des soins peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la présence continue (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'hôpital ;
- d'une astreinte opérationnelle à domicile impliquant l'obligation, pour le praticien, de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en un lieu voisin, pendant toute la durée de la garde, et de répondre à tout appel ;
- d'une astreinte de sécurité de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents, d'appels exceptionnels (les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde).

5.3.2.1 Le rôle des consultations externes dans le traitement des urgences

Le secteur des consultations externes est ouvert de 9 h 30 à 23 h, permettant ainsi de répondre aux besoins liés aux arrivées au SAU. L'activité des consultations externes représente en effet 70 % des flux au sein du service des urgences. En dehors de cette plage horaire, les patients sont hospitalisés (environ 30 %), retournent à leur domicile, sont réorientés ou convoqués pour une consultation ultérieure. Les passages pour consultations ont augmenté de 3,7 % en 2017 par rapport à 2016 tandis que les passages suivis d'hospitalisation sont en baisse de 3,6 %.

Le projet architectural lié à la restructuration du CHSB (urgences / consultations externes) tient à la fois compte d'une recherche d'une plus grande fluidité dans le traitement des patients pris en charge aux urgences et qui nécessitent une orientation vers les consultations externes, mais aussi d'une amélioration des conditions d'accueil.

5.3.2.2 Le service d'imagerie médicale au service de la permanence des soins

Le service de l'imagerie médicale assure une permanence des soins 24 h/24 pour le territoire de l'Armor. Ce service comprend deux scanners, deux IRM, un mammographe numérique, quatre salles de radiologie conventionnelle et deux autres aux urgences. Le service est composé de 11 médecins, d'un cadre coordonnateur et de trois cadres paramédicaux. L'activité du service est en baisse en 2017, notamment liée à l'activité de la radiologie et du scanner.

Tableau n° 23 : Evolution du nombre d'actes réalisés

	2015	2016	2017	Evolution- 2016/2017
ECHO	8795	9765	10306	5,5%
IRM	8392	10957	11602	5,9%
Mammographie	1656	1987	2174	9,4%
Radiologie	71779	72106	69716	-3,3%
Scanner	18764	18546	17150	-7,5%
	109386	113361	110948	-2,1%

Source : Rapport d'activités 2017

5.3.2.3 La création d'une maison médicale de garde

Afin d'assurer une permanence des soins et pour éviter le traitement aux urgences de cas qui n'en relèvent pas, une maison médicale de garde est mise en place depuis le 1^{er} juin 2015. Elle se situe à proximité de l'accueil général du centre hospitalier. La permanence est assurée par 40 médecins libéraux volontaires qui se relaient tous les jours après régulation du SAMU, du lundi au vendredi de 20 h à 23 h, le samedi de 14 h à 23 h et les dimanches et jours fériés de 9 h à 23 h. En dehors de ces horaires, les locaux sont utilisés pour les besoins du centre hospitalier. Les usagers sont invités à appeler le 15 au préalable et le site Internet de l'hôpital contient également les informations relatives à la présence des maisons médicales existantes sur le département des Côtes-d'Armor.

5.3.3 La couverture du besoin sur le territoire

En septembre 2018, 80 praticiens du CHSB donnaient des consultations dans d'autres établissements dont 38 % au CH de Lannion (dont pédiatrie, HGE, anesthésie), 29 % au CH de Paimpol (gynécologie, urgences, chirurgie vasculaire et cardiologie principalement), 28 % au CH de Guingamp (dont urgences, périnatalité et rhumatologie), 4 % au CH de Lamballe (gériatrie essentiellement) et 1 % à l'hôpital de Quintin (médecine interne). Cela représente 133,6 demi-journées de vacations par semaine, soit 13,36 ETP.

Inversement, le CHSB accueillait 15 praticiens dont 60 % du CH de Paimpol, 20 % du CH de Lannion et 20 % du CH de Guingamp. Ces praticiens viennent principalement renforcer la filière des urgences. Cela représente 56 demi-journées de vacations par semaine, soit 5,6 ETP.

Dans le cadre du GHT, les coopérations sont formalisées par des conventions prime d'exercice territorial (PET) le plus souvent. Elles mentionnent les différentes informations nécessaires : date d'effet, quotité, CH d'affectation, activité réalisée, conditions financières... Elles font référence à des protocoles validés dans le cadre du GCS Armor et sont en lien avec le projet médical de la filière médicale lorsque la spécialité est organisée en FMIH¹⁰ ; Dans le cas contraire, il existe toujours des règlements intérieurs par activité (RIA). Lorsque le praticien réalise une quotité inférieure à 10 % (seuil de déclenchement de la PET), des conventions bilatérales sont passées.

Des conventions traditionnelles sont également conclues dans le cadre des coopérations hors GHT en particulier avec le CHU de Rennes et le CH de Pontivy.

Ces échanges profitables au niveau du GHT se réalisent financièrement cependant à l'avantage des autres établissements puisque les vacations génèrent du chiffre d'affaire et que celles-ci ne sont compensées essentiellement qu'en ETP même si ce phénomène dépend d'une part du bon remplissage de ces plages de consultation et des éventuels séjours qui peuvent en découler, les praticiens pouvant renvoyer des patients sur Saint-Brieuc.

Le CHSB développe une activité de télé-médecine pour :

- Le suivi médical à distance des séances de dialyses des unités de dialyses délocalisées à Lannion, Guingamp, Paimpol ;
- La télésurveillance cardiologique (télésurveillance des porteurs de prothèses cardiaques et suivi des insuffisants cardiaques, avec une perspective de développement de l'activité grâce à la création des actes facturants ;
- Les consultations à distance des plaies et cicatrisations principalement des patients de Paimpol.

L'établissement est également membre du centre régional breton d'expertise en neuroradiologie (CREBEN) avec les CHU de Rennes et Brest pour la réalisation d'actes de télé-expertises réalisés en urgence et en différé pour la prise en charge des AVC. Il n'y a pas de télé-médecine avec l'UCSA qui dispose de temps médical sur place.

5.4 L'organisation mise en œuvre par l'établissement

5.4.1 Organisation spatiale et fonctionnelle

Les consultations externes sont regroupées sur un plateau unique centralisé non loin de l'accueil général de l'hôpital. Elles bénéficient d'un accueil commun et spécifique permettant au patient de disposer d'une fiche de circulation pour se rendre auprès du secrétariat de la spécialité. Ce regroupement a pour avantage de permettre une unité de lieu pour la patientèle mais l'évolution de la fréquentation en affecte les bienfaits.

¹⁰ En 2016, suppression des fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) et remplacement par les GCS.

La localisation des consultations externes est cependant temporaire puisque le projet de nouveau bâtiment dédié en partie à l'ambulatorio, concernera aussi ces spécialités médicales qui seront regroupées au sein d'un nouveau plateau à l'horizon 2020.

5.4.2 La prise de rendez-vous

Le site Internet intègre désormais un outil de demande de rendez-vous en ligne pour le secteur gynéco-obstétrique avec l'objectif d'élargir cette possibilité à d'autres spécialités.

Une fiche de procédure élaborée en 2014 mais toujours en vigueur, encadre la prise de rendez-vous dans le cadre exclusif de l'activité libérale.

Faute d'outils, le suivi des délais d'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous n'est pas possible via Médis. La mise en place de suivi par indicateurs des délais d'attente en matière de rendez-vous permettrait de renforcer le pilotage du plateau technique.

5.4.3 L'admission du patient en consultation

Le processus d'admission du patient dans l'établissement est expliqué sur le site Internet dans un espace dédié afin de permettre au patient d'appréhender le parcours ainsi que de prévoir les pièces nécessaires. L'ancien site Internet permettait de résumer sur une seule page les recommandations ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Il lui était même conseillé de prévoir un délai de 15 à 30 minutes avant son rendez-vous, aussi bien pour anticiper les éventuelles difficultés de stationnement que pour l'accomplissement des démarches administratives.

Toutes les consultations nécessitent de se présenter au préalable au guichet des consultations externes afin de retirer une fiche de circulation à l'exception des rendez-vous au laboratoire, en médecine nucléaire ou en médecine physique et réadaptation, permettant de se rendre directement dans le service concerné ou des rendez-vous gynécologiques, obstétrique ou pédiatrique. Une fois la fiche de circulation obtenue, le patient devra se diriger vers le secrétariat du rendez-vous.

L'accueil s'effectue directement sur le plateau avec une séparation des tâches entre « admissionnistes » et le service de gestion des dossiers (back office). Les « admissionnistes », également affectés au service de gestion des dossiers, sont répartis selon les besoins sur quatre guichets qui peuvent être ouverts simultanément, gérés par un système automatisé de tickets d'attente. Ils disposent de deux minutes pour traiter un dossier. La procédure « identitovigilance » exige la présentation des carte d'identité, carte vitale et mutuelle.

Malgré l'ouverture du 4^{ème} guichet en 2014, et la mise en place d'une borne interactive permettant notamment de distinguer les arrivées individuelles des arrivées accompagnées par un professionnel, la gestion des flux demeure problématique. Les quatre guichets externes arrivent à saturation. En 2015, des pointes de 500 admissions par jour étaient constatées contre 700 aujourd'hui. Une procédure de préadmission (médecine interne, néphrologie, OPH-ORL-stomato, chirurgie vasculaire, lutte contre la douleur et explorations fonctionnelles de neurologie) mise en place pour éviter les passages au guichet ainsi que le transfert direct de l'accueil au secrétariat du centre de vaccination ne suffisent cependant pas. La croissance du nombre de venues nécessite régulièrement des adaptations.

Les agents du guichet orientent ensuite le patient vers le secrétariat de la spécialité. A l'issue de la consultation, le patient devra retourner, si besoin, au guichet des consultations externes afin de régler la part éventuelle de la consultation non prise en charge. Dans le cas contraire, il recevra une facture.

Pour les consultations libérales, selon le praticien, le patient devra régler directement auprès du praticien ou du guichet des consultations externes. Sept praticiens sur 17 sont concernés.

5.4.4 Le codage des actes de l'activité externe

L'application de la circulaire frontière explique en partie la progression de l'activité externe de l'établissement par un transfert de séjours de très courte durée sur les ACE. La plupart des patients continuent d'être pris en charge en hôpital de jour ou en ambulatoire afin de respecter les pratiques médicales, mais la codification pour la facturation se réalise en ACE. Le partage des moyens dans les différentes UF n'est ainsi pas certain, non pas sur les disciplines mais sur leur ventilation dans les spécialités notamment.

Pour l'activité ACE, le codage est décentralisé. Deux types de tests de concordance peuvent être pratiqués :

- l'exhaustivité des actes de MEDIS vers CLINICOM ;
- l'exhaustivité des mouvements entre MEDIS et CLINICOM.

Lors de la saisie des actes dans Clinicom, les contrôles embarqués limitent le risque d'incohérence (acte ne respectant pas la nomenclature, deux codes actes identiques), de valeur non renseignée (intervenant ou unité fonctionnelle) ou d'altération des données (le prix unitaire de l'acte n'est pas modifiable). Lors du dernier contrôle, le commissaire aux comptes n'a identifié aucune faiblesse parmi les 13 tests réalisés.

D'autre part, avant la facturation des consultations externes (ou des hospitalisations), les gestionnaires corrigent les erreurs ou les données manquantes dans les dossiers à partir de listes d'erreurs prédéfinies. Pour cela, les agents peuvent consulter leurs dossiers en anomalies pour une correction avant facturation. Il existe environ 250 règles implémentées au sein de l'application permettant d'indiquer au gestionnaire les raisons pour lesquelles le dossier ne pourra être facturable.

Les dossiers de facturation sont transmis aux organismes payeurs par lot. L'activité externe est ainsi facturée au fil de l'eau à l'exception de l'activité des urgences ainsi que les activités avec un supplément environnement qui ne sont pas passés sous FIDES. Le CHSB s'appuie sur une convention avec un prestataire pour vérifier l'exactitude des codages de cette procédure. Cette organisation permet de fiabiliser le système de codage. Le gain 2017 s'est élevé à 126 686 € avec en contrepartie un coût de prestation de 22 803,47 € TTC (15 % du montant récupéré).

5.4.5 La facturation à l'assurance maladie (mise en œuvre de FIDES ACE)

FIDES ACE a été mis en place au CHSB en septembre 2015. Le volume des factures a diminué entre 2016 et 2017 en passant de 134 556 unités à 133 451 unités. Cette nouvelle facturation s'est concrétisée à la fois par un renforcement de la technicité des admissionnistes mais aussi par la constitution d'un service de facturation spécifique. La polyvalence des admissionnistes affectés également au service de facturation permet de rendre plus souple l'organisation.

Les gestionnaires externes (y compris ceux affectés aux hospitalisations) gèrent la facturation de leur dossier notamment avec le moteur de vérification de facturation développé par Intersystem. Les factures sont traitées en J de J-15 afin de les émettre pour la CPAM, les mutuelles et les patients, pour le reste à charge. FIDES permet une plus grande fluidité et une élaboration du dossier de chaque patient plus rigoureuse. Le taux de rejets actuel est de 1,46 % en 2017 contre 2,71 % en 2016.

5.4.6 La facturation au patient et aux tiers-payants

La facturation de la part patient procède de la même procédure et découle du reste à charge selon la situation de l'intéressé. Les demandes de prise en charge mutuelles sont envoyées après le retour de prise en charge de l'Assurance maladie (ticket modérateur et demande prise en charge supplément chambre individuelle).

L'état des restes à recouvrer pour les consultations et soins externes au 31 décembre 2016 s'élevait à 139 174 €, dont 71 % pour le seul exercice courant. 11 % de ces créances étaient constitués de montants inférieurs à 10 €, dont 77 % portent sur les exercices courant et précédent. Le taux de restes à recouvrer sur les prises en charge des exercices 2013 à 2016 mesuré au 31 décembre 2016 est faible. Il s'établit à 1,5 % seulement.

L'hôpital a développé le paiement en ligne des titres de recettes dont l'adresse Internet est indiquée sur les factures. Toutefois, ce service n'est pas proposé depuis la page générale de l'accueil du site Internet et sa recherche s'avère fastidieuse en dehors du moteur de recherche ce qui en limite l'efficacité.

Les restes à recouvrer sur les tiers payants ne sont pas significatifs. Toutefois, certaines mutuelles ne réagissent qu'après réception d'un courrier de relance, ce qui retarde les encaissements de recettes.

Des régies sont présentes aux consultations externes, à la pharmacie, au pavillon femme-enfants. Elles sont chargées principalement du recouvrement des créances des patients étrangers. Le processus de facturation des dossiers ne permet pas actuellement d'encaisser le jour de la sortie. En effet, les actes exonérants ne basculent pas en temps réel mais sous quatre jours.

Tableau n° 24 : Encaissements régies (ACE / activité libérale)

Encaissements régies	2016	2017	2018
Externes	171 263,07	188 386,62	81 627,81
Activité libérale	48 441,41	52 479,23	36 022,98

5.5 Les moyens affectés et le résultat financier

5.5.1 Effectifs médicaux et non médicaux de l'activité ACE

L'activité ACE comptait 43,57 ETP en personnel médical en 2016 (soit 20 % de plus par rapport à 2013) et 144,73 ETP en personnel non médical, en augmentation de 5 % par rapport à 2013).

5.5.2 Résultats de l'activité ACE

La masse salariale du personnel médical a augmenté de 6,6 % par an en moyenne, soit 0,8 M€ entre 2013 et 2016. La part des personnels non médicaux demeure néanmoins la part la plus importante. Elle représente 60 % de la masse salariale totale de l'activité ACE. L'augmentation des produits constatée sur la période (+ 12,4 % par an) comparée à l'évolution des charges (+ 5,3 %) réduit le déficit et la marge contributive s'améliore.

Tableau n° 25 : Résultat activité ACE

MCO - Consultations externes	2013	2014	2015	2016	% moyen
Personnel médical	3 806 135	4 209 165	4 463 169	4 606 583	6,6%
<i>dont mises à disposition du CH St-Brieuc</i>	0	0	0	20 336	#DIV/0!
Personnel non médical	6 633 249	6 411 248	6 519 374	6 918 518	1,4%
Médicaments	200 747	301 109	625 801	647 399	47,7%
<i>dont molécules onéreuses</i>	23 492	15 952	24 539	2 374	-53,4%
S/T charges directes	12 250 877	13 196 896	14 060 588	14 703 316	6,3%
S/T charges médico-techniques	35 877	56 084	43 282	663 444	164,4%
S/T charges logistique médicale	935 389	667 223	1 179 927	1 070 970	4,6%
S/T charges logistique générale / hôtelière	4 303 194	4 332 230	4 467 982	4 137 449	-1,3%
Charges de structure	598 480	729 613	664 162	558 801	-2,3%
Prestations médicales internes	0	0	0	0	#DIV/0!
Total Charges	18 123 817	18 982 047	20 415 940	21 133 981	5,3%
Total charges hors prest. méd. Internes	18 123 817	18 982 047	20 415 940	21 133 981	5,3%
S/T produits Assurance Maladie (titre 1)	9 641 041	10 399 027	11 809 604	13 287 154	11,3%
S/T produits de la tarification (titre 2)	1 728 456	2 031 311	2 226 683	2 916 816	19,1%
S/T autres produits	51 229	457 929	0	0	-100,0%
Prestations médicales internes	202 975	177 077	191 981	321 011	16,5%
Total produits	11 623 701	13 065 344	14 228 268	16 524 981	12,4%
Total produits hors prest. méd. internes	11 420 726	12 888 267	14 036 287	16 203 970	12,4%
Ecart ressources / charges	-6 500 116	-5 916 703	-6 187 672	-4 608 999	-10,8%
Marge contributive	-1 598 442	-854 859	-1 055 529	87 251	-137,9%
Taux de marge contributive	-13,75%	-6,54%	-7,42%	0,53%	

Source : retraitement CREA – CRC

Si le nombre d'actes par ETP médicaux diminue, (5 706 par ETP en 2013 contre 5 174 en 2016), les produits par venue augmentent (55,8 € en 2013 contre 71,9 € en 2016). La progression de l'activité ACE a permis de trouver un point d'équilibre financier.

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

En 2016, dix-sept médecins exerçaient une activité libérale au CHSB, contre seize l'année précédente. Ce nombre n'a que peu varié entre 2013 et 2016.

Tableau n° 26 : Nombre de médecins exerçant une activité privée par spécialité au CHSB (2016)

Nombre de médecins exerçant une activité privée au CHSB				
spécialité	2013	2014	2015	2016
Méd. (cardio-gastro-entérol.)	7	7	6	6
Chirurgie	6	6	6	7
Gynécologie obstétrique	1	1	1	1
Médecine nucléaire	3	2	2	2
Anesthésie	1	1	1	1
TOTAL	18	17	16	17

Source : rapport de la CAL (2013 à 2016)

En termes de volume financier, les honoraires bruts de l'activité libérale s'élèvent à 1,86 M€ en 2016 tandis que les redevances perçues par le CHSB au titre de l'activité privée représentent environ 3 % des recettes ACE sur l'ensemble de la période sous revue (663 000 € en 2013 et 560 000 € en 2017).

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).

5.6.1 La commission d'activité libérale

L'article L. 6154-5 du code de la santé publique 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 ». La composition de la CAL (arrêté ARS 8 décembre 2017) est conforme à l'article R. 6154-12 du CSP.

La commission de l'activité libérale (CAL) se réunit une fois par an et un compte rendu est produit dans lequel est notamment analysée l'activité libérale de chaque praticien au regard de son activité publique. La CAL remplit son rôle de contrôle de l'activité libérale. A titre d'exemple, dans le compte-rendu de la CAL du 30 octobre 2016 figure la mention d'un rappel à l'ordre d'un médecin qui dépassait les 50 % en valorisation de l'activité privée.

5.6.2 Les contrats d'activité libérale

Le contrat conclu, en application de l'article L. 6154-4, entre le praticien et le directeur de l'établissement n'a pas fait apparaître d'anomalie. Les plages d'activité libérale sont systématiquement indiquées, tout comme le rappel de l'obligation d'affichage, la durée du contrat.

5.6.3 Les obligations vis-à-vis du patient

Le CHSB procède à l’affichage, plus ou moins de manière homogène, de ces informations dans les salles d’attente des praticiens (information quant à l’activité libérale du praticien, aux plages et horaires public/privé, au conventionnement assurance maladie, aux différents tarifs...). Sur l’ensemble des praticiens exerçant une activité libérale, la chambre a constaté :

- qu’un seul praticien (anesthésie) ne respectait pas l’obligation d’affichage ;
- que pour trois médecins, le document à afficher était en cours de mise à jour ;
- que pour les autres, lorsque les plages horaires de l’activité libérale n’étaient pas mentionnées par voie d’affichage, les secrétaires indiquaient systématiquement oralement ces plages lors de l’accueil de patients dans ces secrétariats.

Par ailleurs, s’agissant de l’égal accès aux soins, l’hôpital 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, ce qui limite le contrôle de l’établissement sur l’activité libérale.

5.6.4 La charte de l’activité libérale

Selon le nouvel article R. 6154-3-1, 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 sur le 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 CHSB applique la charte conclue par l’ARH et l’URCAM Bretagne en 2009.

5.6.5 Les conditions d’exercice de l’activité libérale

Trois conditions encadrent l’activité libérale au sein des établissements publics de santé :

- Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- Que la durée de l’activité libérale n’excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- 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.

Tableau n° 27 : Part de l'activité privée et publique des 17 médecins exerçant une partie de leur activité en libéral – Focus sur les actes techniques

Spécialité	Actes techniques 2016 - Part de l'activité libérale						% de l'activité libérale	% de valorisation activité libérale
	Libéral			Public				
	Nbre d'actes	Valorisation	Px moy. de l'acte	Nbre d'actes	Valorisation	Px moy. de l'acte		
Anesthésie	394	80 515 €	204 €	763	112 824 €	148 €	34,05%	41,64%
Cardiologie	624	224 689 €	360 €	1 181	390 323 €	331 €	34,57%	36,53%
Cardiologie	496	45 765 €	92 €	1 321	102 324 €	77 €	27,30%	30,90%
Cardiologie	699	238 275 €	341 €	1 071	365 455 €	341 €	39,49%	39,47%
Cardiologie	894	323 033 €	361 €	1 662	383 252 €	231 €	34,98%	45,74%
Cardiologie	332	49 729 €	150 €	799	71 386 €	89 €	29,35%	41,06%
Chir digestive	193	72 306 €	375 €	343	98 272 €	287 €	36,01%	42,39%
Chir ortho & traumatolo	266	89 542 €	337 €	702	121 559 €	173 €	27,48%	42,42%
Chir ortho & traumatolo	20	3 934 €	74 €	74	14 958 €	202 €	21,28%	20,82%
Chir vasc & thoraxique	193	102 296 €	530 €	1 329	154 852 €	117 €	12,68%	39,78%
Chir vasc & thoraxique	294	79 425 €	270 €	342	82 730 €	242 €	46,23%	48,98%
Chir vasc & thoraxique	267	101 875 €	382 €	855	143 645 €	168 €	23,80%	41,49%
Chir vasc & thoraxique	169	95 047 €	562 €	396	122 293 €	309 €	29,91%	43,73%
Gastro-entérologie	255	39 216 €	154 €	1 200	135 640 €	113 €	17,53%	22,43%
Gynéco-obstétrique	661	59 749 €	90 €	963	78 957 €	82 €	40,70%	43,08%
Médecine nucléaire	467	145 726 €	312 €	805	137 658 €	171 €	36,71%	51,42%
Médecine nucléaire	198	29 379 €	199 €	2 428	443 177 €	183 €	7,54%	6,22%

Source : à partir du rapport de la CAL 2016

Le nombre d'actes de l'activité libérale par médecin est systématiquement inférieur à celui de l'activité publique. La valorisation de l'activité privée est elle aussi inférieure à celle du public (sauf dans un cas – médecine nucléaire) et est même supérieure à 40 % de l'ensemble de l'activité (privée + publique) pour la moitié des médecins grâce à un prix moyen plus élevé par acte concernant l'activité libérale. Les actes privés sont presque systématiquement plus rémunérateurs, avec dans un cas, un rapport « prix moyen de l'acte » de 1 à 5 en faveur du libéral.

5.6.6 Honoraires et redevances

5.6.6.1 La perception des honoraires

L'article R. 6154-3 du CSP précise que les praticiens peuvent, soit choisir de percevoir directement leurs honoraires, soit passer par l'établissement qui recouvre les honoraires pour le compte du praticien. Plus de la moitié des praticiens libéraux passent par l'hôpital pour la perception de leurs honoraires.

5.6.6.2 La redevance de l'activité libérale perçue par le CHSB

Alors que les honoraires bruts sont en légère augmentation (moins de 1 %), la part de la redevance de l'activité libérale versée à l'hôpital diminue sensiblement chaque année (36 % en 2013 contre 30 % en 2016). Elle diminue également en valeur absolue. Cette situation est liée à la diminution de la part de la médecine nucléaire en libéral. Trois médecins exerçaient une activité libérale en médecine nucléaire en 2013 mais il n'en reste plus que deux à partir de 2014. Dans cette spécialité, les taux de redevances versées au CHSB sont d'environ 60 % des honoraires bruts, ce qui est conforme à la réglementation.

Tableau n° 28 : Evolution de la part de la redevance perçue par le CHSB

En €	2013	2014	2015	2016	% annuel
Honoraires bruts	1 828 602	2 048 465	1 837 830	1 862 706	0,6%
Redevance perçue par CHSB	662 711	684 646	605 281	560 219	-5,4%
Honoraires nets	1 165 892	1 363 819	1 232 548	1 302 486	3,8%
<i>Différence par rapport à N-1</i>		197 927	-131 270	69 938	
Nombre de praticiens	18	17	16	17	-1,9%
Part de la redevance / honoraires bruts	0,36	0,33	0,33	0,30	

Source : à partir des données des rapports de CAL – 2013 à 2016

Tableau n° 29 : Redevance et nombre de médecins par spécialité (de 2013 à 2016)

Spécialité	2013		2014		2015		2016	
	Méd.	Redevance	Méd.	Redevance	Méd.	Redevance	Méd.	Redevance
Médecine nucléaire	3	318 216 €	2	246 713 €	2	234 727 €	2	111 063 €
Chirurgie	6	73 675 €	6	93 927 €	6	94 896 €	7	94 011 €
Gynécologie obstétrique	1	13 857 €	1	12 963 €	1	15 381 €	1	14 141 €
Méd. (cardio-gastro-entéro.)	7	245 896 €	7	317 716 €	6	247 088 €	6	328 122 €
Anesthésie	1	11 067 €	1	13 326 €	1	13 188 €	1	12 882 €
TOTAL	18	662 711 €	17	684 646 €	16	605 280 €	17	560 219 €

Source : à partir des données des rapports de CAL – 2013 à 2016

Tableau n° 30 : Evolution de la redevance moyenne par médecin selon la spécialité

Evolution de la redevance moyenne versée par les médecins libéraux selon la spécialité					
Spécialité	2013	2014	2015	2016	% moyen
Médecine nucléaire	106 072 €	123 357 €	117 364 €	55 532 €	-19,4%
Chirurgie	12 279 €	15 655 €	15 816 €	13 430 €	3,0%
Gynécologie obstétrique	13 857 €	12 963 €	15 381 €	14 141 €	0,7%
Méd. (cardio-gastro-entéro.)	35 128 €	45 388 €	41 181 €	54 687 €	15,9%
Anesthésie	11 067 €	13 326 €	13 188 €	12 882 €	5,2%

Source : à partir des données des rapports de CAL – 2013 à 2016

6 LE PROJET DE CINQUIEME AILE

6.1 Prévu par le projet d'établissement 2013 - 2017

Le projet d'établissement constatait une augmentation de son activité à l'origine d'une sur-occupation des services de médecine et un « *mécanisme devenu structurel d'hospitalisation en chambres à 3 lits dans un espace de 27 m² prévu pour 2, par l'installation de lits dits de crise* ». Il en ressortait l'absolue nécessité d'améliorer les conditions d'hébergement par la construction d'une cinquième aile pour augmenter la proportion de chambres à un lit et disposer d'espaces d'accueils des familles. Il s'agissait ainsi de porter le pourcentage des chambres individuelles de 57 à 71 %, d'avoir des chambres pour les personnes à mobilité réduite, de doubler les surfaces logistiques et disposer d'un office unique d'étage. Le ratio restait toutefois à 28 m² par lit alors que le référentiel de dimensionnement se situe entre 32 et 38 m² pour les opérations nouvelles selon ce document. Le projet concernait 6 000 m² et était prévu pour 2014.

Le projet architectural de 2014 décrivait « *une inadaptation totale de locaux réalisés dans les années soixante-dix, exigus, saturés, ne respectant plus les règles de sécurité et d'accessibilité, et offrant des conditions d'accueil, de prise en charge, de confort et de travail très insuffisantes et pénalisantes pour l'établissement dans un contexte devenu de plus en plus concurrentiel* ». Il s'agissait donc de créer « *dans le bâtiment central une unité d'hospitalisation de semaine supplémentaire et dans le bâtiment jour deux unités d'hospitalisation à temps partiel et de chirurgie ambulatoire bénéficiant d'une organisation spécifique et aisément identifiables par les usagers : un hôpital de jour médical commun de 15 places avec à proximité certaines consultations attachées aux spécialités concernées (médecine interne, médecine gériatrique, rhumatologie, dermatologie, endocrinologie et néphrologie) et une unité de chirurgie ambulatoire, de 22 places* ».

Le projet, validé en comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2014, consistait en deux sous-opérations :

1. Sous-opération 1 : la construction d'une cinquième aile sur six niveaux dédiée à l'ambulatoire (28 M€) ;
2. Sous-opération 2 : la restructuration du noyau central du bâtiment principal sur les six niveaux pour ajouter des chambres particulières (12 M€).

6.2 Le projet en 2017

Le projet initial a évolué depuis. Le rapport de l'établissement en 2017 décrit ainsi « *un projet architectural construit autour du parcours du patient : de nouvelles capacités pour l'ambulatoire, des unités d'hospitalisation complètes rénovées, humanisées et performantes* » avec deux sous-opérations :

- Sous-opération 1 : Un pôle ambulatoire à coût constant (27 M€) avec :
 - la construction d'un bâtiment dédié à l'ambulatoire sur deux niveaux ;
 - la restructuration du bâtiment principal en RDC et R+1 accueillant aujourd'hui de l'ambulatoire ;
- Sous-opération 2 : Une restructuration lourde des unités d'hospitalisation complète pour augmenter le nombre de chambres particulières sur six niveaux (26,9 M€).

Le programme fonctionnel arrêté en 2016, portant sur les fonctions d'accueil du patient, de prise en charge ambulatoire et externe de la sous-opération n° 1 « construction d'un bâtiment dédié aux activités ambulatoires » a pour objectif de créer une unité de lieu pour les consultants, de rendre plus lisible leurs parcours et de favoriser le virage ambulatoire. Le programme de l'opération est basé sur le regroupement des hôpitaux de jour, des cabinets de consultations et plateaux d'explorations fonctionnelles, ainsi que des activités transversales à l'entrée immédiate de l'hôpital.

La sous-opération n° 2 « rénovation des étages du bâtiment principal » se décrit comme un projet qui améliore les conditions d'hébergement par rapport au projet validé en 2014. Ce volet du projet consiste en la rénovation des étages 2 à 6 du bâtiment principal et porte sur la rénovation du noyau central du bâtiment, desservant les quatre ailes actuelles d'hospitalisation par étage, et le rapprochement fonctionnel des deux ailes desservies par un même palier dans un ensemble cohérent et unique de 46 lits (au lieu de 27 lits par aile). Ce projet permet d'augmenter la proportion de chambres individuelles et d'optimiser les espaces professionnels.

L'évolution 2016 du pré programme propose de porter la part des chambres individuelles par aile de 57,9 % à 79 % (15 chambres simples et quatre chambres doubles). De même, le projet validé en 2014 permettait de doter chaque aile d'une unique chambre adaptée à l'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR). Le pré programme 2016 de la rénovation des étages prévoit de doubler le nombre de chambres PMR.

La constitution d'un ensemble de 46 lits permettrait de renforcer la mutualisation des locaux professionnels et logistiques actuellement dédoublés dans les deux unités de 27 lits destinées à être regroupées.

Tableau n° 31 : Evolution des surfaces du projet et ratio SDO / SU Valeur de la cible

	Valeur de la cible validée par le COPERMO	Actualisation de la valeur de la cible 2016	Actualisation de la valeur de la cible 2017
Sous opération n°1			
Surfaces prévues construites en m ² SU (a)	4 015	3 634	4 190
Surfaces prévues construites en m ² SDO (b)	5 921	5 124	6 096
Ratio SDO / SU (=b/a)	1,47	1,41	1,45
Surfaces prévues restructurées en m ² SU (c)		2 960	3 326
Surfaces prévues restructurées en m ² SDO (d)		5 292	4 872
Ratio SDO/SU (=d/c)		1,79	1,46
Total opération m² SU		6 594	7 516
Total opération m² SDO		10 416	10 968
Total opération Ratio SDO/SU		1,58	1,46
Sous opération n°2			
Surfaces prévues restructurées en m ² SU (c)	4 284	13 310	13 310
Surfaces prévues restructurées en m ² SDO (d)	5 480	16 350	16 350
Ratio SDO/SU (=d/c)	1,28	1,23	1,23

Source : rapport de l'établissement 2017

La surface dans œuvre (SDO)¹¹ du projet de la sous opération n° 1 serait de 10 968 m² tandis que la surface utile¹² (SU) serait de 7 516 m² soit un ratio SDO/SU de 1,46. D'après l'observatoire de l'ANAP, en 2012, ce ratio était de 1,29 pour le privé et 1,34 pour le public. L'ambition qualitative de la construction de la sous-opération 1 se traduit par des ratios SDO/SU plus élevés que la médiane constatée et est même proche du 9^{ème} décile (1,48). En moyenne, le projet prévoit 49 m² par lit et place alors que la médiane en 2012 était de 57 m².

Tableau n° 32 : Projections capacitaires liées au projet (périmètre COPERMO)

	Capacitaire avant projet		Capacitaire futur validé COPERMO 2014		Capacitaire futur actualisé 2016		Capacitaire futur actualisé 2017	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	393	29	382	39	380	50	382	50
Chirurgie	139	16	118	22	114	25	101	25
TOTAL	532	45	500	61	494	75	483	75

Source : rapport de l'établissement 2017

Le projet diminue également sensiblement les capacités d'hospitalisation complète de l'établissement en augmentant le nombre de places afin de réduire la durée moyenne des séjours tout en augmentant le taux d'occupation notamment en chirurgie.

Le coût du projet a sensiblement augmenté avec l'évolution des ambitions de l'établissement. Les constructions de 6 096 m² de SDO sont valorisées à hauteur de 27,6 M€ soit 4 523 €/m² tandis que les 21 222 m² de restructurations sont valorisées 26,9 M€ soit 1 267 €/m². En moyenne, l'opération revient à 1 993 €/m². L'Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé (Oscimes) estime que les coûts de construction par mètre carré, en maîtrise d'ouvrage publique, pour les surfaces dans œuvre (SDO), hors aménagements extérieurs, parking et voirie, réseaux divers (VRD), étaient de 1 810 € hors taxe pour un hôpital général neuf public (1 379 € pour le 1^{er} décile et 2 146 € pour le 2^{ème} décile).

La sous-opération n° 1 relative à la construction d'une nouvelle aile apparaît onéreuse avec un faible ratio de surfaces utiles au bénéfice de l'accueil des familles.

¹¹ Somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et structure porteuses.

¹² Surface intérieure des locaux d'activité. Les circulations et les locaux techniques n'entrent pas dans le calcul de la surface utile. Elle ne comprend donc pas : les circulations verticales et horizontales, les paliers d'étages, l'encombrement des murs, voiles, cloisons, gaines, poteaux... En revanche les halls d'entrée identifiés comme tels ainsi que les espaces d'attente et d'orientation sont inclus.

6.3 Le financement du projet

Le projet de réhabilitation du bâtiment principal et de construction d'une cinquième aile repose sur un autofinancement à hauteur de 53,6 %. En particulier, des économies sont attendues notamment par la réorganisation des étages du bâtiment central. L'établissement s'est ainsi tourné vers une opération plus ambitieuse avec comme principe majeur la réunion de deux ailes représentant 46 lits avec un poste de personnel soignant unique situé à la jonction des deux ailes, l'augmentation des chambres individuelles et la mutualisation des locaux supports pour 92 lits au centre du bâtiment.

Tableau n° 33 : Plan de financement de la nouvelle aile

Nature du financement	Montant (en K€)	Part
Autofinancement	29 201	53,6%
Subvention ARS	4 215	7,7%
Emprunt autofinancé	18 054	33,1%
Emprunt aidé	3 000	5,5%
TOTAL	54 470	

Source : rapport de l'établissement 2017

L'établissement souhaite également, par ce projet, atteindre un taux cible de chirurgie ambulatoire de 52 %, conforme au potentiel de substitution identifié par la DGOS pour l'établissement. Le gain attendu de l'atteinte de cette cible sur les journées d'hospitalisation, à activité constante, serait estimé à un équivalent de 1 394 journées. L'établissement envisage également de poursuivre un objectif d'IP DMS à 0,95 en médecine comme en chirurgie.

L'optimisation des durées moyennes de séjour et le virage ambulatoire permettraient de réduire les charges variables à caractère médical, hôtelier et général liées à l'hospitalisation complète.

Le développement de l'ambulatoire s'accompagne de l'hospitalisation des patients les moins autonomes en hospitalisation complète ce qui accroît la charge de travail des équipes soignantes. Il en résulte un risque d'absentéisme des équipes plus important que le projet ne paraît pas anticiper.

TABLE DES ANNEXES

Annexe n° 1.	La situation financière	66
Annexe n° 2.	Les actes et les consultations externes	69

Annexe n° 1. La situation financière

Tableau n° 34 : Les produits consolidés

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits de l'activité hospitalière	181 673 471	184 093 375	187 695 142	190 648 514	193 961 975	1,6%
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	20 421 281	20 592 453	20 746 773	20 742 806	20 902 707	0,6%
= Produits de l'activité (a)	202 094 752	204 685 828	208 441 915	211 391 321	214 864 682	1,5%
= Produits annexes (b)	6 563 604	6 820 802	6 711 291	7 088 176	9 351 496	9,3%
Prestations services, tx, études, divers (c)	232 780	241 198	258 356	253 616	270 237	3,8%
Ventes de marchandises (d)	6 365 828	9 847 539	10 365 645	12 162 995	13 326 972	20,3%
Dont rétrocession de médicaments budget H	5 591 658	8 967 680	9 600 231	11 300 712	12 280 074	21,7%
Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité (e)	8 016 371	7 757 172	8 573 420	9 294 060	9 216 643	3,5%
= Chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)	223 273 334	229 352 539	234 350 628	240 190 167	247 030 030	2,6%
+ Production immobilisée	21 681	1 855	0	0	436 560	111,8%
= Produits d'exploitation	223 295 015	229 354 395	234 350 628	240 190 167	247 466 590	2,6%
Produits d'exploitation du budget H	200 438 162	207 156 366	211 140 481	216 996 428	224 033 990	2,8%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

Tableau n° 35 : Les produits de l'activité hospitalière

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits de la tarification à l'activité (a)	140 322 790	140 195 008	141 511 773	142 111 933	144 322 194	0,7%
Dont pdts de la tarification des séjours	127 950 412	127 820 002	128 287 750	127 267 429	127 281 828	-0,1%
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	12 372 378	12 375 006	13 224 023	14 844 504	17 040 366	8,3%
Produits forfaitaires (b)	14 264 896	15 079 845	17 572 572	18 320 549	19 008 503	7,4%
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	3 221 141	3 392 793	3 564 444	3 580 170	3 710 519	3,6%
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	8 454 253	8 860 266	10 754 582	11 437 377	12 073 957	9,3%
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	2 589 502	2 826 786	3 253 546	3 303 002	3 224 027	5,6%
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	154 587 686	155 274 853	159 084 345	160 432 482	163 330 696	1,4%
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	11 725 985	12 621 261	13 741 217	15 096 060	15 679 964	7,5%
Dont consultations externes	8 653 759	9 471 330	10 364 913	11 584 486	12 030 150	8,6%
Dont forfait accueil et traitement des urgences	1 011 949	1 057 863	1 046 927	1 000 503	1 037 549	0,6%
Dont autres forfaits	2 060 276	2 092 068	2 329 376	2 511 071	2 612 265	6,1%
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	166 313 670	167 896 114	172 825 562	175 528 541	179 010 660	1,9%
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	15 359 801	16 197 261	14 869 580	15 119 973	14 951 314	-0,7%
Dt pdts à la charge des patients et complémentaires santé	13 731 817	14 313 870	13 440 843	13 490 937	13 279 826	-0,8%
Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements	1 627 984	1 883 390	1 428 738	1 629 036	1 671 488	0,7%
Produits de l'activité hospitalière (e+f)	181 673 471	184 093 375	187 695 142	190 648 514	193 961 975	1,6%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

Tableau n° 36 : Dépenses de fonctionnement

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Achats (a)	43 988 163	47 432 577	49 421 604	54 166 019	56 784 989	6,6%
Dont achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique	19 996 414	23 181 027	25 666 833	29 892 810	31 875 227	12,4%
Dont fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique	15 661 614	15 934 577	15 527 332	16 497 969	16 721 323	1,7%
Dont achats matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général	874 616	856 584	814 764	704 300	685 584	-5,9%
Dont alimentation	2 216 144	2 258 920	2 203 905	2 203 053	2 180 586	-0,4%
Dont fluides et autres consommables	5 239 375	5 201 469	5 243 724	5 096 554	5 358 696	0,6%
Dont rabais, remise et ristourne	0	0	34 954	228 668	36 427	N.C.
Services extérieurs* (b)	5 954 939	6 066 891	5 487 436	5 523 238	5 848 335	-0,5%
Dont crédit-bail immobilier	0	0	0	0	0	N.C.
Dont autres crédits-baux	0	0	0	0	0	N.C.
Dont locations immobilières**	38 243	33 261	30 747	30 207	35 516	-1,8%
Dont autres locations	147 105	153 942	184 143	162 253	183 467	5,7%
Dont charges locatives et de copropriété	0	0	0	0	445	N.C.
Dont entretien et réparations à caractère médical	1 627 769	1 866 854	1 869 801	1 812 985	1 947 168	4,6%
Dont entretien et réparations à caractère non médical	2 314 954	2 420 689	1 990 336	2 098 011	2 190 080	-1,4%
Dont primes d'assurance	1 566 828	1 171 521	1 196 700	1 230 318	1 301 002	-4,5%
Dont études et recherches	0	96 958	0	0	0	N.C.
Dont divers services extérieurs	260 039	323 666	215 710	189 464	190 658	-7,5%
Dont rabais, remises et ristournes	0	0	0	0	0	N.C.
Autres services extérieurs (c)	12 948 339	13 423 303	13 679 880	14 295 327	15 108 159	3,9%
Dont honoraires, frais d'actes et de contentieux	70 706	101 730	116 842	125 274	127 045	15,8%
Dont informations, publications, relations	94 119	102 298	107 052	97 731	89 021	-1,4%
Dont transports d'usagers	1 620 649	1 594 813	1 769 722	2 094 086	2 189 837	7,8%
Dont transports de biens et du personnel	31 398	31 390	37 551	48 243	48 636	11,6%
Dont déplacements, missions, réceptions	194 383	257 739	206 889	253 589	305 739	12,0%
Dont frais postaux et de télécommunications	375 592	510 835	618 848	600 569	587 229	11,8%
Dont services bancaires et assimilés	2 788	1 069	1 909	1 024	1 882	-9,4%
Dont blanchisserie à l'extérieur	2 469 542	2 557 535	2 415 037	2 442 791	2 471 638	0,0%
Dont alimentation à l'extérieur	0	0	0	0	0	N.C.
Dont informatique	663 111	704 582	554 285	664 861	608 363	-2,1%
Dont participation des budgets annexes aux charges communes	4 743 196	4 720 738	4 782 044	4 830 086	4 944 393	1,0%
Dont autres prestations à caractère non médical (nettoyage réalisé à l'extérieur par exem	2 682 854	2 840 574	3 069 701	3 137 072	3 734 374	8,6%
Dont rabais, remises et ristournes	0	0	0	0	0	N.C.
Impôts & taxes, hors taxes sur le personnel (d)	58 440	66 498	52 270	56 513	79 630	8,0%
Consommations intermédiaires (a+b+c+d)	62 949 880	66 989 269	68 641 190	74 041 097	77 821 113	5,4%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

Tableau n° 37 : Charges de personnel

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Personnel titulaire et stagiaire	64 409 452	65 024 237	66 255 732	68 642 115	70 194 564	2,2%
+ Personnel en CDI	1 005 398	1 034 752	1 124 575	1 241 298	1 356 504	7,8%
+ Personnel en CDD	10 977 581	12 476 199	12 248 753	11 963 673	11 394 581	0,9%
+ Contrats aidés et apprentis	66 664	262 993	383 209	640 548	664 868	77,7%
- Atténuations de charges	391 471	448 673	526 010	567 291	484 673	5,5%
= Rémunérations du personnel non médical (a)	76 067 623	78 349 507	79 486 258	81 920 344	83 125 845	2,2%
<i>en % des rémunérations totales</i>	79,33%	78,92%	79,07%	78,47%	77,25%	-0,7%
Praticiens hospitaliers	12 773 727	13 164 959	13 412 088	14 223 813	15 160 137	4,4%
+ Praticiens hospitaliers contractuels	2 322 740	2 286 984	2 575 745	2 468 365	2 968 794	6,3%
+ Internes et étudiants	1 924 099	2 046 813	2 227 425	2 240 333	2 339 987	5,0%
+ Autres rémunérations (y.c. permanence des soins et tps de tra	2 899 892	3 556 534	2 971 307	3 700 132	4 224 603	9,9%
- Atténuations de charges	105 615	131 699	147 550	157 965	208 245	18,5%
= Rémunérations du personnel médical (b)	19 814 842	20 923 590	21 039 016	22 474 679	24 485 278	5,4%
<i>en % des rémunérations totales</i>	20,67%	21,08%	20,93%	21,53%	22,75%	2,4%
Rémunérations du personnel (a+b)	95 882 466	99 273 097	100 525 274	104 395 022	107 611 122	2,9%
+ Charges sociales totales sur personnel	36 733 189	38 813 414	39 731 804	40 692 993	42 317 397	3,6%
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	152 735	141 824	152 559	157 002	173 146	3,2%
+ Autres charges de personnel	305 372	296 288	306 029	310 325	298 380	-0,6%
- Atténuations de charges portabilité CET	23 154	20 069	20 368	20 492	0	-100,0%
+ Impôts et taxes liés au personnel	13 654 816	14 085 006	14 284 047	14 952 548	14 999 964	2,4%
Dont taxe sur les salaires	8 783 147	8 963 891	9 167 309	9 716 470	9 743 738	2,6%
= Charges de personnel interne	146 705 424	152 589 560	154 979 346	160 487 397	165 400 010	3,0%
+ Charges de personnel externe	463 436	617 717	965 640	1 163 611	1 402 822	31,9%
= Charges de personnel totales consolidées	147 168 860	153 207 277	155 944 986	161 651 008	166 802 832	3,2%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques

Annexe n° 2. Les actes et les consultations externes

1- Indicateurs retenus pour l'enquête nationale et permettant des comparaisons entre établissements

Indicateur	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre ACE/100 journées hospitalisation	28,84%	31,34%	28,94%	38,27%	40,13%
(Montant total de la recette ACE/Montant total de la recette MCO)*100	7,55%	8,07%	8,61%	9,46%	9,66%
Montant de la recette ACE/100 consultations	53,19 €	57,01 €	60,99 €	66,92 €	69,84 €
Nombre d'ETP des personnels supports (hors médecins) / 1000 consultations	1,2	1,19	1,17	1,13	1,13
(Nombre de premières consultations / nombre total de consultations)*100	NC	NC	NC	NC	11,19%

Source : FIJ Tableau retraitement Ovalide

2- Le décompte de l'activité ACE

LISTE DES CODES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES : codes acceptés et validés DHOS/CNAMTS/ATIH			TOTAL	
			Nb	€
NGAP	B	Actes de biologie	378 244	1 988 237 €
NGAP	C	C Consultation	34 072	1 011 643 €
NGAP	C1	consultations C1	386	8 832 €
NGAP	CD	majorations dimanches jours fériés	9 354	165 212 €
NGAP	CDE	Consultation dépistage du mélanome	403	18 400 €
NGAP	CF	majorations dimanches jours fériés	9 227	204 010 €
NGAP	CFD	majorations dimanches jours fériés	70	1 428 €
NGAP	CFN	majorations dimanches jours fériés	38	1 295 €
NGAP	CN	Majoration consultation Nuit	3 176	71 552 €
NGAP	CNP	Consultation neuro-psychiatre	4 276	159 880 €
NGAP	CS	Consultation spécialiste	81 909	1 780 087 €
NGAP	CSC	Consultation spécifique au cabinet par un cardiologue ou un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire	850	39 000 €
NGAP	DIET	dietétique	388	9 312 €
NGAP	FPE	Forfait pédiatrique	125	625 €
NGAP	K	Actes de spécialité	10	46 €
NGAP	MCG	Majoration coordination généraliste	2 387	9 679 €
NGAP	MCS	Majoration coordination spécialiste	61 216	238 481 €
NGAP	MCSN	Majoration coordination spécialiste	4 194	18 501 €
NGAP	IMID	majoration Dimanche AMI	99	760 €
NGAP	MIN	majoration nuit AMI	84	746 €
NGAP	MM	Majoration milieu de nuit	3 566	130 520 €
NGAP	MN	Majoration nuit	6 312	204 260 €
NGAP	SF	Actes de sage-femme	2 756	94 981 €
NGAP	SFD	majorations dimanches jours fériés SF	5	105 €
NGAP	SFN	majorations nuits SF	7	245 €
NGAP	VDE	Vidécapsule	57	28 500 €
	Total NGAP		627 152	6 340 330 €
CCAM	ACO	Actes d'obstétrique	139	8 355 €
CCAM	ADA	Actes d'anesthésie	1	76 €
CCAM	ADC	Actes de chirurgie	3 634	196 717 €
CCAM	ADE	Actes d'échographie	24 765	1 563 942 €
CCAM	ADI	Actes d'imagerie	83 857	3 426 797 €
CCAM	ATM	Actes techniques médicaux	59 985	2 049 300 €
CCAM	AXI	Actes de prophylaxie et prévention	72	2 082 €
CCAM	END	Actes d'endodontie	72	4 034 €
CCAM	SDE	Soins dentaires	254	9 500 €
	Total CCAM		172 779	7 260 803 €
FFT	FTN	Forfaits techniques normaux	13 256	2 139 030 €
FFT	FTR	Forfaits techniques réduits	4 733	886 129 €
	Forfaits techniques (y compris actes d'IRM et PETscan facturés par GIE)		17 989	3 025 160 €

Source : CHSB – DAF Tableaux questionnaire ACE – Année 2017

3- L'offre de soins

M=médecine							
C=chirurgie							
O=obstétrique							
MT=médico-technique	Discipline	service de rattachement	Spécialité	unité fonctionnelle (UF)	code UF	Nombre de venues 2017	Valorisation 2017 (€)
M	Urgences		urgences	URGENCES ACC DES MALADES	0101	1705	78 179 €
M	Pédiatrie		pédiatrie	URGENCES PEDIATRIQUES	0109	8074	290 839 €
M	Urgences		urgences	URGENCES CE MED	0150	11584	400 170 €
C	Urgences		urgences	URGENCE CE TRAUMATOLOGIE	0151	23911	796 772 €
MT	Diététique		diététique	DIETETIQUE	0164	302	7 248 €
MT	Education thérapeutique		multi-spécialités	EDUC THERAPEUTIQUE	0166	206	1 013 €
O	Gynécologie-Obstétrique		gynéco-obstétrique	GYNECO OBSTETRIQUE CE	0220	21597	635 480 €
O	Gynécologie-Obstétrique		gynéco-obstétrique	DIAGNOSTIC PRENATAL CE	0223	3947	299 864 €
O	Gynécologie-Obstétrique		gynéco-obstétrique	CP CONSULTATIONS EXTERNES	0226	2200	77 182 €
O	Gynécologie-Obstétrique		gynéco-obstétrique	CENTRE PLANIF EDUC FAMILIALE	0229	152	3 513 €
MT	Imagerie médicale		imagerie médicale	RADIOLOGIE	0500	35123	1 397 614 €
MT	Imagerie médicale		imagerie médicale	ECHOGRAPHIE	0507	7349	359 271 €
C	Chirurgie ambulatoire		anesthésie	CHIR AMBULATOIRE CE	0602	85	3 436 €
M	Dermatologie		dermatologie	DERMATOLOGIE CE	1050	4477	138 774 €
M	Néonatalogie		néonatalogie	NEONATOLOGIE US	1211	137	1 475 €
M	Néonatalogie		néonatalogie	NEONATOLOGIE CE	1213	667	16 315 €
O	Gynécologie-obstétrique		gynéco-obstétrique	CP HOSPITALISATION	1226	48	1 516 €
O	Gynécologie-obstétrique		gynéco-obstétrique	URGENCES GYNECO OBSTETRIQUES	1229	5501	210 329 €
O	Gynécologie-obstétrique		gynéco-obstétrique	EXPLO FONCT ECHOGRAPHIE	1249	990	53 759 €
MT	blocs opératoires indiff		gynéco-obstétrique	BLOC DU PFE	1250	60	3 852 €
C	ORL-OPH-stomato		ORL	ORL CE	1450	5450	191 115 €
C	ORL-OPH-stomato		ophtalmologie	OPHTALMOLOGIE CE	1460	15983	763 427 €
C	ORL-OPH-stomato		stomatologie	CE CHIRURGIE ORALE	1470	731	30 231 €
M	HDJ commun de médecine		multi-spécialités	EXTERNE HDJ COMMUN DE MEDECINE	1510	2130	72 111 €
M	Pneumologie		pneumologie	PNEUMOLOGIE EXPL FONCT	1609	1441	113 141 €
M	Pneumologie		pneumologie	PNEUMOLOGIE CE	1650	2079	35 641 €
MT	blocs opératoires indiff		multi-spécialités	BLOC OPERATOIRE CENTRAL	1750	2542	198 623 €
M	Douleur		douleur	CONSULTATION DOULEUR	1767	1886	38 983 €
M	Cardiologie		cardiologie	CARDIOLOGIE SECT TECHNIQUE	2109	6023	542 330 €
M	Cardiologie		cardiologie	CARDIOLOGIE CE	2150	1015	47 440 €
C	Chirurgie vasculaire et thoracique		chirurgie vasculaire et thoracique	CHIR VASCULAIRE ET THORACIQUE	2312	210	3 897 €
MT	Chirurgie ambulatoire		angiologie	ANGIOLOGIE	2315	2644	209 709 €
C	Chirurgie vasculaire et thoracique		chirurgie vasculaire et thoracique	CHIRURGIE VASCULAIRE CE	2370	4888	157 403 €
M	Médecine interne - infectiologie		médecine interne - infectiologie	MEDECINE INTERNE HDJ	3105	21	465 €
M	Médecine interne - infectiologie		médecine interne - infectiologie	CENTRE VACCIN INTERNATIONAL	3111	1402	39 382 €
M	Médecine interne - infectiologie		médecine interne - infectiologie	MEDECINE INTERNE CE(HJ)	3121	3206	70 405 €
M	Médecine interne - infectiologie		médecine interne - infectiologie	MEDECINE INTERNE CE (CENTRALE)	3130	854	23 857 €
M	Endocrinologie		endocrino-diabète-maladies métaboliques	ENDOCRINOLOGIE CE	3140	2776	81 466 €
M	Médecine interne - infectiologie		surdité	CONSULTATIONS EXTERNES SOURDS	3150	88	2 158 €
C	Chirurgie ortho-traumatologique		chirurgie ortho-traumatologique	CHIR ORTHO TRAUMATO CE	3350	11393	306 624 €
M	Neurologie		néonatalogie	NEUROLOGIE CE	4160	4236	179 413 €
M	Hématologie-oncologie		hématologie-oncologie	HEMATOLOGIE CE	4170	7429	207 677 €
C	Chirurgie digestive		chirurgie digestive et générale	CHIRURGIE DIGESTIVE CE	4350	6368	193 852 €
M	Gastro-entérologie		hépato-gastro-entérologie	HEPATO GASTRO CE	5150	6000	204 656 €
M	Gastro-entérologie		addictologie	ADDICTOLOGIE CE	5151	1289	24 907 €
M	Rhumatologie		rhumatologie	RHUMATOLOGIE CE	5160	4623	122 882 €
M	Hémodialyse-néphrologie		néphrologie	NEPHROLOGIE CE	5170	4145	147 085 €
M	Médecine gériatrique		multi-spécialités	CE CONSULT MEMOIRE MED GER	5420	489	9 612 €
M	Pédiatrie		pédiatrie	PEDIATRIE CE (RDC)	6250	3879	91 023 €
M	Pédiatrie		pédiatrie	PEDIATRIE CE (ETAGE)	6251	570	10 768 €
M	Pédiatrie		génétique	GENETIQUE CONS EXTERNE	6252	567	13 366 €
C	Chirurgie pédiatrique		chirurgie pédiatrique	CHIRURGIE PEDIATRIQUE CE	6350	7407	200 540 €
MT	Imagerie médicale		imagerie médicale	SCANNER 1	7001	3509	218 035 €
MT	Imagerie médicale		imagerie médicale	IRM 1 - SITE YLF	7002	3500	250 064 €
MT	Imagerie médicale		imagerie médicale	SCANNER 2	7004	3744	220 534 €
MT	Imagerie médicale		imagerie médicale	IRM 3 - CHSB - SITE YLF	7005	4743	306 140 €
M	Gastro-entérologie		multi-spécialités	UnitSanit MILIEU PENITENTIAIRE	7150	4181	64 361 €
M	Neurologie		neurologie	NEUROLOGIE EXPLO FONCT	7530	2973	282 634 €
M	Gastro-entérologie		hépato-gastro-entérologie	GASTRO ENTEROLOGIE EXPLO FONCT	7532	358	37 641 €
MT	Médecine nucléaire		médecine nucléaire	MEDECINE NUCLEAIRE	7900	4127	961 597 €
MT	Médecine nucléaire		médecine nucléaire	PETSCAN CHSB	7903	1622	144 939 €
MT	Laboratoire		biologie médicale	LABORATOIRE	8500	36250	2 004 397 €
	Total / moyenne					306886	13 601 133 €

4- Offre du territoire

a) Consultations données par des praticiens d'autres établissements – vacations en septembre 2018

<i>Si l'établissement accueille dans ses locaux des consultations données par des praticiens d'autres établissements</i>				
Discipline	Consultant	ETP (en %*)	Etablissement d'origine	Motif
Biologie médicale	Médecin	10	CH de Paimpol	Certification
Hépatogastroentéro	Médecin	PDS	CH de Lannion	Astreinte sur place au CHSB
Chirurgie digestive	Médecin	0	CH de Lannion	Activité ponctuelle de chirurgie digestive carcinologique
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Guingamp	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Lannion	Assistant partagé 1 an
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	40	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	40	CH de Guingamp	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	20	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	70	CH de Guingamp	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Paimpol	Postes partagés
Cardiologie	Médecin	20	CH de Lannion	
Cardiologie	Médecin	10	CH de Paimpol	Actes techniques, formation et PDS
Endocrinologie	Médecin	50	CH de Paimpol	
	---			---

(*) 10 = 10% = 1/2 journée /semaine = 1 vacation

b) Praticiens de l'établissement donnant des consultations dans d'autres établissements –
septembre 2018

<i>Si des praticiens de l'établissement donnent des consultations dans d'autres établissements</i>				
Discipline	Consultant	ETP (en %)	Etablissement d'accueil	Motif
PHARMACIE	Equipe		CH de Paimpol	Indemnité pour les astreintes (1/3 de l'indemnité d'AO fixé) et déplacement (montant du déplacement et charges sociales)
Biologie médicale	Médecin	20	CH de Guingamp	Activité de gestion des risques au CHG
Gynécologie	Médecin	10	CH de Paimpol	CS avancées gynécologique et obstétrique (maison périnatale) et échographies
Chirurgie pédiatrique	Médecin	2,5	CH de Paimpol	CS avancées de ch pédiatrique viscérale
Périnatalité	Médecin		CH de Guingamp	
Pédiatrie	Médecin	30	CH de Lannion	Chef de service de pédiatre, CS activités de soins, activité de pédiatrie et de maternité + PDS si besoin+ Pneumo pédiatrie
Pédiatrie	Médecin	5	CH de Paimpol	Ponctuellement pour remplacer le Dr BEAUSSAC à la maison périnatale
Chirurgie pédiatrique	Médecin	5	CH de Lannion	CS avancées de ch pédiatrique orthopédique
Chirurgie orthopédique dont pédiatrique	Médecin	50	CH de Guingamp	
Pédiatrie	Médecin	13,34	CH de Lannion	Assurer des consultations de neuro-pédiatrie : CHL + Maison de l'Estran + TRESTEL dans le cadre de la prise en charge des enfants poly-handicapés. Télé-interprétation des EEG pédiatriques
Gynécologie	Médecin	5	CH de Lannion	CS avancées de chirurgie mammaire du cancer
Néonatalogie	Médecin		CH de Guingamp	Ponctuel
Néonatalogie	Médecin	5	CH de Lannion	PEC nouveaux nés à la maternité et en salle de naissance /MAJ des protocoles cs de pédiatrie y compris de cardio-pédiatrie
Néonatalogie	Médecin	5	CH de Lannion	PEC nouveaux nés à la maternité et en salle de naissance /MAJ des protocoles cs de pédiatrie y compris de cardio-pédiatrie
Néonatalogie	Médecin	1,25	CH de Guingamp	Remplacements ponctuels au CHG
Néonatalogie	Médecin	5	CH de Lannion	PEC nouveaux nés à la maternité et en salle de naissance /MAJ des protocoles cs de pédiatrie y compris de cardio-pédiatrie
Néonatalogie	Médecin	5	CH de Lannion	PEC nouveaux nés à la maternité et en salle de naissance /MAJ des protocoles cs de pédiatrie y compris de cardio-pédiatrie
Pédiatrie	Médecin	10	CH de Lannion	Cs avancées + antenatal
Gynécologie	Médecin	20	CH de Paimpol	CS avancées gynécologique et obstétrique (maison périnatale) et échographies
Planning familial	Médecin	5	CH de Lamballe	
Périnatalité	Médecin	20	CH de Guingamp	Couverture pédiatrique de la maternité du CHG
Pédiatrie	Médecin	10	CH de Lannion	
Périnatalité	Médecin	20	CH de Guingamp	Couverture pédiatrique de la maternité du CHG
Pédiatrie	Médecin	13,33	CH de Lannion	Assurer des consultations de neuro-pédiatrie au CHL Télé-interprétation des EEG pédiatriques
Gynécologie	Médecin	5	CH de Lannion	
Gynécologie	Médecin	10	CH de Paimpol	CS avancées gynécologique et obstétrique (maison périnatale) et échographies
Chirurgie pédiatrique	Médecin	5	CH de Lannion	CS avancées de ch pédiatrique viscérale
Chirurgie orthopédique dont pédiatrique	Médecin	20	CH de Paimpol	CS avancées de chirurgie orthopédique (adultes et enfants)
Chirurgie orthopédique dont pédiatrique	Médecin	2,5	CH de Paimpol	CS avancées de chirurgie orthopédique (adultes et enfants + rachis)
Chirurgie vasculaire	Médecin	20	CH de Lannion	CS avancées de chirurgie vasculaire et thoracique
Chirurgie vasculaire + plaies	Médecin	20	CH de Paimpol	CS avancées + suivi des plaies chroniques
Chirurgie vasculaire	Médecin	10	CH de Paimpol	Télé-médecine pour le suivi des plaies
Chirurgie vasculaire	Médecin	20	CH de Paimpol	CS avancées de chirurgie vasculaire et thoracique
Chirurgie vasculaire	Médecin	10	CH de Guingamp	CS avancées de chirurgie vasculaire
Anesthésie	Médecin	50	CH de Lannion	
Gériatrie	Médecin	80	CH de Paimpol	
GERIATRIE - EHPAD	Médecin	25	CH de Lamballe	poste partagé (couverture médicale SSR Lamballe)
GERIATRIE - consultation mémoire	Médecin	10	CH de Lamballe	CS mémoire gériatriques
HGE	Médecin	20	CH de Lannion	Consultations avancées et HDJ en oncologie digestive
HGE	Médecin	40	CH de Lannion	Visite, avis spécialisés + coloscopies et CS
HGE	Médecin	5	CH de Lannion	Echo-endoscopies + écho-endoscopies rectales sna sAG, CS, endoscopies standard sans AG
Onco-hématologie	Médecin	10	CH de Lannion	CS avancées Hématologie
Onco-hématologie	Médecin	20	CH de Lannion	
Chirurgie digestive	Médecin	40	CH de Lannion	CS et Bloc opératoire + PDS
Onco-hématologie	Médecin	0	CH de Lannion	Ponctuel
Onco-hématologie	Médecin	5	CH de Lannion	
Pneumologie	Médecin	20	CH de Lannion	
Onco-hématologie	Médecin	10	CH de Lannion	CS avancées et HDJ Hématu au CH Lannion
Onco-thoracique	Médecin	40	CH de Lannion	
Onco-thoracique	Médecin	5	CH de Guingamp	HDJ de chimio + CS d'onco thoracique
Onco-thoracique	Médecin	5	CH de Guingamp	HDJ de chimio + CS d'onco thoracique
Onco-hématologie	Médecin	20	CH de Guingamp	Cs avancées d'hématologie au CHG -

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Onco-hématologie	Médecin	20	CH de Guingamp	Cs avancées d'hématologie au CHG -
Chirurgie digestive	Médecin	5	CH de Paimpol	Cs avancées (internes et externes) de chirurgie digestive au CH Paimpol (pré et post opératoires)
Onco-hématologie	Médecin	0	CH de Lannion	
Onco-hématologie	Médecin	20	CH de Paimpol	CS avancées d'hémato/oncologie
HGE	Médecin	5	CH de Lannion	Echo-endoscopies + écho-endoscopies rectales sna sAG, CS, endoscopies standard sans AG
Chirurgie digestive	Médecin	5	CH de Paimpol	Cs avancées (internes et externes) de chirurgie digestive au CH Paimpol (pré et post opératoires)
Filière Urgences	Médecin		CH de Paimpol	PDS
Filière Urgences	Médecin	50	CH de Guingamp	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	40	CH de Guingamp	
Filière Urgences	Médecin		CH de Paimpol	PDS
Filière Urgences	Médecin	30	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	30	CH de Guingamp	
Filière Urgences	Médecin	25	CH de Paimpol	Postes partagés
Filière Urgences	Médecin	30	CH de Guingamp	
Filière Urgences	Médecin	25	CH de Guingamp	
Néphrologie	Médecin	5	CH de Guingamp	CS Néphrologie + visite réglementaire UDMT
Néphrologie	Médecin	5	CH de Lannion	CS Néphrologie + visite réglementaire UDMT
Néphrologie	Médecin	5	CH de Lannion	CS Néphrologie + visite réglementaire UDMT
Néphrologie	Médecin	6,25	CH de Lannion	CS Néphrologie + visite réglementaire UDMT
Néphrologie	Médecin	5	CH de Paimpol	CS Néphrologie + visite réglementaire UDMT
Néphrologie	Médecin	5	CH de Paimpol	CS Néphrologie + visite réglementaire UDMT
Endocrino	Médecin	10	CH de Paimpol	
Cardiologie	Médecin	20	CH de Guingamp	Formation puis vacation d'épreuve d'effort + CS
Cardiologie	Médecins	20	CH de Paimpol	Elaboration et accompagnement, mise en œuvre du projet de SSR cardiologiques
Cardiologie	Médecin	80	CH de Guingamp	
Médecine interne	Médecin	0,015	CH de Quintin	
Médecine interne	Médecin	0,03	CH de Lamballe	
Médecine interne	Médecin	1,25	CH de Lannion	
Médecine interne	Médecin	2,5	CH de Paimpol	
Médecine interne	Médecin	2,5	CH de Paimpol	
Médecine interne	Médecin	1,25	CH de Lannion	
Rhumatologie	Médecin	20	CH de Guingamp	
Rhumatologie	Médecin	20	CH de Guingamp	
NEUROLOGIE	Médecin	4	CH de Paimpol	
NEUROLOGIE	Médecin	7,2	CH de Guingamp	
NEUROLOGIE	Médecin	7,2	CH de Guingamp	
NEUROLOGIE	Médecin	8,75	CH de Lannion	
NEUROLOGIE	Médecin	4	CH de Paimpol	
NEUROLOGIE	Médecin	7,2	CH de Guingamp	
NEUROLOGIE	Médecin	7,2	CH de Guingamp	
NEUROLOGIE	Médecin	8,75	CH de Lannion	
NEUROLOGIE	Médecin	7,2	CH de Guingamp	
NEUROLOGIE	Médecin	4	CH de Paimpol	
NEUROLOGIE	Médecin	8,75	CH de Lannion	
	---			---



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