



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CORNOUAILLE (Département du Finistère)

Exercices 2015 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 15 octobre 2020.

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
1 L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT	9
1.1 L'établissement dans son environnement	9
1.1.1 L'environnement démographique	9
1.1.2 L'offre de soins sur le territoire.....	9
1.2 La coopération interhospitalière	10
1.2.1 Un dispositif de coopération inter hospitalière à réinterroger	10
1.2.2 Une organisation qui n'est financièrement pas neutre	11
1.2.3 Le transfert de toutes les autorisations SSR du CHIC vers l'UGECAM	13
1.3 L'évolution de l'activité du CHIC	14
1.4 L'organisation médicale.....	16
2 La gouvernance de l'établissement.....	19
2.1 L'absence de projet d'établissement en 2018	19
2.2 L'organisation	19
2.2.1 L'organigramme	19
2.2.2 Des surcoûts dans les fonctions supports	20
2.3 Les outils de pilotage	22
2.3.1 Les tableaux de bord.....	22
2.3.2 Le rapport du département de l'information médicale (DIM).....	22
3 La situation financière	23
3.1 L'évolution de l'activité.....	23
3.1.1 Les produits de gestion courante	23
3.1.2 L'évolution des dépenses de gestion	24
3.1.3 La formation de l'autofinancement	27
3.1.4 Les résultats prévisionnels 2019 marquent une rupture	29
3.1.5 Les résultats analytiques.....	29
3.2 La situation patrimoniale de l'établissement	30
3.2.1 Le financement des investissements.....	30
3.2.2 L'équilibre du bilan financier du CHIC	32
3.2.3 La programmation pluriannuelle	33
3.3 Le contrat de retour à l'équilibre	34

4	La gestion interne	36
4.1	La gestion des ressources humaines	36
4.1.1	Les effectifs	36
4.1.2	Le régime indemnitaire.....	37
4.2	La flotte de véhicules du CHIC	37
4.3	La stérilisation.....	38
4.4	Le département des ressources matérielles et la politique achats	38
4.4.1	Présentation de l'organisation du département.....	38
4.4.2	Les fonctions techniques	38
4.5	L'organisation de l'achat	40
4.5.1	Une politique des achats en cours d'élaboration	40
4.5.2	Stocks et logistique.....	41
4.6	Le bureau des entrées et la facturation des actes et séjours	42

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail et à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (Quimper) à compter de l'exercice 2015. Ce contrôle a été ouvert par lettres du 10 janvier 2020 et s'est achevé en mars 2020. Les possibles incidences de la crise sanitaire sur la thématique abordée n'ont donc pas pu être prises en compte dans les observations qui suivent mais ne remettent pas en cause les constats effectués par la chambre qui portent sur des éléments structurels de la gestion de l'établissement.

Le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (CHIC) situé à Quimper mais disposant également d'un site à Concarneau, assume les fonctions d'hôpital de proximité pour une population d'environ 323 000 habitants. Il dispose de 1 270 lits et 175 places en 2019. Il est établissement support d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) qui comprend également le centre hospitalier de Douarnenez, l'établissement public de santé mentale (EPSM) Etienne-Gourmelen (Quimper), l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé (groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve) et le centre Jean-Tanguy - pôle de réadaptation de Cornouaille sur le site de Saint-Yvi (groupe UGECAM – union de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie).

Le territoire sur lequel intervient l'établissement connaît une croissance des besoins avec une augmentation moyenne de la population de 0,2 % par an, une population plus âgée que la moyenne bretonne et avec un taux de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale. En regard, l'offre médicale reste inférieure à la moyenne nationale même si la proximité du centre hospitalier universitaire de Brest rend le CHIC attractif pour les recrutements.

Un établissement prédominant dont les parts de marché se réduisent dans un environnement de plus en plus concurrentiel

L'établissement est bien positionné sur son territoire avec une situation prédominante par rapport à l'offre privée. Son organisation lui a permis de disposer d'une bonne productivité, de recettes satisfaisantes, de développer l'activité ambulatoire, même si ses parts de marché se sont réduites sur ce secteur et que des marges de progrès subsistent en matière de développement de la chirurgie ambulatoire ou de qualité de communication avec la médecine de ville. Toutefois, la croissance du nombre de médecins recrutés alors que l'activité de l'établissement restait stable, aurait, selon l'établissement brutalement dégradé en 2019 la productivité de l'établissement avec un nombre de séjours par médecin qui aurait diminué de 13 %, passant de 212 à 184 entre 2018 et 2019. Cette dégradation préoccupante explique en partie l'important déficit constaté en 2019.

La satisfaction des patients, bien qu'en progression, restait globalement inférieure à la moyenne des établissements de santé jusqu'en 2019, plus particulièrement en matière de qualité des repas et de prise en charge par les équipes soignantes. En 2019, le niveau de satisfaction est devenu supérieur à la moyenne et l'établissement indique avoir demandé à son partenaire, le GIP VITALY, de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Les parts de marché de l'établissement s'effritent en médecine, passant de 58,7 à 55,9 % entre 2015 et 2018, ainsi qu'en cancérologie. Si elles se maintiennent en chirurgie, le développement global de l'ambulatoire, où le CHIC est mal positionné derrière les deux cliniques quimpéroises, se traduit par une faible augmentation du nombre d'actes (+0,3 % en moyenne par an).

En regard, le regroupement de deux cliniques quimpéroises sur un nouveau site destiné à développer leurs activités constitue un risque important de perte de parts de marché pour le CHIC dès 2021.

Une coopération interhospitalière de territoire à consolider

L'Union hospitalière de Cornouaille s'est construite à compter de 2011 autour de trois groupements de coopération sanitaire (GCS) « historiques », disposant de la personnalité morale. Un premier, consacré aux mutualisations des chirurgies, est financé par des participations calculées en fonction d'une clé de répartition financière assise sur l'activité opératoire réalisée. Un deuxième est consacré à l'activité d'urgence tandis que le troisième permet la gestion des plateaux techniques en commun (laboratoire, pharmacie, système information territoire). Deux autres GCS de moyens ont été créés afin de transmettre à titre gratuit les autorisations d'hospitalisation à domicile (HAD) à l'Hôtel-Dieu de Pont-L'Abbé (2016) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) vers l'UGECAM.

La superposition de GCS, dont la légitimité est historique et conventionnelle, empêche le déploiement du groupement hospitalier de territoire tel que voulu par le législateur. Cette superposition complexifie la gestion : multiplicité de personnalités morales et de structures de gestion, mises à disposition d'agents et de directions, systèmes de refacturations et mises à disposition de moyens pour des montants importants (62,2 M€ en 2019).

Cette superposition empêche d'avoir une vue précise des événements intervenus sur l'exercice ou du bilan financier réel de ces coopérations. Elle ne facilite pas la comparaison avec d'autres établissements, ce qui rend le pilotage de l'hôpital plus complexe.

Alors que l'établissement a transféré des activités à des GCS et à des partenaires, comme c'est le cas pour la gestion des soins de suite et de réadaptation (SSR) et du GCS d'imagerie TEP¹, il continue de gérer les charges liées à ces activités, ce qui occasionne des frais de gestion sans réelle plus-value.

Enfin, certaines coopérations, notamment avec la médecine de ville, gardent une dimension stratégique et doivent être approfondies dans un contexte de concurrence accrue avec les cliniques.

¹ TEP : tomographie par émission de positrons.

Une situation financière qui s'est brutalement détériorée en 2019

Les produits de gestion étaient de 308,7 M€ en 2018, en croissance moyenne annuelle de 1,9 % entre 2015 et 2018, malgré une stabilité des produits de la tarification à l'activité (T2A). Le maintien de produits unitaires moyens par hospitalisation mesurée en nombre de résumés de sortie anonymes (RSA) a permis de compenser une légère diminution de l'activité. En regard, les charges de gestion décaissables étaient de 297 M€ en 2018 en croissance moyenne annuelle de 2,25 % sur la même période.

La croissance des dépenses supérieure à celle des recettes a entraîné une diminution de la marge brute de l'établissement qui passe de 13,7 à 11,7 M€ entre 2015 et 2018 soit une diminution moyenne de 5 % par an et qui atteint 8,3 % en 2018. La diminution de l'endettement de l'hôpital, de 72,7 à 70,9 M€ a permis de maintenir une capacité d'autofinancement nette des remboursements de la dette positive ainsi qu'une bonne capacité de désendettement (près de 6 années).

Les premiers résultats provisoires de l'exercice 2019 marquent une rupture avec les exercices précédents avec une croissance importante des charges courantes et de la masse salariale sans rapport avec l'augmentation de l'activité. En particulier, la capacité d'autofinancement de l'établissement passerait de 10,5 à 5,3 M€, ce qui ne permettrait plus de couvrir le remboursement de la dette et limiterait les possibilités d'investissement à un moment crucial.

Par ailleurs, l'augmentation du volume des stocks et des délais de recouvrement des créances a entraîné une brutale détérioration du niveau de la trésorerie passée d'un déficit de 0,5 à 2,6 M€ en 2018. La dégradation des résultats comptables en 2019 provoque une nouvelle détérioration avec une trésorerie à présent déficitaire de 6,5 M€ malgré des délais de règlement des fournisseurs allongés. La situation 2019 apparaît préoccupante si elle devait se confirmer.

Le pôle chirurgie reste très déficitaire malgré le regroupement des plateaux techniques dans le cadre des GCS. Outre des problèmes de productivité et de surcoûts sur ces fonctions techniques et médicotechniques, la création du GCS de chirurgie menée avec l'hôpital de Douarnenez et l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé s'est traduite par d'importantes charges supportées par le CHIC. Ce GCS absorbe l'ensemble des charges afférentes aux trois établissements et les répartit au prorata de l'activité chirurgicale de chacun de ses membres. Les deux partenaires du CHIC ayant réduit massivement leur activité chirurgicale depuis 2011, ils ont pu transférer leurs coûts au CHIC mais aussi leurs déficits. En 2019, le CHIC a payé 4,7 M€ de charges supplémentaires provenant de ses partenaires.

Une gouvernance à consolider

La gouvernance de l'établissement pâtit d'outils de pilotage insuffisants en matière de tableaux de bord et d'outils de connaissance de son activité. Par ailleurs, la définition de politiques dans le cadre du GHT reste à définir puis à consolider. Le maintien d'activités administratives, comptables et de définition des politiques d'achats au sein d'une direction opérationnelle représente un risque en matière de contrôle interne et pour la qualité d'élaboration des stratégies comptables ou d'achats.

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	Adopter un projet d'établissement	19
Recommandation n° 2	Séparer le mandatement et la fonction achats des fonctions opérationnelles.	20
Recommandation n° 3	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 des exercices antérieurs.	22
Recommandation n° 4	Disposer d'un rapport annuel de l'information médicale.....	22
Recommandation n° 5	Mettre en place une gestion active de la dette.....	28
Recommandation n° 6	Cesser le versement de la prime spécifique aux agents non titulaires afin de se mettre en conformité avec le décret n°88-1083 du 30 novembre 1988.	37

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

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail et à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (Quimper) à compter de l'exercice 2015. Ce contrôle a été ouvert par lettres du 10 janvier 2020.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 27 avril 2020 avec M. Jean-Pierre Heurtel, directeur, le 10 mars 2020 avec M. Jean-Roger Pautonnier, ancien directeur et le 20 mars avec M. Nicolas Mével, ancien directeur par intérim.

La chambre, lors de sa séance du 3 juin 2020, a arrêté ses observations provisoires, qui ont été adressées le 9 juillet 2020 à M. Jean-Pierre Heurtel, directeur, le à M. Jean-Roger Pautonnier, ancien directeur et à M. Nicolas Mével, ancien directeur par intérim. Des extraits ont été également adressés aux tiers mis en cause.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, lors de sa séance du 15 octobre 2020, a arrêté ses observations définitives.

Avertissement

L'instruction de ce rapport et la procédure contradictoire se sont déroulées avant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 instauré par la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 entrée en vigueur le 25 mars 2020. Les possibles incidences de la crise sanitaire sur la thématique abordée n'ont donc pu être prises en compte dans les observations qui suivent.

Les constats de la chambre portent sur des éléments structurels qui restent valables.

Présentation de l'organisme

Le CHIC dispose d'une capacité d'accueil sur l'ensemble de ses sites (hôpital Laennec à Quimper, hôpital du Porzou à Concarneau et les différents lieux d'accueil des personnes âgées) de 1 270 lits et 175 places qui se répartissent ainsi :

- 1 270 lits, dont 390 en médecine, 113 lits en chirurgie, 40 lits d'obstétrique, 116 en soins de suite et de réadaptation (15 lits d'alcoologie), 94 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) et 517 lits d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont 6 lits d'accueil temporaire ;
- 175 places, dont 38 en hospitalisation de jour de médecine, 25 en oncologie/hématologie, 18 d'unité chirurgicale de jour, 16 d'hospitalisation de jour en médecine physique et de réadaptation, 50 places relevant du centre d'action médico-social précoce (CAMSP) et 13 places de soins à domicile ;
- 16 lits en postes d'hémodialyse s'ajoutent aux lits et places.

L'activité du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (CHIC) s'inscrit dans de nombreux projets d'organisation sanitaire et de filières de soins comme le projet régional de santé de Bretagne et le programme territorial de santé. Le CHIC est également à l'initiative de coopérations, telles que l'union hospitalière de Cornouaille ou la coopération avec le CHU de Brest.

Suivi des précédentes recommandations

Au cours de son précédent rapport en date du 13 octobre 2016, la chambre avait émis plusieurs recommandations en particulier sur la gestion des systèmes d'information où de nombreuses carences avaient été constatées en matière de sécurité. Des améliorations ont été constatées avec la créations de salles serveurs, de stockages de données et de gestion des interventions conformes aux règles communément admises. Certaines actions restent néanmoins à concrétiser, notamment en gestion des comptes utilisateurs.

1 L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

1.1 L'établissement dans son environnement

1.1.1 L'environnement démographique

Le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (CHIC) est l'établissement de référence du territoire n° 2 qui regroupe Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé soit près de 323 000 habitants. La population de l'arrondissement de Quimper a progressé en moyenne annuelle de 0,2 % entre 2011 et 2016 grâce à un solde des entrées/sorties apparent de 0,5 %.

La population âgée de 75 ans et plus représente 12,2 % de l'ensemble de la population de l'arrondissement en 2016 alors que cette proportion était de 11,8 % en 2011. Le vieillissement de la population progresse.

Le taux de mortalité sur l'arrondissement de Quimper de 11,8 ‰ est supérieur à la moyenne nationale (9,1 ‰). Cet écart est particulièrement vrai pour le taux standardisé de mortalité prématurée chez les hommes. Les suicides ainsi que les addictions expliquent un taux de mortalité évitable supérieur à la moyenne nationale.

Globalement, les besoins médicaux du territoire sont donc en croissance régulière et potentiellement supérieurs à la moyenne nationale.

1.1.2 L'offre de soins sur le territoire

1.1.2.1 La démographie médicale

La démographie médicale dans le bassin de vie de Quimper est estimée défavorable par l'ARS. Le bassin de vie dispose de 22,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants en 2016 alors que la moyenne nationale est de 29,2. De 2012 à 2019, le nombre de médecins en activité est passé de 539 à 529 et le nombre de généralistes est passé de 281 à 290² sur le bassin de vie de Quimper.

Toutefois, le département du Finistère reste attractif avec un nombre de médecins en croissance (2 977 en 2012 mais 3 052 en 2019) et la proximité d'un centre hospitalier universitaire à Brest, formateur de médecins.

1.1.2.2 La montée en puissance des cliniques

En 2015, le groupe Hospi-Grand-Ouest, groupe hospitalier mutualiste, a racheté les deux cliniques quimpéroises, la polyclinique Sud et la clinique Saint-Michel et Sainte-Anne, avec pour objectif de les regrouper sur un nouveau site et de développer leurs activités. Après dépôt du permis de construire en 2018, le déménagement est envisagé en août 2021 en vue de constituer un pôle médical au Nord de Quimper, à proximité des grandes voies de communication.

² Source : annuaire du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Ce nouvel ensemble concurrent constitue un risque important de perte de patientèle pour le CHIC.

1.2 La coopération interhospitalière

L'union hospitalière de Cornouaille s'est construite à compter de 2011 autour de trois groupements de coopération sanitaire (GCS) « historiques » disposant de la personnalité morale, constitués dès l'origine par cinq établissements (trois publics, deux privés) : le CHIC, le CH de Douarnenez, l'Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé (ESPIC), l'EPSM E. Gourmelen et l'UGECAM (ESPIC).

Le premier, consacré aux mutualisations des chirurgies, est financé par des participations calculées en fonction d'une clé de répartition financière assise sur l'activité opératoire réalisée. Le deuxième est dédié à l'activité d'urgence avec un financement au réel ou « boîte aux lettres », en l'absence de mutualisations réelles. Le troisième permet la gestion des plateaux techniques en commun : laboratoire, pharmacie, système information territoire. Pour le laboratoire, le calcul des participations est assis sur un coût moyen par acte d'examen de biologie sur le territoire (appelé le B) refacturé au prorata des consommations.

Deux autres GCS de moyens ont été créés et ont bénéficié gratuitement des autorisations d'hospitalisation à domicile (HAD) du territoire du CHIC à l'Hôtel-Dieu de Pont-L'Abbé (2016) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) vers l'UGECAM. Ce dernier GCS est par ailleurs complété par deux autorisations d'occupation temporaires (AOT) permettant à l'UGECAM d'utiliser pendant 35 ans le domaine public du CHIC (terrains et bâtiments des sites de Concarneau et Quimper) ainsi que trois autres dans un délai de quatre années permettant l'achèvement d'importants travaux.

Le CHIC est également établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'union hospitalière de Cornouaille, composé également du centre hospitalier Douarnenez, de l'EPSM Etienne Gourmelen (Quimper), de l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé (groupe hospitalier Saint-Thomas de Villeneuve) et du centre Jean-Tanguy - pôle de réadaptation de Cornouaille (site de Saint-Yvi-groupe UGECAM).

1.2.1 Un dispositif de coopération inter hospitalière à réinterroger

Le groupement hospitalier de territoires (GHT) est un dispositif conventionnel obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel chacun s'engage à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé.

Ce dispositif incite les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. A cet effet, les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en transférant notamment à l'établissement support, le CHIC, les fonctions stratégiques, la gestion d'un système d'information hospitalier convergent, un département de l'information médicale de territoire, les fonctions « achats ».

À ce titre, alors que le budget G dédié au GHT devrait comporter d'importantes dépenses en matière d'achats et d'informatique, son volume budgétaire est limité à 478 000 € de charges en 2018. Cette situation s'explique par le maintien d'importants GCS qui détiennent déjà les compétences dévolues aux GHT.

Les GCS, dont les périmètres peuvent ne pas coïncider avec le GHT, bénéficient de dispositions dont les forces obligatoires des contrats peuvent s'opposer à leur transfert à un budget G. Faute de dispositions législatives établissant des obligations de transferts ou une hiérarchie entre ces deux modalités de coopération, la superposition de GCS à la légitimité historique empêche le déploiement d'un GHT tel qu'envisagé par le législateur.

L'existence de GCS dotés de personnalités juridiques est également un élément de complexité de gouvernance mais aussi de gestion. Les achats communs sont ainsi ventilés selon des clés de répartition et des règles de facturations internes qui sont facteurs de complexité administrative et requièrent un haut niveau de comptabilité analytique. Ces règles sont au cœur d'enjeux financiers majeurs dans les négociations entre les différents acteurs, aux intérêts différents, chaque établissement ayant gardé des directions séparées et se partageant la direction des GCS.

De même, la mise à disposition d'agents auprès des GCS se traduit par des lignes hiérarchiques multiples entre l'établissement d'origine et l'établissement d'accueil. La conduite de projets qui caractérise les outils de coopération est rendue plus lourde et probablement plus coûteuse.

Enfin, le transfert d'activités à des GCS ou à des partenaires, qui ne sont pas employeurs directement, ne s'accompagne pas toujours du transfert des moyens mais de leur simple mise à disposition comme c'est le cas pour le GCS d'imagerie TEP et la gestion des soins de suite et de réadaptation (SSR), dont les autorisations ont été transférées à l'UGECAM. Le CHIC continue donc de gérer des charges pour une activité qu'il n'exerce pas, supportant des frais de gestion sans réelle plus-value pour lui. La chambre invite le CHIC à transférer les moyens humains et matériels des activités qu'il a transférées et qu'il n'exerce donc plus.

Fruit de l'histoire, la stratification de dispositifs de coopérations hétérogènes entre des acteurs dont les intérêts peuvent diverger limite la capacité de l'établissement à mettre en œuvre ses choix stratégiques. La chambre invite l'établissement à réinterroger l'architecture de la coopération entre les établissements de Cornouaille à la lumière des nouveaux outils existants.

1.2.2 Une organisation qui n'est financièrement pas neutre

Les projets territoriaux « historiques » de l'union hospitalière de Cornouaille ont consisté en une mutualisation des plateaux techniques avec notamment la constitution du bloc opératoire de Cornouaille et du laboratoire territorial. Ces deux projets ont fortement pesé sur les finances du CHIC. En particulier, le CHIC a versé un montant total de 4,1 M€ au profit de l'Hôtel-Dieu, entre 2014 et 2017, dans le cadre d'un dispositif d'aide à la transformation pour les établissements membres renonçant à leur activité chirurgicale. Ce dispositif a permis au CHIC d'accueillir une patientèle nouvelle et donc de créer des recettes supplémentaires, mais celles-ci ne permettent, selon l'établissement, de compenser les versements effectués que depuis 2017 sans que la croissance réelle d'activité liée à ces transferts ne puisse être véritablement mesurable.

Par ailleurs, le fonctionnement des GCS introduit d'importants mouvements financiers, 62,2 M€ en 2019, dont les effets ne sont pas neutres. Dans le cas du GCS « chirurgie », chaque établissement conserve des charges³ qu'il refacture au GCS, qui appelle des contributions en fonction de l'activité réalisée. Les autres établissements membres du GCS ont diminué ou transféré leur activité au CHIC⁴ et ainsi transféré leurs charges au GCS. Jusqu'alors déficitaires en raison de charges fixes et d'une activité insuffisante pour assurer un équilibre, ces établissements ont, de fait, transféré leurs charges au CHIC mais aussi leur déficit sur cette activité⁵.

La masse salariale des deux autres hôpitaux du GCS chirurgie se réduit (6,1 M€ en 2015, 5,3 M€ en 2018 sur le CH de Douarnenez et l'Hôtel-Dieu de Pont-L'Abbé) tandis que celle du CHIC augmente (17,9 M€ en 2015 et 20,4 M€ en 2018), réduisant ainsi l'écart entre la masse salariale facturée au GCS et ses participations. Cette dynamique a permis de réduire le coût net du GCS pour le CHIC. D'un solde défavorable de 6,6 M€ en 2015, le coût net du GCS est passé à 4,7 M€ en 2019. Selon la comptabilité analytique de l'hôpital, le pôle chirurgie est déficitaire de 3,3 M€ en 2017.

Tableau n° 1 : Flux financiers du GCS chirurgie avec le CHIC

<i>En euros</i>	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Recettes en provenance du GCS</i>	24 179 892	24 395 273	26 210 726	26 741 970	27 526 661
<i>% vacations</i>	94,53%	95,79%	95,43%	95,42%	NC
<i>charges appelées par le GCS</i>	30 748 246	30 162 522	31 235 927	31 307 119	32 200 033
<i>dont dispositif transitoire</i>	1 269 279	1 146 186	423 093	0	
<i>solde</i>	-6 568 354	-5 767 249	-5 025 201	-4 565 150	-4 673 372

Source : CHIC solde des GCS et GIP.

Inversement, les coûts unitaires de fonctionnement du laboratoire du CHIC sont supérieurs à ceux de ses partenaires. La clé de répartition retenue pour le GCS « plateau technique », assise sur le coût unitaire moyen du territoire, permet de transférer ces surcoûts sur ses partenaires à hauteur de 1,1 M€. Globalement, les flux financiers du CHIC avec les GCS sont déficitaires de 3,347 M€ en 2019.

Par ailleurs, des participations reposent sur des hypothèses de valorisations de traitements administratifs dont le caractère forfaitaire, quand il existe, peut s'écarter de la réalité.

En regard, ces volumes budgétaires ne permettent pas une pleine compréhension des événements intervenus sur l'exercice, ce qui rend l'analyse financière de l'hôpital et son pilotage plus complexes et la comparaison entre établissements peu aisée.

³ Les personnels des services d'hébergement relatifs à la chirurgie et la médecine interventionnelle, les consommations relatives aux blocs et aux services concernés et l'amortissement des matériels et travaux des activités dans le périmètre du GCS.

⁴ En 2014, le CHIC réalisait 86,4 % des vacations et donc du budget du GCS (32,6 M€). Cette proportion était de 95,4 % en 2018 (budget du GCS : 32,8 M€).

⁵ Cf. rapport d'observations définitives sur le CH de Douarnenez. Le résultat de l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé est passé de -1,3 à -0,359 M€ entre 2013 et 2014.

1.2.3 Le transfert de toutes les autorisations SSR du CHIC vers l'UGECAM

Le transfert de toutes les autorisations SSR du CHIC vers l'UGECAM au 1^{er} janvier 2019 dans le cadre de la reconstruction par l'UGECAM d'un plateau technique sur le domaine public de Concarneau a produit deux effets qui dégradent la situation financière du CHIC.

En effet, le CHIC conserverait pour 1,2 M€ de charges non transférables, principalement des charges de structures portées pour le compte du GCS, mais aussi la perte de l'excédent de cette activité. Dans sa réponse, l'UGECAM évoque une refacturation de frais de structure de 729 K€ en 2019, niveau inférieur à celui figurant dans le compte de résultat analytique de 2017 relatif au SSR. Par ailleurs, le coût de la destruction d'une résidence pour personnes âgées nécessaire au projet de reconstruction et d'extension du plateau technique de soins de suite et réadaptation resterait à la charge du CHIC.

Enfin, le CHIC a accordé des autorisations d'occupation du domaine public à l'UGECAM dans le cadre de ces opérations pour des valeurs forfaitaires inférieures à leur valeur vénale⁶. Au demeurant, les avis de la direction de l'immobilier de l'État (DIE) sur la valeur de ces biens n'ont pu être produits.

L'article L. 2125-3 du code général de la propriété des personnes publiques (CGPPP) prévoit le versement d'une redevance pour l'occupation ou l'utilisation du domaine public qui doit tenir compte des avantages de toute nature procurés au titulaire de l'autorisation, ce que le CHIC n'a pas fait et ce qui occasionne une perte de ressources.

Dans sa réponse, l'UGECAM rappelle le projet de développement et de modernisation de l'activité SSR sur le territoire, indispensables à une optimisation des prises en charge dans les services de court séjour du CHIC, et une amélioration de la fluidité des parcours d'aval. Cinq autorisations d'occupation temporaire (AOT) du domaine public, signées en août 2018, ont complété le dispositif juridique de cette opération d'envergure dont l'objectif cible consiste en un regroupement des trois sites actuels sur le seul site de Concarneau à l'horizon 2023, pour proposer une offre de soins SSR de 223 lits et places pour un investissement immobilier extrêmement conséquent de plus de 30 M€ porté par l'UGECAM. L'importance de ces investissements ne dispense toutefois pas le CHIC de tenir compte des avantages de toute nature procurés à l'UGECAM, titulaire de l'autorisation.



⁶ A titre d'exemple, le terrain (28 176 m²) et le bâtiment (1 979 m²) sis 61 avenue de Trégunc à Concarneau dédié à l'activité de SSR est loué pour 60 679 € (AOT 2018-001) après une période provisoire pendant laquelle l'UGECAM devra effectuer des travaux. La convention est établie pour 35 ans. Un cabinet mandaté par le CHIC évalue la valeur vénale de la location 340 000 € et la valeur du terrain entre 4,8 et 5,1 M€ hors droits (valeur à construire). Une autre redevance pour la parcelle CA56 de 50 104 m² est de 1 000 € par an (établie pour 35 ans à compter du 1^{er} janvier 2019) alors qu'elle est évaluée pour une valeur locative de marché à 125 000 € et vénale de 1,5 M€ (approche par le chiffre d'affaires et métrique). La convention ne prévoit pas la réalisation de travaux.

La superposition de GCS dont la légitimité est historique et conventionnelle, empêche le déploiement de GHT voulus par le législateur. Cette superposition entraîne une complexité de gestion avec une multiplicité de personnalités morales et de structures de gestion. La chambre invite le CHIC à revisiter les dispositifs de coopération à la lumière des outils créés depuis l'établissement des GCS avec la création des GHT.

Au surplus, alors que les GCS présentent l'avantage de pouvoir être les employeurs directs des agents exerçant les missions confiées par ses membres, le CHIC et ses partenaires se sont privés de cette option, chacun conservant la charge et la gestion d'agents pour des activités qu'ils n'exercent plus. Le transfert des agents et des charges de gestion liées devrait accompagner tout transfert d'activité, afin de clarifier la répartition et l'affectation des charges et permettre de déterminer des coûts réels, exhaustifs et nets pour chaque structure engagée.

Les dispositifs de coopération, notamment avec la médecine de ville et ses partenaires du GHT ou encore avec le CHU de Brest gardent néanmoins une dimension stratégique et doivent être approfondis, dans un contexte de concurrence accrue avec les cliniques privées et de crise sanitaire liée à la Covid-19 dont les implications, qui ne peuvent être complètement mesurées à la date du rapport, risquent d'être lourdes en termes de perte d'activité.

1.3 L'évolution de l'activité du CHIC

L'activité mesurée en nombre de résumés de sortie anonymes (RSA)⁷ s'est légèrement réduite sur la période de 0,1 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2018. En particulier, l'activité en chirurgie a diminué tout comme en obstétrique avec une diminution du nombre d'accouchements sur la période 2015-2018. L'activité en médecine a en revanche progressé ainsi que le nombre de séances liées à la cancérologie. Toutefois, la part de la cancérologie dans l'activité s'est réduite passant de 13,2 à 11,9 % entre 2015 et 2018. Cette situation est liée à la perte de parts de marché sur la période, qui passent de 49,3 à 43,5 % entre 2015 et 2018 au profit de la polyclinique Sud (qui passe de 16,8 à 19,2 %) et du CHU de Brest (qui passe de 8,7 à 11,6 % de parts de marché entre 2016 et 2018).

⁷ Pour le champ MCO (médecine, chirurgie obstétrique), recueil de l'ensemble des informations anonymisées standards relatives à un séjour hospitalier. Il est constitué d'un ou de plusieurs résumé(s) d'unité médicale (RUM), selon le nombre d'unités médicales fréquentées par le malade pendant le séjour concerné.

Tableau n° 2 : Evolution de l'activité du CHIC

Indicateur	2015	2016	2017	2018	% moy. An.	tendance
Nombre de RSA de médecine (HC)	21 272	21 393	21 174	21 320	0,1%	
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	7 045	6 787	6 918	6 683	-1,7%	
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	2 978	2 930	2 813	2 848	-1,5%	
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	6 342	6 632	6 244	6 322	-0,1%	
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	3 748	3 880	4 054	4 210	4,0%	
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	985	978	959	841	-5,1%	
Total RSA	42 370	42 600	42 162	42 224	-0,1%	
Nb d'ATU	42 939	43 326	45 229	45 563	2,0%	
Nombre de séances de chimiothérapie	9 705	10 760	11 390	10 765	3,5%	
Nombre de séances de radiothérapie	19 246	19 925	21 177	23 393	6,7%	
Nombre de séances d'hémodialyse	8 741	8 694	8 765	8 388	-1,4%	
Nombre de séances autres	3 109	3 159	3 371	3 572	4,7%	
Nombre d'accouchements	2 461	2 458	2 421	2 411	-0,7%	
Nombre d'actes chirurgicaux	9 611	9 346	9 542	9 479	-0,5%	

Source : Hospidiag.

Le vieillissement du territoire explique la diminution de l'activité obstétrique (-50 accouchements entre 2015 et 2018) même si elle reste significative avec plus de 2 400 naissances par an.

L'activité des séances de chimiothérapie, hémodialyse a fortement augmenté sur la période avec plus de 1 060 séances supplémentaires sur quatre années. L'activité des urgences a également progressé, passant de 43 939 actes en 2015 à 45 563 en 2018. Le taux d'hospitalisations complètes en provenance des urgences a augmenté sur la période, passant de 58 à 59,8 %, ce qui fait du CHIC le 3^{ème} établissement de sa catégorie sur ce critère au niveau national. La programmation de l'activité peut donc être handicapée par une activité parfois imprévisible en provenance des urgences.

En dehors de la chirurgie en hospitalisation complète, pour laquelle les volumes d'activité diminuent au profit du développement de l'ambulatoire, et de l'obstétrique pour laquelle le CHIC n'a pas de concurrence locale, l'ensemble des parts de marché de l'établissement s'effrite.

Tableau n° 3 : Les parts de marché de l'établissement

En %	2015	2016	2017	2018
A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	58,7	56,9	55,9	55,9
A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	41,3	40,3	41,8	42,5
A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	92,3	93,2	93,7	92,4
A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	25,1	25,2	24,9	24,3
A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	49,3	46,9	44	43,5
A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	72,4	71,8	70,6	69,1

Source : Hospidiag.

Les parts de marché de l'établissement diminuent en médecine (de 58,7 à 55,9 % entre 2015 et 2018) ainsi qu'en cancérologie. Elles se maintiennent en chirurgie, mais le développement global de l'ambulatoire, où le CHIC est mal positionné par rapport aux cliniques, se traduit par une faible augmentation du nombre d'actes (10 793 actes en 2015, 10 893 en 2018 soit une croissance de 0,3 % en moyenne par an).

1.4 L'organisation médicale

Entre 2015 et 2018, le CHIC a réduit le nombre de lits ce qui a permis d'améliorer le taux d'occupation des lits en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) à un bon niveau. Ainsi, le taux d'occupation des lits est de 81,6 % en médecine ce qui permet le cas échéant de faire face à des urgences tout en limitant les surcoûts liés à des lits inoccupés.

En parallèle, l'établissement a développé l'ambulatoire qui passe de 34,7 à 38,66 % de l'activité en chirurgie entre 2015 et 2018, ce qui le place au-dessus de la moyenne des établissements de sa catégorie.

Tableau n° 4 : Le nombre de lits ouverts et leur taux d'occupation

Indicateur	2015	2016	2017	2018
Nombres de lits installés en Médecine	407	399	393	383
- dont lits de soins intensifs	11	11	11	11
- dont lits de surveillance continue	3	3	3	3
- dont lits de réanimation	12	12	12	12
Places installés de Médecine	33	36	37	45
Lits installés de Chirurgie	117	117	113	113
Places installées de Chirurgie	18	18	18	18
Lits installés d'Obstétrique	42	42	42	40
Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)	78.4	78.9	79.5	81.6
Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	91	88.2	92.8	82.9
Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	77.5	76.4	74	76.2

Source : Hospidiag.

Les durées moyennes de séjour en chirurgie et obstétrique sont inférieures à la moyenne nationale entre 2015 et 2018 mais restent supérieures à la moyenne en médecine ce qui peut se traduire par des surcoûts.

Tableau n° 5 : Les indices de performance sur les durées moyennes de séjour

	2015	2016	2017	2018
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1.022	1.017	1.028	1.027
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	0.922	0.936	0.949	0.92
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.924	0.932	0.944	0.943

Source : Hospidiag.

Avec 212 séjours par médecin, la productivité des personnels médicaux apparaît supérieure à la moyenne des établissements bretons comparables, proche de 190. De même, les coûts d'interventions par chirurgien, mesurés par les indices de coûts relatifs (ICR), et une structure de coûts favorable, font de l'établissement un des plus performants de sa catégorie. En revanche, la pénurie d'anesthésistes handicape la performance de l'établissement et se traduit par d'importants surcoûts liés au recrutement d'intérimaires.

Dans leur réponse, l'ARS et l'établissement constatent que la forte croissance des effectifs médicaux a fortement détérioré la productivité médicale de l'établissement. Ainsi le nombre de séjours par médecin serait de 184 en 2019 et les coûts d'interventions par chirurgien, mesurés par les ICR auraient diminué de 24 % la même année. Enfin, l'établissement souligne le coût moyen par médecin supérieur de 14 % à la moyenne des établissements en médecine. Cette dégradation des performances est de nature à expliquer l'importance des déficits constatés en 2019 et les prolonger en 2020 dans un contexte sanitaire bouleversé par la crise liée à la Covid-19.

Si le taux d'occupation des places, supérieur à 100 %, est conforme à la moyenne des établissements comparables, le CHIC dispose encore de marges de manœuvre pour développer son activité ambulatoire, même si elle est en progression. Le taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie⁸ ambulatoire, de 72 %, se situe dans les 20 % d'établissements qui pratiquent le moins la chirurgie ambulatoire sur ces séjours.

La tenue des dossiers reste en revanche perfectible selon les indicateurs Hospidiag notamment pour le délai d'envoi du dossier patient noté C avec 36 % de qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS). Pour être considérés comme conformes, les séjours sélectionnés doivent respecter à la fois les deux critères suivants : délai d'envoi inférieur ou égal à 8 jours et présence de l'ensemble des éléments qualitatifs. En 2014, dernière année pouvant être comparée, la moyenne de la catégorie était de 59 %. La lettre de liaison entre le médecin de l'établissement et le médecin de ville est un élément clé de la continuité des soins. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville ». La qualité de cette lettre permet également de fidéliser les prescripteurs que sont les généralistes. La polyclinique a un score de 45 % après une chirurgie ambulatoire et 40 % en MCO.

⁸ Cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, au travers de l'analyse des 18 gestes marqueurs (1^o niveau de substitution). Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficacité. Le potentiel de chirurgie ambulatoire pour ces 18 gestes marqueurs est de 90%. En 2009, la moyenne nationale s'élève à 64%. La liste des 18GM a été élaborée conjointement par la CNAMTS et l'AFCA pour étudier les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire en France. Elle conjugue à la fois une approche quantitative (l'intervention chirurgicale la plus fréquente en France pour chaque spécialité) et qualitative (niveau de complexité variable des interventions chirurgicales) – source : Hospidiag.

Par ailleurs, dans le cadre du dispositif national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, les patients du CHIC qui ont répondu à un questionnaire estimaient que, s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison, 64,81 % reviendraient « certainement » au CHIC et 51,6 % recommanderaient le CHIC à ses amis ou proches. Le score global de satisfaction, de 72,28 %, est en progression mais reste inférieur à la moyenne nationale de 73,3 % et sa médiane (75 %)⁹.

En ambulatoire, 60,75 % de patients recommanderaient l'établissement à leurs amis ou leurs proches et, s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison, 70,97 % de patients reviendraient « certainement ». Le score de satisfaction, de 74,70 % est là encore inférieur à la moyenne nationale (76,4 %) et à la médiane (76 %).

Le niveau de satisfaction a progressé en 2018 par rapport à 2017¹⁰ mais il reste inférieur à la moyenne en matière de qualité des repas et de satisfaction de prise en charge par les équipes soignantes. Dans sa réponse, l'établissement évoque des résultats de l'évaluation qui deviennent supérieurs à la moyenne nationale en 2019 et indique avoir demandé au GIP VITALYS, groupement inter hospitalier auquel ont été déléguées la préparation et la distribution des repas, de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité des repas produits.

La Haute autorité de santé (HAS) observe que « *le pourcentage de patients qui recommanderaient 'certainement' l'établissement de santé, à un proche pour un problème de santé similaire est statistiquement lié au niveau de satisfaction globale des patients* ». Le niveau moyen de satisfaction est donc un risque pour l'établissement dans un contexte de concurrence accrue à court terme avec le secteur clinique. La fidélisation des patients est donc une nécessité pour le CHIC.

⁹ La médiane est la valeur qui partage une population en deux parties égales. Ainsi, pour une distribution de salaires, la médiane est le salaire au-dessous duquel se situent 50 % des salaires. C'est de manière équivalente le salaire au-dessus duquel se situent 50 % des salaires (INSEE).

¹⁰ En 2017 sur 238 répondants sur 913 mails envoyés (26,06 % de réponses), 43,27 % de patients recommanderaient l'établissement à ses amis ou proches et, s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison, 53,36 % de patients reviendraient « certainement » dans l'établissement avec un score de satisfaction de 70,25.

2 LA GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'absence de projet d'établissement en 2018

L'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) prévoit que des projets d'établissement doivent être arrêtés par les hôpitaux, notamment sur la base du projet médical, afin de définir la politique générale de l'établissement.

L'hôpital de Quimper, qui disposait d'un projet d'établissement pour les périodes 2011-2020, n'en dispose désormais plus. Celui portant sur la période 2011 à 2015 ne présentait pas l'établissement dans son environnement, partant de constats brefs et peu illustrés. Celui adopté pour la période 2015 à 2020 évoqué par l'ancien directeur, n'a pu être produit à la chambre par l'ARS et l'établissement.

Dans un contexte de concurrence probablement plus aiguë à l'avenir et au regard des enjeux de coopérations dans le cadre du GHT et des GCS, l'absence de document stratégique paraît handicapant pour positionner l'établissement sur un territoire en évolution.

Recommandation n° 1	Adopter un projet d'établissement
----------------------------	--

2.2 L'organisation

2.2.1 L'organigramme

La direction encadre six départements administratifs et techniques et un secrétariat général. Parmi les départements, le département des ressources matérielles (DRM) est constitué de deux directions : celle du patrimoine à vocation opérationnelle et la direction des achats chargée également d'une large part du mandatement et de l'émission d'une partie des recettes du titre 3 « autres recettes ». Ce département a également en charge l'élaboration du programme pluriannuel d'investissement (PPI), l'enveloppe restant définie par les finances.

Cette organisation prive les directions administratives d'une grande partie de leurs missions de contrôle interne¹¹ et revient à confier à un département opérationnel des missions d'exécution et de contrôle. L'engagement, la liquidation et le mandatement sont réalisés par le DRM ce qui prive les fonctions supports de leur capacité à exercer le contrôle de la conformité. La direction des finances peut également être entravée dans la mise en œuvre d'une stratégie comptable.

¹¹ Le contrôle interne est défini par « toute mesure prise par le management, le Conseil et d'autres parties afin de gérer les risques et d'accroître la probabilité que les buts et objectifs fixés soient atteints. Les managers planifient, organisent et dirigent la mise en œuvre de mesures suffisantes pour donner une assurance raisonnable que les buts et objectifs seront atteints ».

La réalisation des politiques d'achats ou de documents stratégiques majeurs comme le PPI par une direction opérationnelle ne permet également pas de garantir un arbitrage éclairé par des enjeux stratégiques.

La chambre recommande à l'établissement de séparer le mandatement et la fonction achats des fonctions opérationnelles assumées par le département des ressources matérielles.

Recommandation n° 2 Séparer le mandatement et la fonction achats des fonctions opérationnelles.

2.2.2 Des surcoûts dans les fonctions supports

Les indicateurs classiques mesurant la part de la masse salariale au regard des recettes ne peuvent être comparés avec des moyennes compte tenu de l'importance des contributions aux GCS et des mises à disposition des personnels.

En 2018, globalement 11,3 agents venaient en soutien d'un médecin alors que la moyenne des six plus importants centres hospitaliers bretons (hors CHU) est de 10,85. En particulier, avec 2,39 agents techniques et ouvriers ou médicotéchniques, le CHIC dispose d'effectifs supérieurs aux établissements bretons comparables dont la moyenne est de 1,81 agent par médecin (1,91 sans le CHBA de Vannes pour lequel des agents sont pris en charge par un syndicat inter-hospitalier compétent en matière de restauration, de gestion des déchets médicaux et de blanchisserie, le SILGOM¹²).

Tableau n° 6 : Répartition des effectifs du CHIC par filière

Indicateur	2015	2016	2017	2018	moyenne	rapport 2018 en ETP méd	rapport moy en ETP méd
ETP médicaux	199,11	200,71	213,54	199,51	203,22	1,00	1,00
ETP non médicaux	2204,48	2205,39	2230,41	2258,67	2 224,74	11,32	10,95
- dont Personnels de Direction et Administratifs	283,9	285,84	297,99	311,28	294,75	1,56	1,45
- dont Personnels des Services de Soins	1429,19	1426,9	1438,58	1443,73	1 434,60	7,24	7,06
- dont Personnels Educatifs et Sociaux	22,76	21,86	23,91	26,32	23,71	0,13	0,12
- dont Personnels Médico-Techniques	134,37	141,03	141,19	144,03	140,16	0,72	0,69
- dont Personnels Techniques et Ouvriers	334,26	329,76	328,74	333,31	331,52	1,67	1,63

Source : *Hospidiag*.

¹² Le SILGOM est un groupement d'intérêt public (GIP) dont le siège est à St-Avé. Il exerce son activité de blanchisserie, de restauration collective et de traitement des déchets sur le Morbihan au profit des hôpitaux, maisons de retraite et collectivités.

Tableau n° 7 : Répartition des effectifs des six principaux CH bretons par filière

Indicateur 6 CH bretons	2015	2016	2017	2018	moyenne	rapport 2018 en ETP méd	rapport moy en ETP méd
ETP médicaux	1 151,93	1 180,18	1 231,03	1 240,75	1 200,97	1,00	1,00
ETP non médicaux	13 191,85	13 173,36	13 346,24	13 461,63	13 293,27	10,85	11,07
- dont Personnels de Direction et Administratifs	1 722,70	1 738,51	1 762,76	1 800,95	1 756,23	1,45	1,46
- dont Personnels des Services de Soins	9 107,94	9 109,03	9 237,71	9 286,75	9 185,36	7,48	7,65
- dont Personnels Educatifs et Sociaux	113,71	114,33	118,83	126,06	118,23	0,10	0,10
- dont Personnels Médico-Techniques	706,39	716,44	720,18	722,55	716,39	0,58	0,60
- dont Personnels Techniques et Ouvriers	1 541,11	1 495,05	1 506,76	1 525,32	1 517,06	1,23	1,26

Source : Hospidiag.

Par ailleurs, le nombre d'examen de biologie réalisés par technicien de laboratoire est légèrement supérieur au deuxième décile indiquant des marges de manœuvre pour l'établissement dont la productivité s'est réduite sur la période. De même, si la performance de l'établissement est bonne, mesurée par chirurgien, les coûts mesurés par salle d'opération sont supérieurs à la moyenne des établissements comparables et la performance sur ce critère ICR par salle d'opération, se dégrade.

Tableau n° 8 : Les indicateurs de performance

	Etablissement				Typologie 2017	
	2015	2016	2017	2018	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
P8 : Nombre d'examen de biologie par technicien	39 471	25 264	26 484	27 292	26 644	33 987
P9 : ICR par salle d'intervention chirurgicale	295 883	291 641	303 471	294 261	254 006	424 314
P12 : Taux de chirurgie ambulatoire	34,7	36,4	37,0	38,7	41,7	70,8
P12_bis : Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines)	41,2	42,6	42,9	44,9	47,4	71,3
P13 : Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	66,2	69,3	71,1	72,0	75,5	90,6
P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	94,7	98,0	102,4	106,4	66,3	121,3

Source : Hospidiag.

2.3 Les outils de pilotage

2.3.1 Les tableaux de bord

Les tableaux de bord, bien que nombreux, ne sont pas destinés à la direction générale mais principalement aux chefs de service. Aucun document global ne permet de comparer l'état de prévision de recettes et de dépenses (EPRD) à des réalisations passées ou en cours. Les outils existants ont une vocation opérationnelle mais ne sont pas des documents de pilotage et ne permettent pas à la direction d'arbitrer des situations, de connaître de manière synthétique la situation en cours ou encore de piloter la structure en corrigeant le plus en amont possible des dérapages budgétaires.

La chambre recommande à l'établissement l'élaboration de tableaux de bord de direction décisionnels permettant un suivi de l'activité et des exécutions budgétaires en comparaison avec l'EPRD et les réalisations des exercices antérieurs.

Recommandation n° 3 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 des exercices antérieurs.

2.3.2 Le rapport du département de l'information médicale (DIM)

Selon l'article R. 6113-8 du CSP « *le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées* ».

Pourtant, l'établissement ne dispose pas de rapport du DIM, les données étant consignées dans le rapport de l'activité médicale établi avec le contrôle de gestion. Alors que la fonction de DIM requiert une sensibilisation des acteurs médicaux à la qualité du codage et à la saisie des informations contenues dans les dossiers des patients, le département se prive d'un outil de communication essentiel vis-à-vis de ses pairs et de la direction.

Par ailleurs, des informations stratégiques peuvent ne pas être reportées à la direction, ce qui représente un risque majeur d'erreur dans les orientations prises par l'établissement.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que la rédaction d'un rapport du DIM va être initiée pour l'année 2020.

Recommandation n° 4 Disposer d'un rapport annuel de l'information médicale.

3 LA SITUATION FINANCIERE

3.1 L'évolution de l'activité

La mesure de l'activité et les comparaisons avec les établissements semblables doivent prendre en compte la spécificité du CHIC dans son organisation territoriale. Le CHIC a créé plusieurs GCS auprès desquels d'importants moyens sont mis à disposition. Ainsi, en 2018, plus de 52 M€ de masse salariale sont facturés en produits au titre de la mise à disposition des agents. En contrepartie, le CHIC s'acquitte de plus de 61 M€ de cotisations auprès de ses GCS. Ces écritures augmentent les volumes comptables enregistrés, ce qui peut biaiser les comparaisons avec les autres établissements voire les rendre inopérantes.

3.1.1 Les produits de gestion courante

Les produits de gestion étaient de 308,7 M€ en 2018, en croissance moyenne annuelle de 1,9 % entre 2015 et 2018, malgré une stabilité des produits de la tarification à l'activité (T2A). Le maintien de produits unitaires moyens par hospitalisation mesurée en nombre de résumés de sortie anonymes (RSA) a permis de compenser une légère diminution de l'activité. La progression des recettes de gestion de 17,2 M€ sur la période s'explique pour 7,6 M€ par des remboursements de frais divers (mises à disposition de personnel, rétrocessions de médicaments, frais remboursés par les budgets annexes...).

Tableau n° 9 : Les produits de gestion courante 2015-2018

En €	2015	2016	2017	2018	%moyen annuel	Evolution
Produits de l'activité hospitalière	170 485 496	173 870 661	178 724 501	177 270 384	1,31%	
Dont pdts de la tarification des séjours	109 410 515	109 449 301	111 311 684	109 334 622	-0,02%	
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux	16 289 373	16 156 233	19 452 551	18 502 802	4,34%	
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation	7 301 374	10 141 027	7 430 799	8 667 606	5,88%	
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	11 122 142	10 507 683	9 634 779	9 393 638	-5,47%	
Dont consultations externes	9 173 300	9 262 279	9 628 058	10 137 235	3,39%	
Dont forfait accueil et traitement des urgences	967 100	895 364	934 910	952 434	-0,51%	
Dont autres forfaits	433 724	1 713 750	2 202 142	2 458 262	78,29%	
Dt pdts à la charge des patients et complémentaires	11 541 693	11 396 962	11 596 523	11 833 638	0,84%	
Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements	1 105 107	1 025 276	1 238 990	1 152 256	1,40%	
+ Dotations et produits de tarification des budgets	26 190 993	26 515 564	26 721 594	26 928 998	0,93%	
Dont budgets B, E, J	25 337 772	25 645 276	25 857 429	26 058 803	0,94%	
Dont budgets L, M, N, P	853 221	870 288	864 165	870 195	0,66%	
= Produits de l'activité (a)	196 676 489	200 386 225	205 446 095	204 199 382	1,26%	
Ventes de marchandises (d)	8 988 345	10 791 303	13 133 277	10 796 155	6,30%	
Dont rétrocession de médicaments budget H	8 984 899	10 781 758	13 131 821	10 793 216	6,30%	
Production vendue	58 967 795	59 077 407	60 914 669	63 386 467	2,44%	
dont locations diverses et redevances	282 967	338 921	321 798	410 219	13,18%	
dont mise à disposition de personnel	49 606 118	49 543 237	50 816 946	52 846 600	2,13%	
dont Remboursement de frais entre budgets	6 127 855	6 261 233	6 613 435	6 881 472	3,94%	
dont majoration pour chambre particulière	2 458 750	2 450 887	2 602 059	2 551 598	1,24%	
Subventions et participations	10 900 722	9 936 601	10 186 491	11 402 231	1,51%	
dont FIR	8 137 413	7 484 353	7 734 914	9 131 522	3,92%	
Autres produits de gestion	16 004 012	16 101 314	17 663 010	18 939 824	5,77%	
dont autres remboursements de frais	13 182 046	13 615 635	14 667 858	14 972 758	4,34%	
Produits de gestion courante	291 537 363	296 292 851	307 343 542	308 724 060	1,93%	

Source : comptes financiers uniques.

Le CHIC se caractérise par un niveau satisfaisant de recettes avec une valorisation de ses séjours supérieure à la moyenne des principaux établissements bretons hors CHU¹³. De même, les recettes par médecin sont également supérieures à la moyenne en raison d'une bonne productivité. Le CHIC a réussi à maintenir de bonnes performances dans un contexte difficile, les autres hôpitaux ayant connu, en moyenne, une diminution de leurs recettes moyennes par hospitalisation.

Le bon positionnement de l'établissement dans son environnement se traduit par une part de la chirurgie de 26 % de ses hospitalisations, ce qui est supérieur à la moyenne des six hôpitaux bretons comparables (23,7 %). La part de l'ambulatoire dans les hospitalisations en chirurgie est de 38,6 % ce qui est, là-aussi, meilleur que les autres établissements régionaux comparables (36,2 %).

L'évolution des produits s'est toutefois réduite en 2018 et les recettes de l'hospitalisation ont même diminué en 2018 pour devenir moindres qu'en 2015. Les recettes des consultations externes restent en revanche dynamiques avec en 2018 plus de 21 000 consultations supplémentaires depuis 2015 (266 104 consultations en 2018).

Tableau n° 10 : Les recettes rapportées à l'activité d'hospitalisation

Indicateur (en euros)	2015	2016	2017	2018	% moy. An.
Produits de la tarification des séjours	109 410 515	109 449 301	111 311 684	109 334 622	-0,05%
Tarif RSA moyen	2 582	2 569	2 640	2 589	0,1%
T2A par médecin	549 498	545 311	521 269	548 016	-0,1%
RSA / ETP Méd	213	212	197	212	-0,2%
Total RSA	42 370	42 600	42 162	42 224	-0,1%
RSA / méd – six principaux CH bretons	199,6	199,2	190,8	187,1	
T2A moy / méd	519 648	510 613	452 770	ND	
T2A/RSA– six principaux CH bretons	2 603,9	2 563,9	2 373,1	ND	

Source : Hospidiag.

La tarification des séances connaît elle aussi un ralentissement, notamment sous l'impact d'une baisse des séances de chimiothérapie. De fait, l'année 2018 marque un tassement de l'évolution de l'activité, voire un recul qui s'est traduit par une baisse des produits (cf. tableau n°2).

3.1.2 L'évolution des dépenses de gestion

Les charges de gestion décaissables¹⁴ étaient de 297 M€ en 2018, en croissance moyenne annuelle de 2,25 % entre 2015 et 2018. La croissance de 19,2 M€ trouve en particulier son origine dans une progression importante des achats de fournitures et de services, qui augmentent de 9,2 M€ alors qu'ils ne représentent que moins d'un quart des dépenses. Les principaux postes d'évolution des dépenses sont les achats pharmaceutiques, les dépenses d'entretien et réparations de matériels, de laboratoire et des dépenses d'intérim en croissance de 0,8 M€ entre 2015 et 2018. Même corrigés des rétrocessions de médicaments, les achats ont progressé en moyenne de 4 % par an entre 2015 et 2018.

¹³ CHBA de Vannes, CH Lorient, CH de St Brieuc, CH de St Malo, CH centre Bretagne, CHIC.

¹⁴ Hors amortissements et provisions.

Tableau n° 11 : Les achats nets des rétrocessions

En €	2015	2016	2017	2018	% moyen annuel
Achats (a)	46 240 185	50 226 862	56 228 752	52 730 165	4,48%
Rétrocession de médicaments budget H (b)	8 984 899	10 781 758	13 131 821	10 793 216	6,30%
Net (a-b)	37 255 286	39 445 104	43 096 931	41 936 949	4,02%

Source : comptes financiers uniques.

Selon l'établissement, cette évolution reste à relativiser en raison des achats réalisés pour ses partenaires et refacturés. Toutefois, il souligne la forte augmentation des dépenses de molécules onéreuses sur la période, évolution en lien avec la croissance de l'activité des séances notamment en chimiothérapie.

Tableau n° 12 : Les charges de gestion décaissables entre 2015 et 2018

En €	2015	2016	2017	2018	% moyen annuel
Achats (a)	46 240 185	50 226 862	56 228 752	52 730 165	4,48%
Dont achats matières, produits et marchandises à caractère médical	29 313 905	33 194 051	37 883 054	33 779 744	4,84%
Dont fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique	12 011 641	12 269 998	13 284 347	13 828 055	4,81%
Dont fluides et autres consommables	3 964 611	3 875 497	4 156 791	4 277 502	2,56%
Services extérieurs* (b)	16 820 470	17 135 014	18 185 400	19 522 849	5,09%
Dont entretien et réparations à caractère médical	2 074 850	2 226 565	2 410 584	2 602 849	7,85%
Dont entretien et réparations à caractère non médical	2 108 168	1 888 528	1 999 765	2 532 440	6,30%
Dont Laboratoires	1 904 213	1 870 827	1 986 719	2 112 594	3,52%
Dont imagerie	275 318	257 437	466 748	438 403	16,77%
Dont primes d'assurance	1 090 229	838 661	827 677	862 613	-7,51%
Dont études et recherches	26 584	9 544	24 030	102 575	56,85%
Dont divers services extérieurs	221 832	206 144	117 885	182 821	-6,24%
dont personnel extérieur	1 078 441	1 306 136	1 673 902	1 898 052	20,74%
Taxes et impôts	28 690	9 855	9 676	9 014	-32,02%
taxes sur rémunérations	12 719 875	12 828 311	13 141 027	13 288 298	1,47%
Rémunérations et autres charges de personnel	95 864 996	96 566 430	99 410 682	102 087 203	2,12%
Charges sociales	37 773 975	37 780 875	38 755 476	38 967 450	1,04%
Autres charges de gestion courante	68 407 346	68 285 280	68 876 654	70 445 708	0,98%
dont contributions aux GCS	59 654 442	59 467 225	59 963 697	61 226 324	0,87%
dont Contributions aux GIP et associations	8 586 012	8 460 437	8 381 020	8 279 872	-1,20%
Total charges de gestion	277 855 537	282 832 628	294 607 669	297 050 686	2,25%

Source : comptes financiers.

3.1.2.1 Des charges à caractère médical structurellement importantes

Les charges de gestion de l'établissement paraissent supérieures à celles enregistrées pour les établissements comparables même si l'année 2018 s'est traduite par une diminution des volumes d'achats. Ce poids important des charges médicales s'explique par une activité importante en nombre de séances puisque le CHIC réalise 27 % (48 % en radiothérapie) des séances de l'ensemble des six établissements comparables bretons mais seulement 18 % des RSA ce qui nécessite des achats importants de molécules onéreuses.

3.1.2.2 La masse salariale

La masse salariale est de 154,3 M€ en 2018, en croissance moyenne annuelle de 1,8 % entre 2015 et 2018. Les effectifs ont augmenté en moyenne de 0,66 % par an sur la même période, passant de 2 849 à 2 906 agents en équivalent temps plein moyen rémunéré, en particulier avec le recrutement d'équipes soignantes (+37 agents soignants et 18 personnels médicaux).

Tableau n° 13 : Evolution de la masse salariale

En €	2015	2016	2017	2018	% moyen annuel
Taxes sur rémunérations	12 719 875	12 828 311	13 141 027	13 288 298	1,47%
Rémunérations et autres charges de personnel	95 864 996	96 566 430	99 410 682	102 087 203	2,12%
Personnel titulaire et stagiaire	63 367 141	64 638 414	65 140 838	65 245 743	0,98%
+ Personnel en CDI	1 297 142	1 435 531	1 418 989	1 460 569	4,03%
+ Personnel en CDD	10 370 247	10 158 286	11 315 515	13 049 693	7,96%
+ Contrats aidés et apprentis	788 780	501 786	394 975	120 512	-46,54%
- Atténuations de charges	107 820	133 556	110 318	110 158	0,72%
= Rémunérations du personnel non médical	75 715 490	76 600 461	78 159 998	79 766 359	1,75%
Praticiens hospitaliers	12 079 139	12 415 058	13 092 301	13 744 255	4,40%
+ Praticiens hospitaliers contractuels	2 112 811	2 082 909	2 519 670	2 685 376	8,32%
+ Internes et étudiants	2 445 187	2 426 652	2 367 937	2 469 045	0,32%
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	3 493 033	2 935 168	3 053 313	3 184 227	-3,04%
- Atténuations de charges	3 425	865	339	2 808	-6,41%
= Rémunérations du personnel médical	20 126 745	19 858 923	21 032 882	22 080 095	3,14%
Charges sociales	37 773 975	37 780 875	38 755 476	38 967 450	1,04%
Charges sociales nettes sur personnel non médical	30 897 670	31 144 709	31 688 429	31 582 646	0,73%
Charges sociales nettes sur personnel médical	6 876 305	6 636 167	7 067 047	7 384 803	2,41%
Total Masse salariale	146 358 846	147 175 617	151 307 186	154 342 951	1,79%

Source : ANAFI d'après comptes financiers uniques.

En parallèle, les salaires moyens ont augmenté en moyenne de 1,1 % par an et de 3,4 % entre 2015 et 2018. L'âge moyen des praticiens est passé de 46,3 ans en 2015 à 45,49 en 2018 ce qui a permis de limiter l'augmentation des salaires moyens.

Les mesures nationales telles que l'augmentation du point d'indice de la fonction publique (0,6 % au 1^{er} juillet 2016 et au 1^{er} février 2017) et la refonte des carrières, dont le coût est évalué à près de 1,9 M€, ont annulé les gains de l'effet noria liés à un rajeunissement des personnels.

Tableau n° 14 : Evolution des salaires moyens versés

En euros	2015	2016	2017	2018	% moy an.
Total Masse salariale	146 358 846	147 175 617	151 307 186	154 342 951	1,79%
Rémunérations du personnel non médical	75 715 490	76 600 461	78 159 998	79 766 359	1,75%
Rémunérations du personnel médical	20 126 745	19 858 923	21 032 882	22 080 095	3,14%
Salaires moyens	51 373	51 671	52 736	53 119	1,12%
Rémunérations moy. Person. non médical	28 586	28 973	29 439	29 682	1,26%
Rémunérations moy. Person. médical	100 503	97 119	98 197	101 192	0,23%

Source : CRC d'après comptes financiers et bilans sociaux.

3.1.2.3 Le recours à l'intérim médical

Le CHIC rencontre des difficultés de recrutement de personnels titulaires pour couvrir en particulier les postes vacants d'urgentistes et d'anesthésistes. Malgré les démarches engagées, sept postes ne sont pas pourvus. Le CHIC doit recourir systématiquement à des praticiens intérimaires afin de maintenir ses obligations en termes de permanence des soins ce qui représentait, en 2018, près de 2,5 équivalents temps plein (527 jours). Ce surcoût est évalué par l'établissement pour 2019 à 530 000 €.

3.1.3 La formation de l'autofinancement

La croissance des dépenses supérieure à celle des recettes a entraîné une diminution de la marge brute de l'établissement qui passe de 13,7 à 11,7 M€ entre 2015 et 2018, soit une diminution moyenne de 5 % par an, qui s'accélère pour atteindre 8,3 % en 2018.

La marge brute est de 4,6 % des recettes hors mises à dispositions de personnels en 2018 alors qu'elle était de 5,7 % en 2015. Ce taux est significativement trop faible pour permettre dans de bonnes conditions le renouvellement du patrimoine.

Tableau n° 15 : La formation de l'autofinancement

En €	2015	2016	2017	2018	% moyen annuel
Produits de gestion courante	291 537 363	296 292 851	307 343 542	308 724 060	1,93%
Total charges de gestion	277 855 537	282 832 628	294 607 669	297 050 686	2,25%
Marge brute	13 681 826	13 460 223	12 735 874	11 673 373	-5,15%
Valeur ajoutée	201 571 973	202 893 059	205 079 888	206 128 990	0,75%
- Frais financiers réels (y c. pertes de change)	2 503 930	2 320 588	2 120 122	1 982 891	-7,48%
+ Produits financiers	84 399	126 144	158 108	121 428	12,89%
Résultat financier	-2 419 531	-2 194 444	-1 962 013	-1 861 463	-8,37%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	1 608 037	2 759 035	2 105 032	1 883 728	5,42%
- Charges exceptionnelles réelles	1 168 661	1 777 380	1 909 540	1 161 162	-0,21%
Résultat Exceptionnel	439 376	981 655	195 492	722 566	18,04%
= Capacité d'autofinancement brute	11 701 671	12 247 434	10 969 353	10 534 477	-3,44%
<i>Loyer Crédit bail</i>		263 224	526 412	409 450	
Capacité d'autofinancement corrigée	11 701 671	12 510 658	11 495 765	10 943 927	0
- Dotations nettes aux amortissements	13 412 790	13 831 715	14 078 492	13 330 484	-0,20%
Quote-part des subventions d'inv. transférés	477 422	271 017	262 791	276 448	-16,65%
- Dotations nettes aux provisions	91 874	-779 356	-1 467 230	-1 395 355	-347,65%
Produits de cessions des éléments d'actifs	364 779	2 600	1 600	47 120	-49,45%
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	85 844	9 375	9 789	63 900	-9,37%
Résultat net comptable	-1 046 636	-540 683	-1 387 307	-1 140 984	2,92%
Remboursements d'emprunts	10 187 954	9 000 672	8 866 563	8 614 056	-5,44%
= Capacité d'autofinancement nette	1 513 717	3 246 763	2 102 790	1 920 420	8,26%

Source : Comptes financiers uniques.

La marge brute s'est réduite de 2 M€ entre 2015 et 2018 tandis que l'annuité s'est réduite de 2,1 M€ permettant ainsi le maintien de la capacité d'autofinancement nette de l'hôpital. L'autofinancement est passé sur la période de 11,7 à 10,5 M€.

L'établissement a pu réduire ses charges financières à 1,9 M€, soit une amélioration de 0,5 M€ obtenue à 40 % grâce au désendettement et à 60 % par la diminution des taux d'intérêts. L'encours repose toutefois pour 67 % sur des emprunts à taux fixes ce qui n'a pas permis de pleinement profiter de la baisse des taux.

L'encours de dette est de 65,2 M€ au 31 décembre 2018, en diminution de 7,6 M€ depuis 2015. La capacité de remboursement de l'établissement de six années est bonne et maîtrisée, avec une durée résiduelle moyenne de la dette de dix ans et une durée apparente de sept ans et demi. La capacité d'autofinancement nette de la dette, de 2 M€, est équivalente à la moyenne des établissements comparables. La réduction de l'encours et de la durée de la dette depuis 2016 a permis de réduire le niveau de remboursement des emprunts de 1,6 M€ et ainsi de compenser la baisse des ressources d'exploitation.

Tableau n° 16 : La soutenabilité de la dette

<i>En euros</i>	2015	2016	2017	2018	% moyen annuel
Dettes financières	72 730 012	70 264 011	67 278 106	65 163 050	-3,60%
Crédit bail		4 423 333	3 981 000	5 739 890	
Total dettes financières	72 730 012	74 687 344	71 259 106	70 902 940	-0,84%
Taux d'intérêt apparent	3,3%	3,1%	2,9%	2,9%	-4,95%
Capacité d'autofinancement corrigée (crédit bail)	11 701 671	12 510 658	11 495 765	10 943 927	0
Durée remboursement apparente	7,14	7,81	7,59	7,56	1,95%
Capacité de remboursement (encours/CAF)	6,22	5,74	6,13	6,19	-0,16%
Capacité de remboursement (corrigée)	6,22	5,62	5,85	5,95	-1,42%

Source : CRC d'après comptes financiers.

Le profil de la dette de l'établissement, dont la durée de vie est proche de six ans, présente une diminution rapide des remboursements d'ici 2023, année où le remboursement actuel de la dette passera à 6,1 M€ puis, en 2024, à 4,9 M€, donnant ainsi de nouvelles marges de manœuvre.

Plus globalement, l'hôpital n'a pas renégoциé sa dette au regard des pénalités encourues. Il conserve ainsi des emprunts à taux fixes qui peuvent être considérés comme élevés. De même, l'établissement a contracté un SWAP¹⁵ de taux d'intérêt afin de fixer à 3,35 % un taux variable en 2009 jusqu'en 2022. En 2018, cette opération s'est révélée très déficitaire puisque pour 15 000 € payés, il a dû verser en plus 1 000 € en raison des taux négatif sur le TAG03. Au regard des enjeux, la chambre recommande à l'établissement de mettre en place une politique de gestion active de la dette.

Recommandation n° 5 Mettre en place une gestion active de la dette.
--

¹⁵ Un swap de taux est un contrat dans lequel deux contreparties s'engagent mutuellement à se verser des flux financiers. La contrepartie paye les intérêts à taux fixe pour recevoir un taux variable.

Le niveau des dotations aux amortissements, de 13 à 14 M€, n'est toutefois pas couvert par des ressources d'exploitation ce qui entraîne un résultat comptable déficitaire supérieur à 1,9 M€ en 2018. Toutefois, jusqu'en 2018, grâce en partie à son désendettement, le CHIC conservait des marges de manœuvre avec une capacité de désendettement suffisante pour faire face à ses engagements financiers.

3.1.4 Les résultats prévisionnels 2019 marquent une rupture

L'activité 2019 estimée en septembre de la même année apparaissait en progression de 0,4 % notamment en ambulatoire. Plus largement, les activités hors séances ainsi que le nombre de séances progresseraient. Les produits de la T2A augmenteraient de 1,3 M€, passant de 109 à 110,3 M€.

Dans le cadre de son plan de maîtrise économique et financière, l'établissement a réduit le nombre de lits de chirurgie. Cette réduction aurait permis une diminution des effectifs à hauteur de 16,19 ETP (6,31 ETP d'infirmier et 9,8 ETP d'aide-soignant). Cette nouvelle organisation, mise en place en septembre 2019, représente une économie estimée à 170 000 € sur l'année 2019. Malgré cela, les comptes provisoires établis début mars 2020 anticipent une croissance de la masse salariale qui passerait de 141,1 à 145,4 M€ en raison de mesures nationales (+1,5 M€) mais aussi de recrutements (+2,4 M€).

Par ailleurs, les volumes d'achats consommés passeraient de 52,7 à 55,9 M€, en raison de la diminution des stocks (+1 M€) et des achats de médicaments ou de produits sanguins (+1,4 M€).

L'autofinancement passerait ainsi, de 10,5 à 5,3 M€ et le résultat serait déficitaire à hauteur de 7,1 M€ sans pour autant que l'endettement ait été réduit, 8,2 M€ d'emprunts nouveaux ayant été mobilisés en 2019. Ce niveau d'autofinancement devient très insuffisant et ne permet plus de couvrir le remboursement de la dette de 8,8 M€ en 2019.

Le solde de trésorerie devient déficitaire de 6,5 M€ au 31 décembre 2019 et les dettes fournisseurs seraient passées de 5,9 à 10,9 M€. La situation 2019 deviendrait préoccupante si elle devait se confirmer.

La dégradation de la productivité médicale annoncée par l'établissement pour 2019 avec un nombre de séjours en faible évolution (42 335 en 2019 pour 42 224 en 2018) et un nombre de médecins passant de 199,5 à 230,4 ETP entre 2018 et 2019 ainsi que les effets de la crise sanitaire liée à la Covid-19 risquent de dégrader significativement la situation financière de l'établissement pour 2020.

3.1.5 Les résultats analytiques

Le pôle chirurgie apparaît lourdement déficitaire à hauteur de 3,3 M€. Le résultat analytique 2018 affiche toutefois une maternité excédentaire de 482 000 € en 2018, en augmentation de 186 000 € par rapport à 2017 malgré une diminution du nombre d'accouchements sur le territoire. La maternité a travaillé sur les effectifs et sur son capacitaire pour s'adapter au mieux, en supprimant, sur la période, huit lits. Par ailleurs, les équipes médicales sont partagées avec la gynécologie chirurgicale et médicale ce qui rend parfois complexe la stricte séparation des charges.

Tableau n° 17 : Résultats analytiques 2016 et 2017

<i>En euros</i>	Pôle Femme-enfants		Pôle chirurgie		Pôle médicotechnique*		Pôle médical oncologie	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Produits directs	23 293 793	23 224 171	33 585 185	34 825 178	55 112 098	59 606 803	76 579 463	78 440 824
Prestations médicotechniques (recettes)	109 511	118 451	20 628 739	22 139 348	17 724 932	18 353 379	188 013	179 932
Prestations logistique clinique (recettes)			11 213	15 914	481 130	502 365		
Charges de personnel	16 289 995	16 597 002	26 253 648	28 241 863	55 112 098	59 606 803	51 380 945	54 512 619
Prestations hôtelières (charges)	469 202	456 601	556 681	666 347	726 842	836 617	1 581 640	1 457 375
Charges médical indirectes	4 171 476	3 804 806	20 743 639	22 521 398	5 509 201	5 762 998	11 254 902	11 666 354
Charges hôtelières et générales	3 637 322	3 385 908	9 271 060	8 814 913	8 949 266	9 312 244	8 395 147	8 471 129
Résultat analytique	-1 164 692	-901 696	-2 599 892	-3 264 081	3 020 754	2 943 886	4 154 842	2 513 280

Source : CREA 2017 – CHIC.

*dont urgences

Le coût de journée chirurgie en hospitalisation complète en 2017 était de 892 € pour une moyenne nationale de 783 €. En particulier, le surcoût des charges médicotechniques, selon la comptabilité analytique de 2017, était de 2 M€ (373 €/jour pour une moyenne nationale de 302 € et régionale de 339 €).

3.2 La situation patrimoniale de l'établissement

3.2.1 Le financement des investissements

L'établissement a réalisé pour 47,4 M€ d'investissements entre 2015 et 2018 financés à 19 % par l'autofinancement et à 75 % par des emprunts nouveaux ou du crédit-bail, proportion supérieure à un partage des risques équilibré entre ressources propres et financements bancaires des investissements nouveaux. Ce niveau d'investissement apparaît limité puisque le CHIC se situait en 2018, selon le site Hospidiag qui permet des comparaisons entre établissements, un peu au-dessus des deux premiers déciles des établissements de même typologie (établissements ayant le même niveau d'activité) en matière d'intensité de l'investissement et dans les deux derniers déciles en matière de vétusté des bâtiments. Le CHIC, en raison de la faiblesse de sa marge brute a progressivement moins investi que les établissements comparables alors que ses bâtiments connaissent un vieillissement croissant et supérieur à la moyenne de ses concurrents.

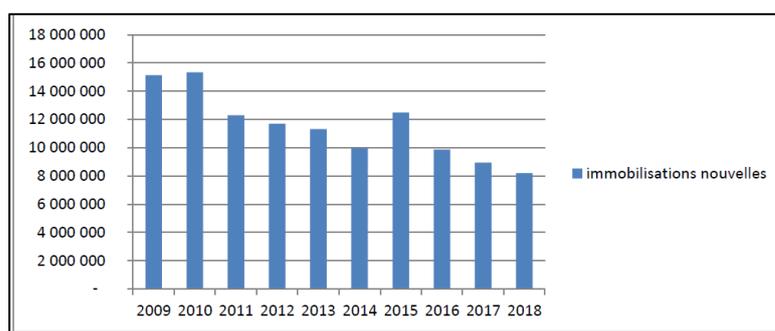
Tableau n° 18 : Tableau de financement des investissements

En €	2015	2016	2017	2018	Cumul
Ressources					
Capacité d'autofinancement nette	1 513 717	3 246 763	2 102 790	1 920 420	8 783 690
emprunts nouveaux	8 857 200	6 534 670	5 880 658	6 499 000	27 771 528
Crédit-bail		5 308 000		2 641 469	7 949 468
Dotations et subventions	1 698 271	991 593	425 630	220 387	3 335 881
Autres ressources	592 154	5 322	65 636	55 912	719 023
Total des ressources	12 661 342	16 086 347	8 474 713	11 337 187	48 559 590
Emplois					
Investissements	12 482 048	9 860 648	8 946 847	8 186 388	39 475 932
Crédit-bail		5 308 000		2 641 469	7 949 468
Autres emplois	1 650 350	25 181	555	10 746	1 686 832
Total des emplois	14 132 398	15 193 829	8 947 402	10 838 603	49 112 232
Variation du fonds de roulement	-1 471 056	892 518	-472 689	498 584	-552 642

Source : comptes financiers uniques.

Les investissements menés en 2015 représentaient un pic tandis que les tensions sur le compte de résultat ont amené l'établissement à réduire progressivement le niveau de ses investissements.

Dans sa réponse, le CHIC affirme qu'en 2019, il renouvelait ses immobilisations de manière plus importante que la médiane des établissements, d'environ 1,2 point supplémentaire. Il attribue cette progression aux investissements réalisés en matière de systèmes d'informations et d'équipement biomédical en particulier (accélérateurs de particules, déploiement du système d'information territorial).

Graphique n° 1 : Immobilisations nouvelles

Source : CHIC annexe 1 à la note sur la situation financière à la clôture 2018.

Jusqu'à présent, la faiblesse de ces investissements ne présentait pas un risque particulier puisque la polyclinique Sud avait des taux de vétusté comparables (81,7 % pour les équipements et 54,5 % pour les bâtiments en 2015, dernier exercice disponible) et une intensité d'investissement moindre (1,9 % en 2015). Toutefois, le regroupement de l'offre privée sur un nouveau site devra amener le CHIC à investir afin de conserver son attractivité.

3.2.2 L'équilibre du bilan financier du CHIC

Les résultats comptables déficitaires ont provoqué entre 2015 et 2018 une diminution des fonds propres de 5,9 M€ qui s'additionne à la réduction de l'endettement à hauteur de 7,6 M€. Les ressources permanentes ont donc diminué de 13,4 M€. Toutefois, la valeur des immobilisations nettes d'amortissements s'est réduite sur la même période de 14,3 M€ permettant une amélioration du fonds de roulement de 0,9 M€.

Tableau n° 19 : Le fonds de roulement

En €	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moy
+ Apports, réserves et reports	42 076 443	39 038 485	38 928 632	37 698 875	-3,60%
+ Résultat de l'exercice	-1 046 638	-540 683	-1 387 307	-1 140 984	2,92%
= Capitaux propres	41 029 805	38 497 802	37 541 325	36 557 891	-3,77%
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	3 249 775	3 958 758	3 695 967	3 482 357	2,33%
+ Provisions pour risques et charges	2 542 480	4 362 960	3 626 547	2 194 907	-4,78%
+ Provisions réglementées	10 043 929	9 548 691	8 892 016	8 765 189	-4,44%
= Fonds propres élargis	56 865 989	56 368 211	53 755 855	51 000 344	-3,56%
+ Dettes financières	72 730 012	70 264 011	67 278 106	65 163 050	-3,60%
= Ressources stables (a)	129 596 001	126 632 222	121 033 961	116 163 394	-3,58%
Immobilisations d'exploitation nettes	109 509 740	105 527 101	100 334 332	95 117 551	-4,59%
+ Immobilisations financières	37 379	62 036	55 091	65 830	20,76%
= Actif immobilisé net (b)	109 547 119	105 589 137	100 389 422	95 183 381	-4,58%
+ Provisions sur actif circulant (c)	559 403	457 718	383 575	546 687	-0,76%
Fonds de roulement (a-b+c=d)	20 608 285	21 500 803	21 028 114	21 526 700	1,46%

Source : comptes financiers uniques.

L'actif circulant a fortement augmenté sur la période, passant de 44,3 à 51 M€ entre 2015 et 2018 (soit +6,7 M€). En particulier, les stocks sont passés de 3 à 4,4 M€ soit de 25 à 32 jours tandis que les délais de recouvrement se sont détériorés. Les délais de recouvrement des recettes auprès de la sécurité sociale sont passés de 50 à 56 jours après avoir été de 60 jours en 2017. De même, les délais d'encaissement des mutuelles, de 127 jours en 2018, sont en augmentation. La gestion de l'actif circulant s'est détériorée sur la période, ce qui a amené l'établissement à avancer plus de trésorerie pour son exploitation.

En regard, les dettes de court terme de l'établissement n'ont progressé que de 3,7 M€. Les délais de paiement des fournisseurs sont de 22 jours en 2018. Le besoin en fonds de roulement a augmenté de 3 M€ entre 2015 et 2018.

L'importance du besoin en fonds de roulement a imposé à l'établissement de mobiliser ses lignes de trésorerie afin de financer son activité. La trésorerie du CHIC est structurellement déficitaire et dépendante des établissements bancaires. Sauf à améliorer la gestion de ses stocks ou sa politique de recouvrement des créances, l'établissement devra mobiliser un nouvel emprunt afin d'augmenter ses capitaux permanents et disposer d'une trésorerie positive.

Tableau n° 20 : La trésorerie du CHIC

En €	2015	2016	2017	2018
Fonds de roulement	20 608 285	21 500 803	21 028 114	21 526 700
Besoin en fonds de roulement	21 148 459	26 026 433	25 928 219	24 139 449
Trésorerie nette	-540 174	-4 525 630	-4 900 104	-2 612 740
en nbre de jours de charges courantes	-4	-6	-7	-4
dont trésorerie active	492 050	167 043	93 460	381 933
dont financement à très court terme	970 000	4 650 000	4 970 000	2 970 000

Source : CRC d'après comptes financiers.

Les résultats fortement déficitaires attendus en 2019 et le maintien de l'endettement devraient se traduire par une diminution du fonds de roulement de 5,4 M€ que ne compenseraient pas des délais de paiement des fournisseurs plus longs, qui passeraient à 29 jours. Le besoin en fonds de roulement ne serait réduit en 2019 que de 1,5 M€ et la trésorerie se dégraderait pour atteindre un déficit de 6,5 M€.

3.2.3 La programmation pluriannuelle

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018 incorporé dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2018 prévoit une croissance des recettes de 0,82 % en moyenne annuelle, parallèle à l'évolution des dépenses. La marge brute resterait supérieure à 14,7 M€ et la capacité d'autofinancement à 12,7 M€ en 2022, prévision qui n'apparaît pas atteinte en 2019.

L'établissement prévoit un effort d'investissement de 3 % des produits courants de fonctionnement soit 9,5 M€ par an, permettant une diminution de l'encours de dette à 52,7 M€ en 2022. Le PGFP ne paraît pas prendre en compte l'ouverture des projets relatifs au regroupement des cliniques qui représente un risque en matière d'évolution des produits. L'évolution prévue, sans investissement majeur permettant d'afficher une modernisation comparable à celle des cliniques, paraît ambitieuse.

Enfin, le CHIC fait le choix d'une trésorerie négative sur le long terme ce qui représente un risque de dépendance vis-à-vis d'un établissement de crédit, ce dernier assurant l'équilibre de la trésorerie quotidienne et donc la capacité à payer les dettes exigibles.

Tableau n° 21 : Principaux éléments du PGFP 2018

<i>En euros</i>	2019	2020	2021	2022	% moy. An.
Produits courants de fonctionnement (a)	306 185 778	308 553 608	310 960 302	313 766 384	0,82%
dont produits de l'activité	168 485 481	170 511 946	171 970 198	173 505 655	0,98%
Charges nettes courantes de fonctionnement (b)	291 490 041	293 485 438	296 321 109	298 989 921	0,85%
dont charges nettes de personnel	157 761 509	159 708 222	161 586 345	163 546 393	1,21%
Résultat prévisionnel CRPP	-597 208	-313 918	860 677	1 026 359	-219,8%
Résultat comptable toutes activités confondues	-560 634	-402 783	957 665	1 234 501	-230,1%
Marge brute	14 695 738	15 068 169	14 639 192	14 776 463	0,18%
Capacité d'autofinancement	12 584 727	12 967 816	12 558 771	12 745 574	0,42%
Taux de marge brute	4,80%	4,88%	4,71%	4,71%	-0,63%
Taux de CAF	4,1%	4,2%	4,0%	4,1%	-0,33%
CAF Nette (Valeur)	3 803 759	4 000 018	3 565 596	3 492 534	-2,81%
Remboursement de la dette	8 780 968	8 967 797	8 993 176	9 253 039	1,76%
Annuité	10 951 909	11 128 619	11 134 607	11 345 484	1,18%
Actif immobilisé	312 107 181	321 001 319	330 501 319	340 001 319	
Encours de dette	62 416 640	59 568 843	56 275 667	52 722 628	
Fond de roulement net global (FRNG)	17 579 859	18 209 877	17 985 473	17 688 008	
Besoin en fonds de roulement au 31/12	19 300 000	19 300 000	19 300 000	19 300 000	
Financements à court terme	2 000 000	1 300 000	1 600 000	1 800 000	
Effort d'investissement (en % des produits courants de fonctionnement)	3,10%	3,08%	3,06%	3,03%	
Investissements	9 491 759	9 503 451	9 515 385	9 507 121	

Source : EPRD 2018.

3.3 Le contrat de retour à l'équilibre

Un contrat de retour à l'équilibre (CRE) a fait l'objet d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le 2 juillet 2019. Il fixe un objectif de 2,4 M€ de recettes supplémentaires, en particulier avec le développement de l'activité (0,75 M€), l'optimisation de recettes (0,7 M€) et l'optimisation du codage (0,9 M€). Par ailleurs, des réductions de dépenses sont attendues à hauteur de 2,7 M€ dont 2,4 M€ de réduction de la masse salariale. Le développement de l'ambulatorie permettrait de réduire les besoins de 17 ETP (-650 000 € en 2019 et 2020) tandis que la réorganisation des services de soins permettrait une économie cumulée de 0,7 M€. La révision du temps de travail permettrait une économie de 700 000 €. La réduction des missions d'audit est prévue permettant une économie de 250 000 €.

Ces mesures permettraient de retrouver un équilibre comptable en 2021 de 1,1 M€ et un autofinancement de 11,7 M€.

Les objectifs en matière d'amélioration du codage n'apparaissent toutefois pas documentés. L'organisation du DIM, chargé du codage des actes, est globalement centralisée avec seulement une décentralisation pour quelques services (réanimation, urgences...). La centralisation permet en général une bonne qualité du codage et les contrôles exercés par l'assurance maladie n'ont pas abouti à des rectifications significatives ou à des sanctions. En revanche, la centralisation, notamment au sein de structures importantes peut poser des problèmes d'exhaustivité voire de retards de saisie. Aussi, la qualité de la communication entre le DIM et les services détermine la qualité et l'exhaustivité du codage.

Composé de 11 personnes, le département a dû faire face à des changements d'outils qui ont entraîné des retards de transmission, ce qui a également pu retarder le travail de sensibilisation du DIM auprès des services quant à la qualité des informations transmises. L'atteinte des objectifs fixés par le CRE, s'ils apparaissaient réalistes, reste subordonnée à une sensibilisation des services quant à la qualité des courriers contenus dans le dossier patient informatisé.

Dans sa réponse, le CHIC affirme vouloir renforcer la sensibilisation des équipes médico-soignantes. En plus des actions en cours, il prévoit, à partir de septembre 2020, un dialogue mensuel individualisé entre techniciens du DIM et chaque service. En 2021, il projette d'instituer un collège de l'information médicale, sous-commission de la CME, afin de sensibiliser les cliniciens à l'information, aux règles labiles du codage, à la médico-économie, et de pouvoir ainsi disposer d'interlocuteurs et de référents au sein de l'établissement.

4 LA GESTION INTERNE

4.1 La gestion des ressources humaines

Les bilans sociaux sont conformes à la réglementation. Ils n'abordent toutefois pas les questions de mises à disposition de personnels reçues et accordées ce qui, en présence de GCS de moyens importants, pourrait constituer, si elle était fournie, une information importante pour la bonne compréhension des enjeux sociaux de l'établissement.

4.1.1 Les effectifs

4.1.1.1 Les évolutions d'effectifs

Les effectifs non médicaux sont passés de 2 649 équivalent temps plein (ETP) en 2015 à 2 687 en 2018. Le nombre d'ETP rémunérés des titulaires/stagiaires a diminué entre 2016 et 2017 du fait du nombre de disponibilités, de congés parentaux et de départs à la retraite plus importants en 2017. Le nombre d'ETP rémunérés des titulaires/stagiaires a également diminué entre 2017 et 2018 pour les mêmes raisons qu'en 2017. Globalement, les ETP rémunérés ont augmenté de 32,44, du fait des nouvelles organisations et des mesures prises pour pallier l'absentéisme.

Tableau n° 22 : Evolution des effectifs par catégories de personnels

<i>EPTR moyens</i>	2015	2016	2017	2018	% moy an.
<i>Personnel non médical</i>	2 648,68	2 643,82	2 654,95	2 687,39	0,48%
<i>dont administratif</i>	301,52	302,93	313,85	329,93	3,05%
<i>dont soignant</i>	1 789,75	1 802,55	1 808,44	1 826,95	0,69%
<i>dont médico-technique</i>	140,10	145,38	144,98	149,31	2,14%
<i>dont technique et ouvrier</i>	339,15	333,59	332,69	339,27	0,01%
<i>autres (contrats aidés et apprentis)</i>	47,68	28,98	22,72	7,09	-47,02%
<i>Personnel médical *</i>	200,26	204,48	214,19	218,20	2,90%
Total	2 848,94	2 848,30	2 869,14	2 905,59	0,66%

Source : bilans sociaux.

*hors internes et étudiants en médecine

NB : L'augmentation de l'effectif administratif est liée à l'augmentation du tableau des emplois des assistants médico-administratifs (effet de la suppression des contrats aidés) – source bilan social 2018.

4.1.1.2 Le taux de rotation et l'absentéisme

L'établissement ne rencontre pas de problèmes de recrutement, hormis pour certaines spécialités (urgentistes et anesthésistes), ce qui lui a permis de renforcer ses effectifs qui passent de 204 à 218 ETP médicaux. Ce personnel médical est également fidèle avec une rotation limitée à 5 % en 2018. En moyenne, nationalement, le taux de rotation du personnel médical était de 27,7 % en 2017 alors que le taux médian est de 16,2 %, même si ce taux était lié à certains établissements.

Le taux de turn-over du personnel non médical (PNM), de 6,54 % en 2018, augmente de 0,67 point avec un nombre d'entrées en augmentation entre 2017 et 2018 même si le nombre de départs a quant à lui diminué. Ce taux de rotation est faible et témoigne d'une fidélisation du personnel en comparaison de la moyenne nationale de 9,50 % en 2016.

Le nombre de jours d'absence du personnel non médical a progressé de 6 855 jours entre 2016 et 2018, passant de 71 558 à 78 413 jours. De 7,58 % en 2017, le taux d'absentéisme est inférieur à la moyenne de 8,4 % pour les hôpitaux comparables. En 2017, le nombre de jours d'absence par personnel médical était de 10 (dont 3,8 pour la maladie ordinaire et 3,8 pour la maternité) et de 29 pour les PNM dont 14,2 pour la maladie ordinaire et 4,6 pour la maternité ou encore 6,2 pour la longue maladie.

4.1.2 Le régime indemnitaire

Le décret n°88-1083 du 30 novembre 1988 relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents précise dans son article 1 que « *les fonctionnaires titulaires et stagiaires (...) perçoivent une prime spécifique mensuelle dont le montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la fonction publique et du budget* » réservant ainsi le versement de cette indemnité aux seuls fonctionnaires. Pourtant, plus de 160 000 € ont été versés en 2019 à des agents non titulaires, montant en augmentation puisque 118 000 € de primes spécifiques avaient été versées en 2015 aux agents contractuels.

Recommandation n° 6 Cesser le versement de la prime spécifique aux agents non titulaires afin de se mettre en conformité avec le décret n°88-1083 du 30 novembre 1988.

4.2 La flotte de véhicules du CHIC

La flotte du CHIC est composée de 70 véhicules, dont 12 affectés à Concarneau et un à Douarnenez. Près de 70 % de ces véhicules ont dix ans et plus, et dix ont plus de vingt ans. Deux mécaniciens gèrent cette flotte au sein d'un garage doté de trois ponts ce qui semble surdimensionné. Il a été constaté que le garage du CHIC servait de lieu de débarras et de réparation de chaises roulantes, fauteuils divers, et autres petits matériels étrangers à la gestion d'une flotte automobile.

L'ensemble des coûts liés au choix d'un parc relativement ancien, qui induit des frais d'entretien et de fonctionnement élevés, devra être mis en regard avec les coûts d'un renouvellement périodique des véhicules, afin d'adopter la stratégie la plus rationnelle d'un point de vue économique.

4.3 La stérilisation

La valorisation de la stérilisation¹⁶ est de 1,6 M€ par an avec un coût moyen de l'unité produite supérieur de 9 % à la moyenne des établissements de santé et même de 16 % par rapport à la médiane, les CHU étant 48 % moins chers par unité, ce qui induit un surcoût de 230 000 €.

La masse salariale du CHIC affectée à cette activité est la plus élevée des établissements bretons comparables, avec en particulier un coût moyen des personnels supérieurs de 4 % et des effectifs surdimensionnés. La productivité du CHIC, de 171 389 unités d'œuvre par agent, inférieure de 13,7 % à la moyenne par ETP, explique ce coût unitaire sensiblement supérieur à la moyenne.

Le CHIC est invité à réfléchir au mode de gestion de cette activité qui recèle des économies d'échelle possibles.

4.4 Le département des ressources matérielles et la politique achats

4.4.1 Présentation de l'organisation du département

Le département des ressources matérielles (DRM) est composé de la direction du patrimoine, des travaux et du biomédical et de la direction des achats, de la logistique et de l'hôtellerie.

4.4.2 Les fonctions techniques

4.4.2.1 Organisation

Les services techniques comprennent 49 agents répartis par métiers¹⁷ auxquels s'ajoutent les agents du site de Concarneau (environ 10 personnes). Des ateliers par spécialités sont répartis dans l'hôpital et dotés de petites réserves de matériels. L'atelier menuiserie est équipé de quelques grosses machines anciennes.

¹⁶ La stérilisation est une opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes portés par des milieux inertes. Sur un objet stérile, la survie de micro-organismes est improbable et un conditionnement permet de conserver la stérilité durant un certain temps.

¹⁷ Courants faibles / téléphonie, travaux, sécurité incendie, maintenance préventive / SOS dépannage, électricité, climatisation / chauffage / plomberie / gaz médicaux, menuiserie, signalétique / mécanique.

4.4.2.2 Un pilotage des services techniques à conforter - L'outil de GMAO

Le CHIC s'est récemment doté d'un outil informatique (GMAO) qui a pour objectif la saisie des tâches effectuées par les agents des services techniques. Sont ainsi récapitulées les tâches par agent, par semaine, par jour, par localisation dans l'hôpital. Toutes les tâches effectuées ne sont toutefois pas encore renseignées de manière exhaustive dans le logiciel. Néanmoins, en 2018, un peu plus de 16 000 entrées (CHIC et Concarneau) ont été effectuées sur la base d'une saisie de l'activité décentralisée, d'inégale qualité.

Le nombre d'interventions, très souvent petites et de faible complexité, est en moyenne de moins de deux par jour et par agent, tandis que certaines tâches sont effectuées par des agents alors même qu'existent des contrats de maintenance, comme les travaux d'entretien des espaces verts, ce qui correspond probablement à un travail de supervision.

L'outil GMAO n'est pour l'heure pas intégralement déployé et devrait être utilisé de manière homogène sous le contrôle des responsables d'atelier pour permettre la constitution de tableaux de bord de suivi de l'activité et un pilotage efficace de cette fonction.

4.4.2.3 Les indicateurs issus de la comptabilité analytique

Les hôpitaux produisent chaque année des restitutions individuelles de données sous forme notamment de retraitements comptables (RTC). Ces données sont établies selon une nomenclature détaillée commune à l'ensemble des hôpitaux même si la qualité des saisies est inégale.

En particulier, les surfaces dans l'œuvre, c'est-à-dire la surface intérieure « balayable » d'un bâtiment, couvertes par les personnels ouvriers et médicotechniques sont inférieures à la moyenne des six établissements bretons comparables (403m² par agent au CHIC contre une moyenne de 425m²). De même, les dépenses comptabilisées dans le compte d'entretien du patrimoine rapportées aux immobilisations indiquent un effort d'entretien externalisé supérieur aux établissements comparables bretons hors CHCB et CHBS de constructions récentes. Le choix d'une sous-traitance partielle importante avec des effectifs pourvus significatifs laisse des marges de manœuvre en termes de productivité.

Tableau n° 23 : Données comparatives de la fonction technique du CHIC

Libellés	CHIC	CHSB	CHSM	CHBS	CHCB	CHBA
ETP non médicaux (NM)	2 258,67	2 460,41	1 763,69	3 282,64	1 189,32	2 506,90
<i>Dont ETP NM - Personnels Médico-Techniques</i>	<i>144,03</i>	<i>140,46</i>	<i>64,60</i>	<i>180,88</i>	<i>57,20</i>	<i>135,38</i>
<i>Dont ETP NM - Personnels Techniques et Ouvriers</i>	<i>333,31</i>	<i>315,91</i>	<i>162,58</i>	<i>354,77</i>	<i>167,76</i>	<i>190,99</i>
Immobilisations	95 183 381	87 897 532	74 998 567	312 572 958	112 403 134	155 244 402
Recettes GHS	109 334 622	262 940 932	69 659 319	134 669 378	47 741 208	119 764 727
c/615	5 135 289	4 293 756	2 635 353	5 805 884	1 736 138	3 195 593
UO 2018	134 573	118 260	93 038	162 746	27 184	111 698
GHS / PNM	229 050	576 157	306 626	251 413	212 221	366 960
% PNM ouvriers + médico-Tech / total PNM	21,13%	18,55%	12,88%	16,32%	18,92%	13,02%
c/615 / Immobilisations	5,40%	4,88%	3,51%	1,86%	1,54%	2,06%
Nombre d'UO / Pers. Technique & ouvrier	403,75	374,35	572,26	458,74	162,04	584,84

Source : CRC à partir des comptes de gestion 2018, des données Hospidiag et des RTC 2018.

4.5 L'organisation de l'achat

4.5.1 Une politique des achats en cours d'élaboration

L'ensemble des achats du GHT représente 103 M€ dont 83 % réalisés par le CHIC, 10 % par le CH de Douarnenez et 7 % par l'EPSM. La pharmacie représente le premier poste de dépenses avec plus de 45 M€ d'achats.

Tableau n° 24 : Cartographie des achats 2018 du GHT (en euros)

Familles	Montants	Part sur l'ensemble
Pharmacie	45 055 598	43,5%
Technique et travaux	14 847 571	14,4%
Restauration	8 888 475	8,6%
Biomédical	6 027 514	5,8%
Logistique et hotellerie	5 805 358	5,6%
Laboratoire	5 053 842	4,9%
Blanchisserie	4 377 867	4,2%
Informatique	3 601 601	3,5%
RH intérim, MàD, indemnités	2 772 427	2,7%
Médical	2 701 325	2,6%
Produits sanguins	2 284 019	2,2%
Assurances	1 343 300	1,3%
Prestations diverses	704 510	0,7%
Total achats du GHT	103 463 407	100,0%

Source : CHIC à partir du CSO du 31 janvier 2020.

La fonction achat fait partie des fonctions mutualisées dans le cadre des GHT et se structure progressivement. La directrice des achats du CHIC, établissement support, est la directrice de la fonction achat du GHT. Le dernier organigramme en date du 31 janvier 2020 fait apparaître l'émergence d'un contrôle de gestion et d'une cellule juridique des achats. Cette fonction est appelée à se renforcer en moyens humains et informatiques avec l'acquisition d'un logiciel métier.

Le CHIC s'est doté de procédures concernant les achats avec des logigrammes détaillant les différentes étapes et les missions des acteurs, tant au niveau du cycle d'exploitation que du cycle d'immobilisations mais qui sont parfois peu lisibles.

Le CHIC a engagé, début 2020, la mise en place d'une stratégie « achats » qui se concrétisera à partir de 2020 par une cartographie des achats, l'harmonisation de la nomenclature et des imputations comptables, une cartographie des acteurs, la clarification de leurs missions, l'animation des filières d'achat, la formalisation de processus manquants sous forme de logigrammes (nouveau besoin, renouvellement d'un marché, achat de prestations intellectuelles), de délégations de signatures avec une réflexion en cours quant à leurs implications organisationnelles et administratives.

Avec 74 acteurs recensés dont 15 personnes qui participent à l'élaboration des stratégies d'achat, cette organisation reste à mettre en œuvre afin de permettre des économies d'échelle et une meilleure performance.

4.5.2 Stocks et logistique

4.5.2.1 Stocks de la pharmacie

La pharmacie, bien que territorialisée, dispose de stockages sur chacun des sites. La gestion des stocks et des commandes est différenciée selon les prix unitaires des médicaments. Les 15 % de médicaments en valeur qui représentent 75 % des flux de médicaments sont commandés selon une fréquence mensuelle, ce qui implique la constitution de stocks importants. Les produits onéreux sont achetés selon des fréquences hebdomadaires afin d'éviter de constituer des stocks et d'éventuelles péremptions.

4.5.2.2 Stocks et magasins (hors pharmacie)

Le suivi des stocks hors pharmacie est étroitement dépendant des conditions dans lesquelles s'effectue le stockage des produits. Le magasin principal est un bâtiment indépendant de l'hôpital, difficile d'accès pour de gros camions de livraison et sans quai de livraison. Sa taille est inadaptée au regard des volumes gérés, ce qui a amené à constituer une « annexe » dans un autre bâtiment. Cette situation peut entraîner un déport d'une partie des stocks vers les services, ce qui ne faciliterait pas une véritable gestion des stocks.

4.5.2.3 Indicateurs de pilotage

Le nombre de commandes de produits stockés et réceptionnés en 2019 par le magasin s'élevait à 1 365 pour 3 339 lignes¹⁸ réceptionnées, soit un ratio de 2,45 lignes par commande. Le nombre de lignes de produits stockés délivrées aux services en 2019 était également de 63 202 répartis sur 176 UF, pour un total de 1 602 711 € ce qui indique des commandes unitaires très faibles. Enfin, le CHIC manque d'informations fiables sur le nombre de commandes urgentes passées. Au global, le CHIC apparaît dépourvu d'une véritable politique de gestion des stocks.

Dans sa réponse, le CHIC rappelle que depuis fin 2019, avec la prise de fonction d'un ingénieur responsable logistique, une véritable politique de gestion des stocks est mise en place avec :

- Une orientation nouvelle du métier d'agent logistique pour mieux répondre aux besoins des services, à effectif constant ;
- La mise en place de dotations hebdomadaires pour limiter les ruptures de stock et lisser les approvisionnements ;
- Le déploiement des commandes par l'intranet depuis le progiciel de gestion de stocks pour tous les services (possibilité de tracer les commandes urgentes) ;

¹⁸ Ligne de commande : division de la commande à la référence. Si une commande concerne "x" références, on dit qu'elle est composée de "x" lignes de commandes.

- L'utilisation de comités de retour d'expérience (CREX) afin d'avoir une approche d'amélioration continue des pratiques logistiques ;
- L'uniformisation des pratiques de distribution avec la pharmacie.

Le faible montant des lignes de commandes en produits stockés (hors pharmacie) s'expliquerait selon l'établissement par :

- Des familles de produits à faible coût unitaire ;
- La réduction des volumes de commandes afin d'éviter le sur-stockage ;
- La répartition des commandes du magasin entre les gestionnaires achats qui travaillent, chacun, sur des portefeuilles achats spécialisés par famille (existence de plusieurs familles de produits au magasin : médical non stérile, hôtelier, incontinence...).

Toutefois, l'établissement confirme que le bâtiment du magasin actuel est difficile d'accès et surtout de trop petite taille. Des travaux d'extension seront selon lui nécessaires pour supprimer le magasin annexe. L'établissement estime néanmoins que la crise Covid-19 a démontré l'efficacité logistique du CHIC qui a su faire face aux besoins des services malgré une période de pénurie au niveau national et international. Cette crise a démontré, selon l'établissement, la nécessité de revoir à la hausse les stocks de produits sensibles.

4.6 Le bureau des entrées et la facturation des actes et séjours

Lors de son précédent contrôle, la chambre avait décrit le fonctionnement du bureau des entrées qui est chargé de la facturation et qui a évolué dans son organisation avec le changement de logiciel, structurant pour un tel service, intervenu en 2019. PASTEL (qui a remplacé le logiciel MGAM) a apporté au service de nombreuses améliorations et pistes d'améliorations, notamment en développant un interfaçage avec une trentaine d'applicatifs utilisés par le CHIC (tant au niveau financier, budgétaire, que sur l'aspect séjours, RH). PASTEL répond ainsi notamment à une problématique de mise en conformité avec le décret GHT.

Les allongements constatés sur les délais de facturation et de recouvrement seraient dus selon l'établissement à plusieurs mises à jour de l'ancien logiciel qui auraient empêché de facturer les hospitalisations et les consultations externes pendant deux mois. Par ailleurs, la mise en place de PASTEL a conduit à un ralentissement de l'activité de facturation dans un premier temps, à partir de juin 2019. Outre un temps de formation et d'adaptation, les bases de données des patients contenues dans l'ancien logiciel n'ont pu être récupérées qu'à minima et complétées progressivement. Enfin, des soucis d'interfaçage avec l'application Web Santé ont été constatés. Néanmoins, la clôture 2019 a pu être opérée et le déploiement du logiciel s'effectue dans le service.

Le bureau des entrées est structuré autour d'une série de guichets pour les hospitalisations et une autre pour les consultations externes. Les guichets ont pour objectifs l'admission des patients et le contrôle de leur identité, d'enregistrer le nom du médecin traitant, la pathologie qui conditionne le parcours de soins et donc la suite du processus. Le logiciel est bloquant si ce parcours n'est pas renseigné, sauf pour un ensemble de quelques pathologies spécifiques. Le patient est ensuite dirigé vers sa consultation (ou son hospitalisation).

Dans le cas des hospitalisations, un logiciel permet de vérifier les situations des patients au regard des mutuelles et de l'assurance maladie ce qui permet de limiter les rejets de remboursements.

Pour les consultations, en revanche, il n'existe pas de système de conservation numérisée des cartes de mutuelles et des données des patients. L'émission de titres de recettes se heurte alors parfois à des difficultés de recouvrement, notamment lorsqu'un patient est radié de sa mutuelle en cours d'année. La rapidité du processus de facturation dépend pour une part non négligeable de la qualité de la communication avec les caisses et mutuelles. La faible dématérialisation constitue un frein pour des recouvrements accélérés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le CHIC affirme vouloir reprendre un travail sur l'amélioration des délais de recouvrement, avec une perspective rapide de dématérialisation d'éléments nécessaires à la performance de la chaîne de facturation. Ainsi, dès l'achèvement de la clôture 2020, la gestion documentaire administrative (dématérialisation) serait mise en œuvre, facilitant ainsi la progression vers des délais de recouvrement plus réduits au service d'un pilotage professionnalisé de la trésorerie.



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