



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE LANNION

(Département des Côtes-d'Armor)

Exercices 2018 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1 PRESENTATION	9
1.1 Le contexte démographique et socio-économique	9
1.2 Le contexte sanitaire et médico-administratif	10
1.2.1 Les caractéristiques structurelles de l'hôpital	10
1.2.2 Le contexte sanitaire et social	11
1.2.3 Positionnement au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT).....	11
1.2.4 Les autres coopérations médico-administratives.....	12
2 LA GESTION ADMINISTRATIVE	13
2.1 La gouvernance et l'organisation médico-administrative	13
2.2 Stratégie et pilotage	13
2.2.1 Un projet d'établissement à établir.....	13
2.2.2 Le contrat local de santé.....	14
2.3 Les ressources humaines	14
2.3.1 Le personnel médical	14
2.3.2 Le personnel non médical	15
2.3.3 Les questions d'actualité : recrutement, pérennisation, attractivité	15
2.3.3.1 Le recrutement des personnels	15
2.3.3.2 L'absentéisme.....	16
2.3.3.3 L'intérim.....	17
2.3.4 Les frais de déplacement : un contrôle interne à renforcer	17
2.4 Le système d'information.....	18
2.4.1 L'organisation	18
2.4.1.1 La gouvernance	18
2.4.1.2 Le schéma directeur (SDSI) et les documents opérationnels	18
2.4.1.3 Les moyens consacrés au SI.....	19
2.4.2 La sécurité informatique.....	19
2.4.2.1 Les correspondants « sécurité » et « protection des données »	19
2.4.2.2 Les astreintes informatiques	19
2.4.2.3 La sécurité des dispositifs et des données	20
3 L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT	21
3.1 L'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)	21

3.1.1 Les parts de marché.....	21
3.1.2 L'activité en séjours	22
3.2 L'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR).....	24
3.3 L'activité médico-sociale	24
3.4 Un bloc opératoire dont l'utilisation doit être optimisée.....	25
4 GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE	27
4.1 Fiabilité des comptes et exécution budgétaire.....	27
4.1.1 Le contexte général	27
4.1.2 Des EPRD systématiquement votés en déficit	27
4.1.3 Les comptes d'attente.....	28
4.1.4 L'exécution budgétaire.....	28
4.2 La situation financière	29
4.2.1 Le compte de résultat et l'activité valorisée.....	29
4.2.1.1 Les évolutions globales du résultat et de ses composantes.....	29
4.2.1.2 Les produits de fonctionnement	29
4.2.1.3 Les charges de fonctionnement	30
4.2.1.4 Les financements non reconductibles de l'ARS	31
4.2.1.5 La dégradation du résultat et de l'autofinancement.....	32
4.2.2 Le bilan et ses composantes	33
4.2.2.1 La dette 33	
4.2.2.2 Les ratios de trésorerie	34
4.2.3 Projets d'investissement et perspectives financières.....	35
4.2.3.1 Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)	35
4.2.3.2 La problématique de l'investissement	36
4.2.3.3 Le rapprochement avec la polyclinique du Trégor	36
5 LES URGENCES HOSPITALIERES	39
5.1 L'offre de soins en matière de médecine d'urgence et de permanence des soins ambulatoire (PDSA).....	39
5.1.1 Le contexte régional	39
5.1.2 La particularité des territoires armoricain et lannionais : des interdépendances pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	40
5.1.2.1 La situation départementale.....	40
5.1.2.2 L'organisation partagée de l'offre de soins non programmés	41
5.1.2.3 Les conventions de partenariat liées aux urgences	41
5.2 Les caractéristiques de l'activité au sein des urgences.....	42
5.2.1 Un nombre croissant de patients admis mais avec des nuances par catégorie	42
5.2.2 Typologie des patients admis et adéquation avec le service attendu	42
5.2.3 La qualité globale du service rendu.....	43
5.2.3.1 Certification de l'établissement par la HAS	43
5.2.3.2 Les délais d'attente	43
5.2.3.3 Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG).....	44
5.2.3.4 Niveau de satisfaction des patients	44
5.3 Les moyens dévolus	45
5.3.1 Les moyens bâtimentaires et matériels.....	45

5.3.2 Les ressources humaines	45
5.3.3 Le budget et le financement du service	46
5.3.4 Le plateau technique (accès aux examens biologiques et radiologiques).....	46
5.3.4.1 La part sensible des urgences dans le médico-technique.....	46
5.3.4.2 Les conséquences de la réforme financière	47
5.4 Les questions de performance	48
5.4.1 La gestion de flux des patients	48
5.4.1.1 Les instances et les fonctions de régulation des flux	48
5.4.1.2 Les outils de gestion des flux de patients	48
5.4.1.3 La gestion en nuit profonde (0h-8h)	48
5.4.2 Le rôle spécifique de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).....	49
5.5 La fluidité du circuit de prise en charge face aux urgences	49
5.5.1 Le poids des urgences dans l'activité opératoire.....	49
5.5.2 Les outils d'évaluation	50
5.5.3 La préparation de la sortie du patient	50
5.6 Qualité, sécurité et évaluation des prises en charge	50
5.6.1 L'information du patient	50
5.6.2 Les outils et les méthodes de progrès développés par l'établissement.....	51
Annexe n° 1. Le contexte démographique et sanitaire.....	53
Annexe n° 2. Les ressources humaines	55
Annexe n° 3. Situation financière	57
Annexe n° 4. Les urgences hospitalières.....	63

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier (CH) de Lannion est un établissement public de santé dont l'activité est répartie sur deux sites, Lannion et Trestel. Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Armor, il est géré en direction commune avec le CH de Saint-Brieuc. Disposant d'un capacitaire de 717 lits et places, il emploie 1 322 professionnels en équivalent temps plein, dont 91 médicaux hors internes. Son budget annuel, tous services confondus, représente 125 M€. Il constitue la première offre de soins au sein du bassin de vie de Lannion, qui compte 65 000 habitants.

La démographie locale, limitée en nombre, est vieillissante et l'activité de l'établissement, bien que réelle et en progression depuis la fin de la crise sanitaire, se trouve contrainte par des effets de seuil : outre l'obstétrique, caractérisée par un nombre d'accouchements très réduit et en diminution constante (532 accouchements en 2022 contre 633 en 2018), son point faible réside dans la chirurgie, notamment ambulatoire, avec des parts de marché insuffisantes car directement concurrencées par le secteur privé. En outre, l'activité du bloc opératoire, qui bénéficie d'un plateau technique surdimensionné, concerne majoritairement l'activité non programmée des urgences et apparaît insuffisante. Compte tenu de son potentiel architectural, l'établissement gagnerait à élaborer une stratégie sur le long terme, dans le cadre d'un projet d'établissement comportant un schéma directeur dédié.

La situation financière de l'établissement est particulièrement préoccupante, ses résultats annuels, systématiquement déficitaires, se creusant sur la période (-7,2 M€ en 2021 et -9,6 M€ en 2022, avec un report à nouveau déficitaire de 41,6 M€ cette même année). Cette dégradation trouve son origine dans des charges de personnel croissantes du fait de l'augmentation régulière des effectifs médicaux et non médicaux et des revalorisations salariales, que la progression des recettes ne permet pas d'absorber. En outre, le CH est contraint de recourir à l'intérim médical, pour un coût compris chaque année, selon les besoins, entre 2 M€ et 2,5 M€.

Dans la mesure où il ne dégage pas la moindre marge d'autofinancement, le CH est devenu très dépendant des aides de l'agence régionale de santé (ARS). En l'état, la chambre constate l'échec des plans de redressement mis en œuvre jusqu'à présent. Dès lors, l'engagement d'investissements sur le long terme n'est aujourd'hui plus envisageable. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le taux de vétusté des équipements est aujourd'hui élevé (quelque 90 %), en raison d'un taux de renouvellement des immobilisations qui a été systématiquement insuffisant. En outre, faute d'une trésorerie suffisante, le CH pratique des délais de paiement excessifs, susceptibles à terme de fragiliser ses fournisseurs et de remettre en cause la continuité de son activité. Dans ce contexte, il est urgent que le CH se dote d'un plan global de financement pluriannuel (PGFP) prévoyant un retour à l'équilibre budgétaire et qu'il mette en place un suivi subséquent à échéances régulières.

Alors que l'établissement examine la faisabilité d'un ambitieux projet de rapprochement avec son voisin privé (polyclinique du Trégor) sous l'égide de l'ARS, la chambre estime que sa situation actuelle ne lui permet pas de s'engager dans cette voie qui comporte d'importantes contraintes immobilières et financières. Il lui faut revoir prioritairement son activité médicale au regard de la faiblesse démographique de sa zone d'attractivité et du contexte actuel de tarification, face à la concurrence du secteur privé. Pour ce faire, l'établissement est invité à se doter d'un projet d'établissement comportant un volet financier et un schéma directeur.

L'examen du fonctionnement des urgences, réalisé dans le cadre d'une enquête des juridictions financières, met au jour le fait que le CH de Lannion est confronté en ce domaine aux mêmes difficultés que ses homologues : insuffisance de médecins, hausse préoccupante du délai d'attente d'hospitalisation, nécessité du recours systématique à la régulation pour la gestion en nuit profonde de minuit à huit heures, insuffisance des moyens de transport... Dans un contexte où les urgences génèrent 30 % de l'activité du bloc opératoire, l'activité programmée de l'établissement s'en trouve sensiblement contrainte. Cette dernière présente néanmoins des marges de progression dans la mesure où le taux d'occupation globale du bloc n'est que de 80 %.

RECOMMANDATIONS

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

Recommandation n° 1. Elaborer dès 2024 un projet d'établissement répondant aux prescriptions réglementaires fixées par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique. 14

Recommandation n° 2. : Elaborer en 2024 un plan formalisé de lutte contre l'absentéisme adossé à un diagnostic et des indicateurs déclinés par pôle d'activité, et le mettre en œuvre. 16

Recommandation n° 3. : Etablir un plan global de financement pluriannuel prévoyant un retour à l'équilibre budgétaire, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-11 du code de la santé publique, et mettre en place un suivi subséquent à échéances régulières..... 28

Recommandation n° 4. : Respecter le délai global de paiement de 50 jours fixé par l'article R. 2192-11 du code de la commande publique..... 35

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

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier (CH) de Lannion à compter de l'exercice 2018. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 23 mai 2023 auprès de Mme Ariane Benard, directrice du CH, ordonnatrice en fonctions. Ses prédécesseurs sur la période contrôlée, MM. Patrick Remy et Jean Schmid, ont également été informés de ce contrôle, par lettres des 25 juillet et 24 août 2023.

L'entretien de début de contrôle prévu par les normes professionnelles s'est déroulé le 12 juin 2023 avec Mme Benard. L'entretien de fin de contrôle prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 11 septembre 2023, avec Mme Benard. Un entretien de fin de contrôle avec M. Schmid a également eu lieu le 24 août 2023. Par courrier électronique du 31 août 2023, M. Remy a déclaré renoncer à cet entretien, dans l'attente des observations écrites.

La chambre, lors de sa séance du 5 octobre 2023, a arrêté ses observations provisoires.

Le rapport d'observations provisoires a été notifié le 12 janvier 2024 à Mme Benard, MM. Remy et Schmid, ainsi qu'au président du conseil de surveillance. Une communication administrative a par ailleurs été adressée à l'agence régionale de santé (ARS) le 11 janvier 2024.

La réponse de la directrice du CH est parvenue à la chambre le 12 février 2024. A la même date, M. Schmid a indiqué en réponse que le rapport d'observations provisoires de la chambre n'appelait pas de remarque de sa part. Les autres destinataires du rapport n'ont pas apporté de réponse.

Après avoir examiné la réponse reçue, la chambre, lors de sa séance du 15 mars 2024, a arrêté ses observations définitives.

1 PRESENTATION

1.1 Le contexte démographique et socio-économique

Le CH de Lannion est selon la Haute autorité de santé (HAS)¹ le premier acteur sanitaire dans le Trégor ; son offre de soins s'adresse à une population de 100 000 habitants, et plus particulièrement aux 65 000 habitants² du bassin de vie local constitué par les communes proches³ de Lannion. Le fort potentiel touristique trégorrois génère cependant un nombre significatif⁴ de patients supplémentaires, essentiellement durant la période estivale.

Le territoire de Lannion, du point de vue économique, constitue une zone parmi les plus dynamiques⁵ de Bretagne en raison d'un tissu industriel⁶ spécifique, bénéficiant aux communes avoisinantes.

Selon l'Insee, la démographie des Côtes-d'Armor est caractérisée par une densité moyenne et une population âgée, chacune en croissance modérée. Si la densité de population du département (87,8 hab./km² en 2020) est très inférieure à celle recensée en Bretagne⁷, elle est cependant deux fois plus élevée dans le bassin de vie de Lannion avec 166,3 hab./km², principalement en raison des zones littorales avoisinantes, par nature attractives. La population du bassin de vie lannionnais n'a progressé que de 1,5 % entre 2009 et 2020, mais elle se caractérise par une croissance continue de la part des plus de 60 ans, ainsi que des plus de 75 ans. A contrario, la part des tranches d'âges de la population plus jeune se réduit. Ainsi, les plus de 60 ans représentent à ce jour près de 40 %⁸ de la population locale. Cette progression du vieillissement détermine⁹ la nature des soins demandés.

En 2020, 39,6 % de la population active est constituée par les retraités. Si on y ajoute la catégorie sans activité professionnelle, la population hors activité atteint 53,3 % des 15 ans ou plus. L'emploi se répartit pour l'essentiel entre les employés et les professions intermédiaires qui représentent chacun 12 % de la population active, tandis que les ouvriers représentent 9 %, de même que les cadres.

¹ Rapport de certification de 2017.

² 64 173 habitants en 2020.

³ Le bassin de vie, selon la définition de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Au cas présent, il regroupe les 26 communes proches de Lannion dans un rayon de 20 km.

⁴ Estimé par l'établissement à 20 % en termes d'activité.

⁵ Selon les travaux d'un professeur universitaire, spécialiste de l'aménagement et du développement.

⁶ Le développement du centre national d'études des télécommunications dans les années 1960, puis d'Orange et de Nokia, a entraîné un effet domino en favorisant l'émergence de nombreuses petites et moyennes entreprises. Le côté attractif et touristique de la côte de granit rose (avec la commune littorale de Perros-Guirec) a confirmé un dynamisme économique qui se vérifie encore aujourd'hui.

⁷ 121,5 hab./km².

⁸ 37,4 % en 2020.

⁹ Portant davantage sur les activités de médecine, plus partiellement la chirurgie, mais au détriment de l'obstétrique.

Le taux de chômage s'est accru de 2,8 % entre 2009 et 2020, atteignant 13,1 % en 2020, soit un niveau élevé¹⁰. Le niveau de chômage des jeunes (15 à 24 ans) avoisine notamment les 30 %. Cependant, le bassin de vie lannionais constitue un pôle d'emploi puisque l'indicateur de concentration d'emploi¹¹ y est systématiquement supérieur à 100 % depuis 2009 (103,5 % en 2020). Le taux de pauvreté global était de 11 % en 2020 (21 % pour les moins de 30 ans), proche de celui constaté tant en Bretagne¹² qu'au niveau national.

1.2 Le contexte sanitaire et médico-administratif

1.2.1 Les caractéristiques structurelles de l'hôpital

Le CH de Lannion est un établissement public de santé, membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Armor. Il compte aujourd'hui 717 lits et places¹³ répartis entre les sites de Lannion et Trestel¹⁴, en premier lieu en hébergement, moyen séjour et médecine :

- hébergement : 280 ;
- moyen séjour : 172 ;
- médecine : 142 ;
- chirurgie : 47 ;
- long séjour : 30 ;
- hospitalisation à domicile : 25 ;
- gynéco-obstétrique : 21.

L'établissement dispose de consultations spécialisées diversifiées, d'un plateau technique comprenant un bloc opératoire, d'un service d'imagerie¹⁵, d'un laboratoire d'analyses en biologie médicale, ainsi que d'une pharmacie à usage intérieur.

Il gère également plusieurs unités médico-sociales : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), centre d'action médico-sociale précoce, service d'éducation spéciale et de soins à domicile, établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés.

Le CH de Lannion a été certifié sans réserve par la HAS, notamment sur la prise en charge et la qualité des soins.

¹⁰ En Bretagne, le taux de chômage est actuellement de 5,7 %. Au niveau national, il s'établit à 7,1 % (source : préfecture et direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités).

¹¹ L'indicateur de concentration d'emploi est égal au nombre d'emplois dans la zone pour 100 actifs ayant un emploi résidant dans la zone. À titre d'exemple, quand l'indice est inférieur à 100, le nombre d'emplois sur un territoire est inférieur au nombre d'actifs résidents ayant un emploi. Ce territoire remplit alors une fonction résidentielle. Quand l'indice est supérieur à 100, c'est-à-dire qu'il y a plus d'emplois dans un territoire que d'actifs qui y résident et qui y ont un emploi, ce territoire occupe une fonction de pôle d'emploi.

¹² Le taux de pauvreté, selon la préfecture, était de 10,9 % en Bretagne et 14,5 % au niveau national en 2022. Le taux pour les moins de 30 ans était respectivement de 19,6 et 23,1 pour la Bretagne et le niveau national.

¹³ Source : Fédération hospitalière de France (FHF).

¹⁴ Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles en milieu marin.

¹⁵ Imagerie à résonance magnétique (IRM), scanner, échographie, radiologie conventionnelle.

En termes de ressources humaines, le CH dispose de 1 322 professionnels en équivalent temps plein (ETP), dont 91 médicaux (hors internes) pour assurer ses missions. Enfin, son budget annuel consolidé s'élève à 125 M€.

1.2.2 Le contexte sanitaire et social

Les indicateurs de santé autour de Lannion se révèlent défavorables, voire très défavorables, du fait d'éléments tels que le vieillissement ou le mode de vie (alimentation, tabac, substances addictives...). Au vu des publications de l'agence régionale de santé (ARS), le territoire est en effet caractérisé par des indicateurs sanitaires et sociaux perfectibles, mais aussi par une démographie médicale fragile. Ainsi, l'évolution prospective du nombre de médecins libéraux apparaît négative sur plusieurs années. Le nombre de médecins de plus de 60 ans, qui constitue un indicateur de risque en cas de non remplacement après un départ en retraite, se situe à un niveau élevé.

L'offre de soins du CH de Lannion est complétée par celle de la polyclinique du Trégor, établissement voisin au statut privé, qui propose notamment une offre médicale en chirurgie et en chimiothérapie. Une politique de rapprochement est actuellement à l'étude, porteuse de fortes implications à la fois sanitaires et financières.

1.2.3 Positionnement au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT)

Le GHT d'Armor a été créé en 2016. Outre le CH de Lannion, ses membres sont les CH de Guingamp, Paimpol, Saint-Brieuc, Tréguier et du Penthievre-Poudouvre. Le CH de Saint-Brieuc en assure le support et son périmètre, qui correspond au territoire de santé breton n° 7 (Saint-Brieuc – Guingamp - Lannion), réunit :

- 4 600 lits et places ;
- 7 000 professionnels ;
- 50 spécialités médicales.

L'offre de soins du groupement est importante, à l'exemple du niveau d'équipement du territoire de santé n° 7, que traduit le nombre de plateaux techniques en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), supérieur à la moyenne régionale lorsqu'on le rapporte au nombre d'habitants.

Le projet médical de l'établissement rejoint celui de son GHT, dont la convention constitutive fixe les orientations stratégiques. Sept filières de soins sont prioritairement identifiées : urgences, médecine, périnatalité, psychiatrie et addictologie, chirurgie, gériatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR).

Trois patients sur cinq nécessitant une hospitalisation en médecine sont pris en charge au CH de Lannion, qui est donc en pointe sur sa zone d'attractivité¹⁶. Cette position dominante se vérifie spécialement en obstétrique, les deux tiers des patientes résidant dans la zone étant prises en charge par le CH. Le constat diffère en revanche pour la chirurgie¹⁷, au bénéfice de la polyclinique du Trégor. Outre la concurrence de la polyclinique, le CH de Lannion est également confronté à celle directe¹⁸ du secteur briochin mais aussi, moins directement, du secteur morlaisien.

1.2.4 Les autres coopérations médico-administratives

Un tableau, disponible en annexe du présent rapport, liste les coopérations dans lesquelles le CH de Lannion est aujourd'hui engagé. Celles-ci sont nombreuses et s'étendent jusqu'aux centres hospitaliers universitaires de Brest et de Rennes.

Le CH de Lannion est en outre investi dans plusieurs réseaux de santé : plateforme territoriale d'appui, Adépafin (périnatalité), Bretagne urgences, Breizh IMC (neurologie).

¹⁶ La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante.

¹⁷ Notamment la chirurgie ambulatoire.

¹⁸ Le CH de Saint-Brieuc est situé à 60 km de Lannion, l'Hôpital privé des Côtes-d'Armor (Plérin) à 50 km et le CH des pays de Morlaix à 40 km.

2 LA GESTION ADMINISTRATIVE

2.1 La gouvernance et l'organisation médico-administrative

Le CH de Lannion est géré depuis 2018 en direction commune¹⁹ avec le CH de Saint-Brieuc. La direction des affaires financières est également commune aux deux structures. Un directeur délégué assure la gestion locale de l'établissement, qui est organisé en cinq pôles médicaux : médecine, chirurgie-femmes-enfants, personnes âgées, médecine physique et réadaptation, médico-technique.

2.2 Stratégie et pilotage

2.2.1 Un projet d'établissement à établir

Le CH est dépourvu de projet d'établissement, pourtant prévu par la réglementation²⁰ et ce, bien qu'il soit lié par un contrat²¹ pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec l'ARS. Seul un document portant sur la période 2017-2020, intitulé « *projet stratégique* », a pu être produit à la chambre. Caduc depuis trois ans, il est en outre dépourvu de volet financier permettant de calibrer les moyens au regard des objectifs. Le CH s'appuie pour l'heure sur une simple feuille de route discutée avec l'ARS, ce qui est insuffisant.

¹⁹ D'abord par intérim puis de manière pérenne, via une convention de direction commune du 21 février 2018.

²⁰ Article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 32214, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.* ».

²¹ Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont prévus par l'article L. 6114-1 du CSP : « *L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans. (...) Les contrats sont signés par le directeur général de l'agence régionale et les personnes morales mentionnées aux alinéas précédents. Les contrats font l'objet d'une évaluation à échéance de la moitié de la durée du contrat. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider d'une évaluation annuelle du contrat lorsque la situation de l'établissement le justifie. (...).* ».

La chambre rappelle le caractère obligatoire du projet d'établissement, dont le code de la santé publique (CSP) fixe les thèmes et prévoit le renouvellement tous les cinq ans. L'élaboration d'un projet d'établissement s'impose d'autant plus que le CH, comme développé ci-après, se trouve dans une situation financière particulièrement préoccupante et est aujourd'hui engagé dans un projet de rapprochement avec la polyclinique du Trégor qui, s'il devait se concrétiser, nécessiterait de définir une trajectoire précise en termes d'actions et d'investissements. Le projet d'établissement doit notamment permettre au CH de se positionner de manière pertinente sur son territoire en termes d'activité.

Recommandation n° 1. Elaborer dès 2024 un projet d'établissement répondant aux prescriptions réglementaires fixées par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

2.2.2 Le contrat local de santé

L'action du CH de Lannion s'inscrit dans le contrat local de santé 2019-2024, qui détermine les priorités de santé du territoire. Plusieurs actions prioritaires sont établies par thématiques, elles-mêmes prévues dans les objectifs du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) : accès aux soins de premier recours, santé mentale et risque suicidaire, bien-être et santé des jeunes, promotion de la santé environnementale, inclusion des personnes en situation de handicap, vieillissement de la population.

2.3 Les ressources humaines

Les charges de personnel du CH de Lannion s'élèvent à 89,1 M€ en 2022 et représentent son premier poste de dépenses annuelles (67 % du total des charges).

2.3.1 Le personnel médical

Le nombre de praticiens a connu une importante progression entre 2018 et 2022 (+13,5 %), passant de 99,94 à 113,45 équivalents temps plein rémunérés (ETPR), dont 22,75 internes.

Le nombre de praticiens hospitaliers à temps plein a diminué de 3 % sur la même période. A l'inverse, le nombre de praticiens attachés²² a quasiment doublé, passant de 11,61 ETPR en 2018 à 22,55 ETPR en 2022²³.

Le total²⁴ de praticiens contractuels a également sensiblement progressé, de 39,7 % sur la même période, atteignant 20,75 ETPR en 2022.

Comme relevé dans la suite du présent rapport, l'activité médicale n'a pas progressé dans des proportions comparables au cours de cette période²⁵.

2.3.2 Le personnel non médical

Les effectifs non médicaux se sont accrus de 6,8 % entre 2018 et 2022, passant de 1 150,19 à 1 228,18 ETPR. L'évolution est régulière et concerne toutes les catégories professionnelles, notamment le personnel soignant qui représente l'essentiel²⁶ des personnels non médicaux (+8,9 %), les personnels éducatifs et sociaux (+13,9 %) et médicotechniques (+12,5 %), à l'exception du personnel technique (-3,3 %).

2.3.3 Les questions d'actualité : recrutement, pérennisation, attractivité

2.3.3.1 Le recrutement des personnels

Comme constaté en Bretagne pour nombre d'établissements de santé, le CH de Lannion est confronté à une difficulté de fidélisation de ses médecins, ce qui le contraint à rechercher en permanence du personnel, notamment pour couvrir ses besoins lors des périodes estivales, qui génèrent un surcroît d'activité pouvant atteindre 20 %.

²² Les praticiens attachés exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions définies aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1 du code de la santé publique ; ils sont placés sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent. Les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixé par leur contrat. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires. Le statut de praticien associé s'est substitué à celui de praticien attaché associé et d'assistant associé depuis le 1^{er} janvier 2023. Le nouveau statut permet d'offrir les mêmes conditions statutaires à tous ces praticiens, le temps de la réalisation de leur parcours de consolidation des compétences ou de leur stage d'adaptation.

²³ L'évolution sur la période est de +4 ETPR pour les praticiens disposant d'un contrat renouvelable et de +6,9 ETPR pour ceux disposant d'un contrat non renouvelable.

²⁴ Les contrats de gré à gré ont progressé de 102,2 % sur la période, passant de 3,20 en 2018 à 6,47 en 2022.

²⁵ Selon les chiffres du CH de Lannion, l'activité médicale (MCO) en nombre de séjours a progressé de 7,3 % entre 2018 et 2022 (hospitalisation complète et ambulatoire).

²⁶ 74,2 % en 2022 contre 71 % en 2018.

Les bilans sociaux de l'établissement font état d'un *turn-over* du personnel médical oscillant entre 12 % et 16 % selon les années. Le CH est toutefois parvenu à maintenir le nombre de ses médecins entre 2018 et 2022, les arrivées ayant compensé les départs. Pour autant, des tensions sont perceptibles dans les services, à l'exemple de la pédiatrie, de l'anesthésie, de la neurologie, de l'orthopédie, de la gastro-entérologie, ou bien encore des urgences²⁷.

Les difficultés de recrutement et de fidélisation sont encore plus sensibles pour le personnel infirmier diplômé d'Etat. Les départs sont depuis 2020²⁸ supérieurs aux arrivées, tandis que le CH enregistre dans ses comptes une dette envers ses personnels, liée aux heures supplémentaires non compensées ; au 1^{er} janvier 2023, celles-ci dépassent 46 000 heures et représentent un montant de 0,3 M€.

Le CH investit dans la qualité de vie au travail, comme relevé par la HAS. Des initiatives sont également prises en partenariat avec les collectivités territoriales, à l'exemple du contrat d'allocation d'études, cofinancé par le département des Côtes-d'Armor.

Par ailleurs, le CH de Lannion bénéficie des postes partagés avec les autres établissements de santé. A cet égard, le niveau important des mises à disposition réciproques témoigne de la bonne intégration de l'établissement dans le GHT d'Armor.

2.3.3.2 L'absentéisme

L'absentéisme du personnel médical n'appelle pas de commentaire particulier au vu des chiffres produits ; la nette progression enregistrée en 2022 trouve son origine dans des congés longue maladie et longue durée de praticiens.

Les chiffres afférents au personnel non médical témoignent en revanche d'une situation particulièrement dégradée. Entre 2018 et 2022, l'absentéisme a ainsi augmenté de plus de 11 000 jours, soit une progression de plus de 28 % en cinq ans, avec notamment 40 % d'augmentation pour la seule maladie ordinaire (plus de 8 000 jours). Il n'apparaît pas de point d'inflexion lié à la crise sanitaire, intervenue entre 2020 et 2021.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement a indiqué disposer depuis 2017 d'un plan de lutte contre l'absentéisme et assurer un suivi d'indicateurs par pôle d'activité et typologie d'absentéisme, sans toutefois produire à la chambre les documents correspondants. Il n'existe pas non plus de plan formalisé au niveau du GHT. **Compte tenu de l'augmentation de l'absentéisme observée en 2022, la chambre recommande l'élaboration et la mise en œuvre en 2024 d'un plan formalisé de lutte contre l'absentéisme, qu'il conviendra d'adosser à un diagnostic et des indicateurs déclinés par pôle d'activité.**

Recommandation n° 2. : Elaborer en 2024 un plan formalisé de lutte contre l'absentéisme adossé à un diagnostic et des indicateurs déclinés par pôle d'activité, et le mettre en œuvre.

²⁷ 4 ETP vacants recensés en 2023.

²⁸ Source : données du bilan social 2021.

2.3.3.3 L'intérim

Les dépenses d'intérim du personnel médical, qui oscillent selon les années entre 2 M€ et 2,5 M€, ont légèrement baissé²⁹ à partir de 2020, en raison notamment des mises à disposition de personnel des autres établissements de santé au bénéfice du CH de Lannion. Elles concernent toutes les spécialités médicales.

Si elles ont connu en 2022 leur niveau le plus bas depuis 2018, avec 1,97 M€, ces dépenses d'intérim ajoutées aux remboursements de personnels extérieurs mis à disposition de l'établissement demeurent élevées. Elles sont ainsi passées de 2,7 M€ en 2018 à 2,9 M€ en 2022, avec un pic supérieur à 3 M€ entre 2019 et 2021 du fait de la crise sanitaire.

Les contrats de gré à gré sont aujourd'hui préférés aux recrutements par l'entremise du marché régional, à l'instar des autres établissements contrôlés à ce jour par la chambre au cours des dernières années.

2.3.4 **Les frais de déplacement : un contrôle interne à renforcer**

La vérification de plusieurs échantillons³⁰ d'états de frais a mis en lumière des erreurs fréquentes dans l'application des barèmes kilométriques, globalement au détriment des agents. A titre d'exemple, pour les déplacements des stagiaires de l'institut de formation pour les soins infirmiers, le CH³¹ applique uniformément le barème de la tranche inférieure à 2 000 km, y compris lorsque les distances parcourues excèdent 2 000 km et devraient donner lieu à l'application des barèmes des tranches correspondantes.

La chambre invite le centre hospitalier à mettre en œuvre une procédure de contrôle interne pour remédier à ces erreurs.

²⁹ - 0,5 % en moyenne annuelle, -1,8 % sur la période.

³⁰ Personnel médical, stagiaires de l'institut de formation en soins infirmiers.

³¹ Le CH indique que « *le tarif appliqué ne tient compte que du kilométrage effectué par les stagiaires sur chaque stage, et non du cumul kilométrique effectué sur l'année civile* ». Or l'article 15-2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier prévoit que les frais de transport des étudiants en soins infirmiers, pour se rendre sur les lieux de stage, sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article 10 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006. L'arrêté du 3 juillet 2006 pris pour son application - non modifié sur ce point par l'arrêté du 14 mars 2022 - dispose que les kilomètres sont décomptés du 1er janvier au 31 décembre de chaque année.

2.4 Le système d'information

2.4.1 L'organisation

2.4.1.1 La gouvernance

Le CH de Lannion ne possède pas de service informatique en propre, la direction des systèmes d'information (DSI) étant assurée par le GHT pour le compte de ses établissements membres. Les techniciens présents sur le site de Lannion travaillent ainsi pour le système informatique hospitalier (SIH) de l'ensemble des établissements du GHT.

L'organigramme de la DSI comporte quatre pôles : pilotage et budgets, projets, services utilisateurs, infrastructures. Les fonctions « *sécurité du SI* » et « *délégué à la protection des données* », directement rattachées fonctionnellement à la DSI, viennent compléter ce dispositif.

2.4.1.2 Le schéma directeur (SDSI) et les documents opérationnels

Le SDSI en vigueur, élaboré par le GHT, repose sur une DSI communautaire³², avec une fonction SI portée par le CH de Saint-Brieuc qui est l'établissement support du groupement.

Les orientations stratégiques portées par ce SDSI se déclinent autour de trois thèmes :

- un SI au service du projet médical et de soins (dossier patient, gestion des laboratoires, gestion d'imagerie médicale communicante) ;
- vers un SIH communicant, convergent et rationalisé ;
- un SI au service de la performance hospitalière.

La loi « *modernisation de notre système de santé* » du 26 janvier 2016 préconise la convergence et la mise en œuvre d'un dossier patient pour une prise en charge coordonnée des patients. Les établissements membres du GHT avaient déjà engagé des démarches de convergence depuis plusieurs années, voire de mutualisation.

Les projets inscrits au SDSI font l'objet d'une réévaluation annuelle. Il n'existe pas de compte rendu formalisé de l'état des projets, mais des points d'étape sont effectués mensuellement.

³² La DSI communautaire gère les contraintes informatiques et fournit également des services d'hébergement d'applications ou de systèmes, de stockage de données, de connectivité, de messagerie, etc.

Les documents opérationnels comportent une charte d'utilisation des outils informatiques à destination des utilisateurs, l'engagement de confidentialité à destination des fournisseurs et des prestataires informatiques, la charte des administrateurs d'applications (avec attestation de prise de connaissance). Ces documents n'appellent pas de remarque.

Le plan de reprise d'activité³³ (PRA) produit est celui en vigueur au sein du GHT. Le CH de Lannion convient qu'il faudra faire évoluer ce PRA et le plan de sauvegarde associé, *« lorsque le déploiement de l'infrastructure de sauvegarde sera complètement finalisé »*. **La chambre invite l'établissement à procéder dans les meilleurs délais à des tests de restauration de données.**

2.4.1.3 Les moyens consacrés au SI

Sur les 57 agents de la DSI du GHT répartis entre les quatre pôles précités, 10 sont affectés au CH de Lannion.

Le CH de Lannion représente 20 % des dépenses de fonctionnement de la DSI du GHT. Les dépenses liées à l'informatique du seul CH de Lannion s'élèvent à 0,94 M€ en fonctionnement et 0,41 M€ en investissement (dont 0,34 M€ en matériel informatique) en 2022. Elles ont nettement progressé depuis 2018³⁴, année où elles s'établissaient à 0,84 M€ en fonctionnement et 0,09 M€ en investissement (exclusivement du matériel informatique).

2.4.2 **La sécurité informatique**

2.4.2.1 Les correspondants « sécurité » et « protection des données »

Un délégué à la protection des données (DPD) a été nommé au sein de l'hôpital. Il est également responsable de sécurité du SI (RSSI). L'établissement a produit deux fiches de postes qui n'appellent pas de remarques.

2.4.2.2 Les astreintes informatiques

Les moyens humains mis en place par le GHT pour la gestion des astreintes informatiques se limitent à un cadre et un technicien pour l'ensemble des établissements. Pour autant, la durée moyenne de traitement d'une intervention par établissement n'était en 2022 que de 51 minutes.

³³ Le PRA formalise un ensemble de procédures (techniques, organisationnelles, sécurité) qui permet à une structure de prévoir par anticipation les mécanismes pour reconstruire et remettre en route un système d'information en cas de sinistre important ou d'incident critique (arrêt et redémarrage du SI).

³⁴ En fonctionnement, elles ont augmenté de 11 % entre 2018 et 2022, avec une forte progression entre 2021 et 2022 (+90 000 €).

2.4.2.3 La sécurité des dispositifs et des données

Le CH de Lannion s'est doté de deux salles informatiques physiquement distinctes, afin d'assurer la redondance³⁵ de ses données. Elles contiennent les serveurs applicatifs ainsi que les sauvegardes propres à l'établissement et sont protégées par un digicode avec un système d'alarme et une détection incendie. Certains serveurs du CH de Lannion sont par ailleurs implantés dans les locaux du CH de Saint-Brieuc, notamment pour l'hébergement des applications communautaires.

La sécurité logique (déploiement de firewall identiques, audits de sécurité...) relève de la compétence de la DSI territoriale. Une des composantes du pôle infrastructure est d'ailleurs relative à la cybersécurité et des audits de sécurité sont fréquemment organisés (trois en 2023), notamment sur les risques d'intrusion dans le système.

La chambre relève que dans cet environnement, 38 postes fonctionnent toujours sous Windows 7 et 11 postes avec des versions de Windows 10 dont les mises à jour ne sont plus assurées par Microsoft depuis plusieurs années. Cette situation peut générer des failles dans la sécurité informatique et celle des réseaux dédiés, comme le reconnaît d'ailleurs la DSI. Au surplus, un poste permettant aux médecins d'accéder aux historiques médicaux fonctionne encore sous Windows XP, ce qui présente un risque pour l'ensemble du SIH local dès lors qu'il demeure raccordé au réseau de l'établissement. **La chambre invite le CH de Lannion, via la DSI, à remédier rapidement à ces situations.**

Par ailleurs, il n'existe pas de procédure formalisée, entre la direction des ressources humaines et la DSI, de suppression des accès au système d'information de l'établissement lors du départ d'un agent. Le CH a également confirmé l'absence de revue des comptes utilisateurs. Une procédure de désactivation de ces comptes, en lien avec les services des ressources humaines des établissements, est actuellement à l'étude à l'échelle du GHT et devrait aboutir en 2024.

³⁵ Processus de stockage des données dans plusieurs emplacements afin d'éviter des points de défaillance unique dans le système.

3 L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

3.1.1 Les parts de marché

Le CH de Lannion reste dominant sur sa zone d'attractivité en médecine, avec 52,9 % de parts de marché en 2022, ce qui le situe loin devant la polyclinique du Trégor et le CH de Saint-Brieuc, qui constituent ses concurrents les plus directs. La part au profit du centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest est, dans le même temps, en constante augmentation, même si elle reste inférieure à 6 % et demeure modeste.

Il réalise environ un tiers des parts de marché pour la chirurgie en hospitalisation complète, chiffre en augmentation. Cependant, la polyclinique du Trégor et l'hôpital privé des Côtes-d'Armor le concurrencent sur cette activité³⁶.

Dans le secteur de la chirurgie ambulatoire, les parts de marché du CH de Lannion sont faibles, bien qu'en progression depuis la fin de la crise sanitaire³⁷, puisqu'elles ne s'établissent qu'à 11,6 % en 2022. Les cliniques privées dominent en effet la zone d'attractivité, la polyclinique du Trégor représentant 37,1 % des parts de marché en 2022 et l'hôpital privé des Côtes-d'Armor 18,75 %.

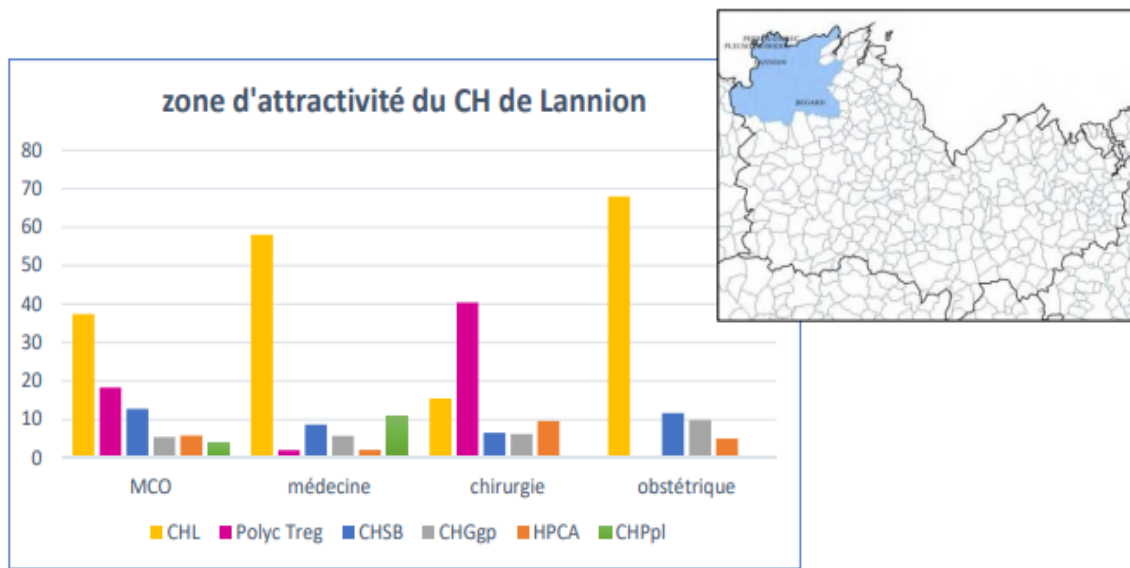
C'est en obstétrique que le CH de Lannion réalise ses meilleurs scores, avec 66,4 % de parts de marché sur sa zone d'attractivité en 2022. Ce ratio est toutefois en diminution par rapport aux années précédentes, où il dépassait 70 %.

Enfin, le CH réalise environ un tiers des parts de marché en cancérologie, mais il est à nouveau fortement concurrencé par les structures privées (polyclinique du Trégor : 21,7 %, hôpital privé des Côtes-d'Armor : 11,5 %). Plus de la moitié des parts concernant la chimiothérapie relève cependant du CH de Lannion, avec une progression constante.

En définitive, la chambre relève la faiblesse relative des parts de marché du CH en MCO (moins de 40 %) sur le bassin de vie de Lannion qu'il dessert, dont la démographie demeure limitée (quelque 65 000 habitants).

³⁶ Respectivement 18,5 % et 10,7 % en 2022. Le CHRU de Brest et le CH de Saint-Brieuc représentaient respectivement 9,3 % et 7,8 % des parts de marché la même année.

³⁷ Il convient de tenir compte du fait que nombre d'opérations initialement prévues en 2020 et 2021 ont été reportées sur 2022.

Graphique n° 1 : Zone d'attractivité (en % d'activité)

Source : schéma directeur d'investissement Trégor-Armor (ARS Bretagne – rapport de mission 2022).

Si le CH joue son rôle de proximité en tant que premier acteur de santé sur sa zone, ses parts de marché illustrent une activité qui, somme toute, n'est pas suffisamment au rendez-vous. Bien que l'obstétrique semble faire exception à cette tendance, le volume d'activité, en nombre de séjours et d'accouchements, reste en réalité trop faible, comme décrit ci-après.

3.1.2 L'activité en séjours

Le capacitaire en MCO, qui constitue le cœur de l'activité du CH de Lannion, a augmenté sur les cinq dernières années, s'établissant à 215 lits en 2022 contre 208 en 2018. Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation du nombre de séjours en MCO de 1,8 % en moyenne annuelle et de 7,3 % entre 2018 et 2022 (hospitalisation complète et ambulatoire).

Le niveau des séjours, rapporté en résumé de sortie anonymisé (RSA)³⁸, indique que l'ambulatoire a connu une forte augmentation : il représentait 48 % des séjours MCO en 2022 contre 39 % en 2018, soit une augmentation de 7,3 % en moyenne annuelle et de 32,4 % entre 2018 et 2022. Mais cet essor est dû presque exclusivement à l'activité de médecine, pour laquelle le nombre de RSA évolue de 1 883 en 2018 à 2 464 en 2022 (+ 30,9 %).

³⁸ Indicateur d'activité médicale utilisé par Hospidiag.

Les indicateurs démontrent la faiblesse de l'activité en obstétrique entre 2018 et 2022 : nombre de séjours en diminution (-15,2 %), de même en nombre de RSA (-19,7 %), chute du nombre d'accouchements (633 en 2018, 532 en 2022, soit -16 % sur la période) dont le niveau à ce jour (532 accouchements en 2022) est très en-deçà du seuil de rentabilité³⁹ défini par les instances ministérielles. Le taux d'occupation des lits est lui-même très faible, puisqu'il se limite à 51 % en 2022.

Le nombre de jours d'hospitalisation à domicile (HAD) augmente très significativement sur la période, de 12,1 % en moyenne annuelle et de 58,1 % entre 2018 et 2022. Cette dernière année, 15 000 jours en HAD ont ainsi été enregistrés⁴⁰ contre 9 490 en 2018.

Les statistiques d'activité démontrent une évolution à la hausse de la part des groupes homogènes de malades (GHM) en sévérité⁴¹ 3 et 4 sur la période. Cette progression, qui permet d'atteindre 22,7 % des GHM, se comprend à l'aune de l'âge moyen des patients en MCO qui n'a eu de cesse d'augmenter, pour atteindre 64 ans en 2022. Une diminution des sévérités est toutefois enregistrée dès 2021.

Les groupes d'activités les plus fréquents⁴² en médecine et chirurgie indiquent des pathologies qui sont, pour la plupart, caractéristiques d'une patientèle âgée, consommatrice régulière de soins.

A l'inverse de l'obstétrique, les taux d'occupation en médecine et en chirurgie se situent à un niveau appréciable, largement supérieur à 80 %. La situation est particulière pour la chirurgie, qui affiche des taux supérieurs à 100 % et en augmentation⁴³ constante, jusqu'à atteindre 125,6 % en 2022. Les taux supérieurs à 100 % à partir de 2019 suggèrent que des patients présentant une pathologie de chirurgie sont en fait hospitalisés dans des lits d'autres services.

L'activité d'imagerie et de radiologie progresse : le nombre de patients a augmenté de 2,7 % en moyenne annuelle et de 11,2 % entre 2018 et 2022, soit un passage de 48 058 patients en 2018 à 53 417 en 2022. Le CH de Lannion devrait mettre en service un deuxième appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM).

Les indicateurs de performance attestent d'une augmentation de la durée moyenne du séjour (DMS) et de l'indice de performance qui lui est rattaché (IP-DMS)⁴⁴. La crise sanitaire a eu des effets⁴⁵ défavorables sur la durée de séjour des patients qui s'est trouvée rehaussée. Depuis lors, la durée de séjour des patients du CH de Lannion se rapproche de l'indice national dans chacune des disciplines en MCO.

³⁹ 1 200 accouchements par an, avec un seuil d'interdiction d'activité fixé à 350.

⁴⁰ Le CH de Lannion détient l'autorisation mais l'activité est réalisée par deux équipes distinctes : CH de Lannion et CH de Paimpol.

⁴¹ Au sein de chaque racine de GHM, il existe quatre niveaux de sévérité : le niveau de sévérité 1 est le plus faible (« sans sévérité ») et les niveaux 2 à 4 sont catégorisés « avec sévérité ».

⁴² Cet indicateur issu d'Hospidiag permet d'apporter une indication sur le profil de l'établissement et met en évidence les cinq spécialités dans lesquels l'établissement a un volume d'activité le plus important.

⁴³ 10,9 % en moyenne annuelle et 51,7 % entre 2018 et 2022.

⁴⁴ Indicateur comparant la DMS de l'établissement aux DMS de référence nationale selon l'activité considérée.

⁴⁵ Le rapport du comptable sur les comptes 2021 indique que « la gestion de la crise sanitaire a entraîné une hausse de la DMS et IP-DMS avec la mise en place de nouvelles procédures (gestion des clusters, validation d'un test PCR négatif avant mutation, isolement, ...) ».

3.2 L'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'activité en SSR est répartie sur deux sites : le site littoral de Trestel, spécialisé dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux, et le site de Lannion, pour la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes. L'âge moyen des patients en 2022 reflète cette spécialisation des deux sites : 40 ans à Trestel et 82,6 ans à Lannion.

La capacité globale est de 172 lits, répartis entre Trestel en hospitalisation complète (HC) (88 lits) et en hôpital de jour (HDJ) (47 lits) et Lannion (37 lits). Ce capacitaire n'a pas évolué depuis 2018, bien que le nombre de journées (HC et HDJ) soit en diminution⁴⁶.

Si le site de Lannion affiche une stabilité du nombre de journées, le site de Trestel voit au contraire ce chiffre diminuer⁴⁷. Or, Trestel représente 75 % des journées en SSR et plus de 87 % des actes de rééducation.

Les admissions en SSR diminuent⁴⁸ de manière équivalente sur les deux sites.

Hors crise sanitaire, la DMS globale affiche des valeurs assez stables sur la période, mais Trestel enregistre une légère amélioration⁴⁹, à l'inverse⁵⁰ du site de Lannion.

Les taux d'occupation sont supérieurs à 90 % mais également avec des disparités : en 2022, le taux était de 90,4 % pour Trestel et 97,1 % pour Lannion. 90% des sorties consistent en des retours à domicile.

3.3 L'activité médico-sociale

Le CH de Lannion comprend deux établissements pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi qu'une unité de soins de longue durée (USLD).

A l'instar du SSR, la capacité de l'USLD n'a pas évolué sur la période et s'élève à 30 lits. L'âge moyen des patients est de 80 ans.

Le nombre total de journées est en légère diminution entre 2018 et 2022, avec une baisse de 2,3 % observée entre 2018 et 2022. Le taux d'occupation, systématiquement supérieur à 90 %, évolue également⁵¹ à la baisse.

Le capacitaire en Ehpad n'a pas évolué et s'établit à 190 lits. L'âge moyen des résidents est de 85 ans.

Le nombre d'admissions diminue de manière significative⁵², de même que le nombre de journées (-7,6 % entre 2018 et 2022).

⁴⁶ De 2 % en moyenne annuelle et de 7,7 % entre 2018 et 2022.

⁴⁷ En HC (-3,4 % en moyenne annuelle / -12,8 % entre 2018 et 2022) ou en HDJ (-1,3 % / -5 %).

⁴⁸ -1,3 % en moyenne annuelle et -5 % entre 2018 et 2022.

⁴⁹ -0,5 % en moyenne annuelle et -1,9 % entre 2018 et 2022.

⁵⁰ 1 % en moyenne annuelle et 4,2 % entre 2008 et 2022.

⁵¹ -0,6 % en moyenne annuelle et -2,3 % entre 2008 et 2022.

⁵² 6,1 % en moyenne annuelle et de 22,3 % entre 2018 et 2022.

Les décès représentaient 33 % des sorties en 2018 et 65 % en 2022.

Si le taux d'occupation reste supérieur à 90 % sur la période, il se dégrade sensiblement : 98,5 % en 2018 et 91 % en 2022.

3.4 Un bloc opératoire dont l'utilisation doit être optimisée

Le poids des urgences et donc de l'activité non programmée est significatif dans le fonctionnement du bloc opératoire, notamment en viscéral (39 %), en orthopédie (51 %) et surtout en obstétrique (64 %). Cette part atteint un tiers en considérant l'ensemble des spécialités médicales.

Un audit externe réalisé en 2022 a mis en évidence une augmentation⁵³ de 18 % de l'occupation du bloc entre 2019 et 2022 et dressé les constats suivants :

- des salles du bloc occupées de manière hétérogène⁵⁴ ;
- 50 % de l'occupation totale non programmée ;
- un potentiel⁵⁵ architectural important du bloc opératoire ;
- des taux d'occupation proches de 80 %, mais perfectibles ;
- un effectif d'IBODE⁵⁶ et d'IADE⁵⁷ permettant d'assurer l'activité du bloc, avec par ailleurs des marges de manœuvre pour affecter ces personnels à des activités hors bloc ;
- une gouvernance du bloc réelle mais qui peut être améliorée sur la gestion du programmé.

Les indicateurs Hospidiag qui permettent d'évaluer la performance des blocs opératoires font ressortir que le CH de Lannion se situe dans une position intermédiaire, mais avec des points perfectibles en ce qui concerne le nombre d'indices de coût relatif (ICR)⁵⁸ par salle d'intervention chirurgicale et le nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste. Un autre indicateur concerne la productivité du bloc opératoire et son organisation : en ce domaine, l'établissement reste éloigné des objectifs officiels.

Si 2 133⁵⁹ actes chirurgicaux étaient recensés en 2022, leur nombre n'a que peu progressé par rapport à 2018 (2 054, soit une progression de 3,8 %). De plus, ces actes incluent un rattrapage d'activité réalisé à la suite de la crise sanitaire qui avait sensiblement obéré l'activité en 2020 et 2021.

⁵³ Cette évolution est disparate entre les spécialités : l'orthopédie et la gastro-entérologie augmentent, alors que la gynécologie diminue.

⁵⁴ Certaines salles sont dédiées à une spécialité en particulier.

⁵⁵ En ouvrant toutes les salles disponibles de 8h à 18h, le bloc opératoire pourrait proposer, selon l'étude, 100h de vacations supplémentaires, soit une augmentation de l'offre de vacation de 100% par rapport à l'actuel.

⁵⁶ Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat.

⁵⁷ Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat.

⁵⁸ Les indices de coût relatif (ICR) ont été élaborés dans le cadre du secteur MCO, comme l'un des outils de calcul des coûts moyens par GHM. L'ICR est l'unité d'œuvre des actes médico-techniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles. Plus il est élevé, plus l'utilisation du bloc est efficiente.

⁵⁹ Chiffres Hospidiag.

En définitive, si l'activité opératoire du CH de Lannion est réelle, la chambre constate qu'elle apparaît insuffisante au regard des dimensions du plateau technique. En outre, elle repose en grande partie sur les admissions non programmées. Compte tenu de ce potentiel architectural et des caractéristiques actuelles de l'activité, l'établissement devrait élaborer une stratégie sur le long terme, dans le cadre d'un projet d'établissement comportant un schéma directeur dédié.

4 GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE

4.1 Fiabilité des comptes et exécution budgétaire

4.1.1 Le contexte général

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du CH de Lannion comporte sept budgets :

- budget principal (budget H) ;
- unité de soins de longue durée (budget B0), ;
- Ehpad (budget E0) ;
- toxicomanie – centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (budget P2) ;
- service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (budget P3) ;
- unité enfants polyhandicapés (budget P4) ;
- école personnel infirmier (budget C0).

Si la fiabilité des comptes du CH de Lannion est globalement satisfaisante, elle mériterait néanmoins d'être redressée sur les points développées ci-après.

4.1.2 Des EPRD systématiquement votés en déficit

En vertu de l'article R. 6145-11 du code de la santé publique (CSP), « *chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre* » et « *le compte de résultat prévisionnel principal et les comptes de résultat (...) peuvent prévoir un déficit si celui-ci est compatible avec le plan global de financement pluriannuel (...) approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.* ».

En l'espèce, les EPRD⁶⁰ des années 2018 à 2023 ont tous été votés en déséquilibre, avec cette dernière année un résultat prévisionnel de -14,96 M€. En outre, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) associé à ces EPRD est lui-même voté en déséquilibre pour chaque année prévisionnelle. Aucun retour à l'équilibre n'est donc envisagé.

La situation particulièrement dégradée des finances du CH de Lannion impose l'adoption urgente d'un plan de redressement pluriannuel et la mise en place d'un suivi subséquent à échéances régulières.

⁶⁰ EPRD consolidés, c'est-à-dire tous budgets confondus.

Recommandation n° 3. : Etablir un plan global de financement pluriannuel prévoyant un retour à l'équilibre budgétaire, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-11 du code de la santé publique, et mettre en place un suivi subséquent à échéances régulières.

4.1.3 Les comptes d'attente

Les opérations qui ne peuvent être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles sont enregistrées ou qui requièrent une information complémentaire, doivent être imputées provisoirement au compte 47. Celui-ci doit être apuré dès que possible, par imputation de l'opération au compte définitif.

Les comptes 471 « *Recettes à classer ou à régulariser* » du CH de Lannion ne sont pas apurés en fin d'exercice. A l'exception de l'exercice 2018, le total annuel varie entre 0,13 M€ et 0,24 M€ sur la période.

La chambre invite le CH de Lannion à apurer régulièrement les opérations enregistrées en comptes d'attente en les imputant en produits budgétaires. En réponse aux observations provisoires, le CH s'est engagé à travailler en collaboration avec le centre des finances publiques de Saint-Brieuc afin d'assurer un meilleur suivi de ces comptes.

4.1.4 L'exécution budgétaire

L'exécution des EPRD consolidés traduit une dégradation⁶¹ de la qualité des prévisions initiales, notamment en dépenses. L'écart entre les prévisions et l'exécution des dépenses s'accroît en effet à chaque exercice, avec un taux avoisinant les 100 % en 2018, mais s'élevant à 107,6 % en 2022. Cette situation traduit une absence de maîtrise des dépenses en cours d'exécution.

La tendance est similaire pour les produits, dont la sous-évaluation s'accroît.

En réponse aux observations provisoires, le CH a indiqué que l'écart entre les prévisions et l'exécution des dépenses s'explique en partie par des mesures RH non connues au moment de la construction de l'EPRD, à l'exemple de celles décidées dans le cadre du Ségur de la santé et de la revalorisation indiciaire de certaines catégories de personnel, sans toutefois apporter plus de précisions.

⁶¹ A l'exception de l'exercice 2020 qui présente des taux atypiques du fait de la crise sanitaire. L'écart de 7,6 % constaté en 2022 représente 9,3 M€ de dépenses sur un total exécuté de 132,7 M€.

4.2 La situation financière

4.2.1 Le compte de résultat et l'activité valorisée

4.2.1.1 Les évolutions globales du résultat et de ses composantes

Sur l'ensemble de la période 2018-2022, les charges sont supérieures aux produits de fonctionnement, avec à la clé un déficit consolidé de plusieurs millions d'euros. En outre, les résultats se sont sensiblement dégradés, en raison de produits qui ont progressé moins vite (5,5 % en moyenne annuelle, soit 24,1 % entre 2018 et 2022) que les charges (6,4 % en moyenne annuelle, soit 28,1 % entre 2018 et 2022), créant ainsi un effet de ciseaux. Le déficit annuel consolidé s'est donc creusé au cours de la période, pour atteindre 9,6 M€ en 2022.

L'exercice 2021 marque le début de ces évolutions qui concernent les deux budgets les plus significatifs, principal et Ehpad (H et E), qui représentent plus de 93 % du total des produits de l'établissement en 2022.

4.2.1.2 Les produits de fonctionnement

4.2.1.2.1 Budget H

Les produits de l'activité hospitalière ont augmenté de 7 % en moyenne annuelle et de 31,2 % entre 2018 et 2022, passant de 66,6 M€ à 87,4 M€ (c/731 et c/732, principales composantes des titres 1 et 2). Cette progression résulte notamment de la hausse d'activité constatée en MCO, consécutive à l'augmentation du capacitaire en nombre de lits (+7 lits).

Dans le détail, les produits à la charge de l'assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 34,2 % sur la période, passant de 60,4 M€ à 81,1 M€, avec notamment une accélération à partir de 2020 (+10 M€). En revanche, les produits à la charge des patients n'ont que faiblement progressé sur cette même période (+1,8 %), passant de 6,2 M€ à 6,3 M€, en raison notamment de la baisse des séjours en MCO et SSR lors de la crise sanitaire (5,1 M€ en 2020 contre 6,2 M€ en 2019).

4.2.1.2.2 Budget E

Les produits des soins (titre 1) ont augmenté de 8,6 % en moyenne annuelle (39 % entre 2018 et 2022), tandis que ceux de la dépendance n'ont augmenté que de 1,2 % (5,1 % sur la période) et ceux de l'hébergement ont légèrement diminué (-0,7 % en moyenne annuelle et -2,7 % sur la période).

Cette évolution des produits repose notamment sur une augmentation moyenne annuelle des tarifs d'hébergement des deux résidences (+1,3 %) et du tarif à la charge des résidents en activité « dépendance » (+1,4 %). Elle s'est avérée insuffisante pour couvrir les dépenses sur ce budget, déficitaire depuis 2018, dans un contexte de diminution ininterrompue de l'activité de l'Ehpad sur l'ensemble de la période sous revue⁶².

La chambre appelle l'attention du CH sur la situation de l'Ehpad, dont la progression des recettes ne permet pas de couvrir celle des dépenses, ce qui impose de revoir le niveau des tarifs d'hébergement.

4.2.1.3 Les charges de fonctionnement

A l'identique des produits, les budgets H et E représentent plus de 93 % du total des dépenses de l'établissement en 2022.

4.2.1.3.1 Les charges de personnel (titre 1)

Les dépenses de personnel ont augmenté de 6,8 % en moyenne annuelle et de 30 % entre 2018 et 2022, passant de 68,4 M€ en 2018 à 89,1 M€ en 2022. La part des dépenses de personnel dans le total des charges a progressé chaque année, avec une accélération en 2022, pour atteindre 67,1 %. Les dépenses relatives au personnel médical représentaient à elles seules 22 % des dépenses de personnel en 2022.

Cette augmentation s'explique par la progression sensible du nombre d'ETP, mais aussi par les revalorisations⁶³ décidées par le ministère depuis 2018 (crise sanitaire, Ségur de la santé). A ces évolutions s'ajoutent les dépenses d'intérim et les mises à disposition de personnels extérieurs au sein du CH.

4.2.1.3.2 Charges à caractère médical (titre 2)

Le budget H regroupe la quasi-totalité des charges à caractère médical, qui ont progressé de 9,6 % en moyenne annuelle et de 44,2 % entre 2018 et 2022, avec une accélération⁶⁴ dès 2020 du fait des dépenses induites par la crise sanitaire.

4.2.1.3.3 Charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

Les budgets H et E regroupent la quasi-totalité des charges à caractère hôtelier et général (10 M€ pour le budget H en 2022 et 2,1 M€ pour le budget E).

⁶² -7,6 % en nombre de journées.

⁶³ Concernant les personnels non médicaux, l'augmentation s'explique par l'effet en année pleine du complément de traitement indiciaire et par la revalorisation des grilles indiciaires des corps paramédicaux de catégorie A et C au 1^{er} octobre 2021 (accords de Ségur).

⁶⁴ Le rapport comptable 2021 relate plusieurs causes de cette augmentation : la progression des dépenses de location dues au transfert de l'autorisation d'exploitation de l'IRM au bénéfice de l'hôpital, la progression de la sous-traitance de laboratoire concernant les tests « covid » (+0,42 M€ en 2021), la télé-imagerie, l'hospitalisation en extérieur liée à l'activité de l'HAD de Paimpol (+0,17 M€), l'augmentation des charges sur les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux de 1,4 M€ entre 2020 et 2021 (hors neutralisation notamment de la hausse des recettes liées aux rétrocessions, dispositifs médicaux implantables...).

Ces charges ont augmenté de 5,5 % en moyenne annuelle (23,9 % entre 2018 et 2022) pour le budget H, et de 1,7 % en moyenne annuelle (6,9 % sur la période) pour le budget E.

Cette évolution est partiellement due à des surcoûts liés à la crise sanitaire (0,12 M€) en 2021, incluant une augmentation des transports et des dépenses de blanchissage.

4.2.1.3.4 Les centres de coût au sein des pôles médicaux

Les comptes de résultat analytiques (Créa) édités par le CH de Lannion ont fait l'objet d'une analyse, notamment les résultats sur coûts complets⁶⁵ pour les cinq pôles médicaux et leur évolution entre 2019 et 2022.

Ces pôles présentent un résultat déficitaire cumulé de 8 M€ en 2022, qui se dégrade significativement depuis 2019 (déficit de 2,5 M€ en 2019). Seul le pôle « *personnes âgées* »⁶⁶ présente des résultats excédentaires.

En 2022, le pôle « *MPR – unités médico-sociales* » présentait un résultat sur coût complet négatif de 44 743 €, alors qu'il était largement positif en 2019, avec 1,36 M€.

Le pôle « *médecine* » est celui dont la dégradation est la plus importante : -1,15 M€ en 2019 et -3,24 M€ en 2022 soit une dégradation de -2,1 M€ en trois ans. Le résultat concernant les urgences était de -2 M€ en 2019, mais indisponible pour 2022.

Le pôle « *chirurgie* » présente également un résultat déficitaire stable sur la période : -2,1 M€ en 2019 comme en 2022. Toutes les composantes⁶⁷ étaient déficitaires notamment en 2019.

Le pôle « *femme / enfant* » est celui qui présente le résultat le plus déficitaire : -2,23 M€ en 2019 et -3,5 M€ en 2022. Il s'agit du seul pôle pour lequel la marge sur coût direct est déficitaire en 2022, avant même la prise en compte des charges induites.

Il apparaît également que la croissance de l'ambulatoire⁶⁸ dans les pôles médicaux s'est accompagnée d'un coût croissant de l'hébergement⁶⁹, ce qui constitue un paradoxe. Au vu des Créa⁷⁰, le coût par acte chirurgical s'est lui-même nettement accru, passant de 2 998,40 € en 2019 à 3 041,30 €, en dépit de la progression de l'ambulatoire. Il conviendrait donc que le CH revoie son organisation.

4.2.1.4 Les financements non reconductibles de l'ARS

Le montant total des aides⁷¹ de l'ARS, reconductibles et non reconductibles, est passé de 20,7 M€ en 2018 à 29,4 M€ en 2022, en progression quasi-constante sur la période. Ces aides représentaient 20,8 % produits de fonctionnement du CH en 2018 et 23,9 % en 2022.

⁶⁵ Coûts directs et charges induites.

⁶⁶ Malgré une baisse de 44,2 % par rapport à 2019, il affiche un résultat sur coût complet positif de 0,9 M€ en 2022.

⁶⁷ Hospitalisations complètes, ambulatoire, consultations externes.

⁶⁸ Rappel : 32,4% entre 2018 et 2022 toutes activités MCO confondues (*source : CH de Lannion*).

⁶⁹ Rappel : 23,9 % entre 2018 et 2022 pour les charges à caractère hôtelier et général pour le budget principal.

⁷⁰ Des créa ainsi que des indicateurs Hospidiag concernant les actes chirurgicaux.

⁷¹ Aides en fonctionnement, reconductibles et non reconductibles.

La situation sanitaire entre 2020 et 2021 a engendré une augmentation significative du niveau de ces aides, qui ont été portées de 21,97 M€ en 2019 à 28,87 M€ en 2020.

Le montant des aides reconductibles a pour sa part diminué de plus de 2 M€ à partir de 2021. A l'inverse, la part des aides non reconductibles a constamment augmenté, représentant en 2022 42,7 % du total des aides, contre seulement 11,6 % en 2018.

Dans les faits, un certain nombre d'aides par principe non reconductibles sont reconduites⁷² d'un exercice à l'autre. D'un montant de 0,17 M€ en 2018, elles représentaient ainsi jusqu'à 8,1 M€ en 2022.

Ces évolutions sont en lien avec la situation financière particulièrement dégradée de l'établissement, qui est dépendant des aides de l'ARS.

Le CH a par ailleurs produit à la chambre un état récapitulant les recettes et les dépenses, par exercice, relatives à la crise sanitaire. Sur les trois années concernées, le solde total correspondant aux aides perçues retraité des dépenses liées à la Covid est excédentaire de 1,02 M€ (cf. tableau 17, annexe 3 du présent rapport).

4.2.1.5 La dégradation du résultat et de l'autofinancement

La situation précédemment décrite a entraîné une nette dégradation des résultats du budget principal (-7,9 M€ en 2022, contre -3,9 M€ en 2018), mais aussi de l'Ehpad (-1,4 M€ en 2022 contre -0,3 M€ en 2018)⁷³. Le résultat de l'ensemble des budgets du CH s'établit ainsi à -9,6 M€ en 2022. En conséquence de cette tendance, le report à nouveau déficitaire enregistré au bilan 2022 de l'établissement atteint 41,6 M€.

La chambre constate que l'accroissement sensible⁷⁴ des charges de personnel ne s'est pas accompagné d'une croissance parallèle des recettes permettant d'aboutir à un équilibre budgétaire ou de réduire le déficit.

Depuis 2021, la valeur ajoutée ne couvre plus les charges de personnel, ce qui conduit à un excédent brut d'exploitation et une marge brute⁷⁵ tous deux négatifs.

Rapporté à sa strate, le taux de marge brute du CH se situe en deçà du deuxième décile. Il devient même négatif à partir de 2021 (-2 %), tandis que la situation se dégrade un peu plus encore en 2022 (-3,7 %).

⁷² Jusqu'en 2021, la part de ces aides représentait moins de 10 % des aides non reconductibles ; en 2021, elles représentaient la moitié des aides non reconductibles et 65 % en 2022.

⁷³ Retraité des recettes non reconductibles de l'ARS, le résultat consolidé de l'établissement s'établit à -22,6 M€ en 2022.

⁷⁴ Notamment sur les budgets H et E depuis 2018.

⁷⁵ La marge brute constitue le résultat économique de référence sur un exercice, car elle correspond à la marge que l'établissement dégage de son exploitation courante pour pouvoir financer ses charges financières, ainsi que ses charges d'amortissement, c'est-à-dire pour pouvoir engager des investissements de long terme.

La capacité⁷⁶ d'autofinancement (CAF) brute a augmenté jusqu'en 2020 grâce aux aides de l'ARS liées à la crise sanitaire et au Ségur de la santé. A partir de 2021, du fait de la dégradation des résultats annuels, la CAF brute est devenue négative, tout comme le taux de CAF passé de 1,9 % en 2020 à -3,1 % en 2021, puis à -4,7 % en 2022. Sur ces indicateurs financiers, le CH de Lannion se situe systématiquement en deçà du 2^{ème} décile de sa strate.

La CAF nette⁷⁷ est quant à elle systématiquement négative, traduisant ainsi une situation financière dégradée dans laquelle le CH de Lannion n'est plus en mesure d'investir avec ses ressources propres.

Le CH de Lannion ne dégage aucune marge de son exploitation courante et ne peut donc couvrir ni ses charges financières, ni ses amortissements. Dès lors, l'engagement d'investissements sur le long terme n'est aujourd'hui plus envisageable. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le taux de vétusté des équipements⁷⁸ est aujourd'hui élevé (quelque 90 %), en raison d'un taux de renouvellement des immobilisations⁷⁹ qui est resté systématiquement inférieur à la médiane de la strate et ne s'élevait qu'à 2,9 % en 2022.

4.2.2 Le bilan et ses composantes

4.2.2.1 La dette

L'encours de la dette du CH s'élevait à 29,7 M€ au 31 décembre 2022⁸⁰. Bien que demeurant élevé, celui-ci a diminué de 23,6 % entre 2018 et 2022 et de 6,5 % en moyenne annuelle. L'ensemble des emprunts en cours est classé 1A sur la charte de Gissler, ce qui signifie que l'établissement ne dispose pas dans son portefeuille de produits structurés porteurs de risques. 95,4 % des emprunts sont à taux fixe, les autres ayant été contractés à taux variable.

⁷⁶ La capacité d'autofinancement (CAF) constitue une ressource interne qui peut être utilisée pour rembourser les emprunts et financer de nouveaux investissements. Le taux de CAF est calculé par le ratio « *capacité d'autofinancement / produits réels d'exploitation* ». Il permet d'apprécier la capacité de l'activité de l'établissement à produire des excédents et, de ce fait, à investir.

⁷⁷ CAF brute retraitée des remboursements d'emprunts en capital. Permet d'apprécier la capacité de l'activité de l'établissement à générer des excédents et, de ce fait, sa capacité à investir. Elle atteint -7,86 M€ en 2022.

⁷⁸ Mesure la part des équipements déjà amortis. Il est calculé seulement sur les c/215 et c/218.

⁷⁹ Rapport entre le montant des acquisitions d'immobilisations de l'exercice et le total de l'actif immobilisé brut.

⁸⁰ En incluant le c/165 « *dépôts & cautionnements* » (0,3 M€ en 2022).

Les trois ratios⁸¹ prudentiels prévus à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique pour limiter et encadrer le recours à l'emprunt par les établissements publics de santé sont particulièrement dégradés dans le cas du CH de Lannion. **Si à compter de 2021, l'encours de dette passe sous le seuil de 30 % de l'ensemble de ses produits, toutes activités confondues, il demeure que l'établissement n'est toujours pas en mesure de recourir à l'emprunt sans autorisation préalable du directeur général de l'ARS, compte tenu de la durée apparente de sa dette et de son taux de dépendance financière.**

4.2.2.2 Les ratios de trésorerie

Le fonds de roulement net global (FRNG) est constamment négatif sur la période sous revue et en dégradation continue ; il est ainsi passé de -3 M€ en 2018 à -20,6 M€ en 2022.

Pour compenser ce FRNG négatif et disposer d'une trésorerie positive, l'établissement maintient un besoin en fonds de roulement⁸² (BFR) négatif depuis 2018, ses dettes excédant ses créances. Le BFR négatif s'accroît ainsi chaque année⁸³, pour atteindre -22,21 M€ en 2022.

Les dettes d'exploitation sont principalement constituées par deux postes : les dettes fournisseurs et les dettes fiscales et sociales. Les dettes fournisseurs ont augmenté de près de 5 M€ entre 2021 et 2022, traduisant le retard du centre hospitalier pour payer ses factures. Sur ce point, les données d'Hospidiag relatives au ratio « *dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation* » indiquent une évolution à la hausse entre 2018 et 2020, avec 116,2 jours en 2020, contre 115,4 jours en 2018. Parallèlement, le délai de paiement des fournisseurs s'élevait à 84,12 jours en 2022, soit un niveau excédant très largement le délai réglementaire de paiement des établissements publics de santé qui est fixé à 50 jours selon le décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 dans sa version modifiée.

⁸¹ La durée apparente de la dette rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement. Elle permet de mesurer le nombre théorique d'années nécessaires pour éteindre la dette si la capacité d'autofinancement était consacrée intégralement à cet objectif. La détérioration de la CAF par rapport à 2020 (négative à partir de 2021) impacte forcément ce ratio, qui indique une valeur négative à partir de 2021 (l'article précité du CSP prévoit une valeur maximale de 10 ans). Le taux de dépendance financière mesure le poids des emprunts au sein des capitaux permanents ; plus il est élevé, plus la dépendance financière vis-à-vis des établissements de crédit est forte. Ce ratio, supérieur au plafond de 50 % prévu par l'article précité du CSP, s'établit à 101,5 % en 2022, largement au-dessus du plafond maximal (ce ratio a même atteint 110 % en 2020). Le poids de la dette exprime l'importance de l'encours de dette au regard du total des produits toutes activités confondues de l'établissement. Ce ratio atteint 25,2 % en 2022, en constante amélioration depuis 2018 et en deçà du maximum fixé à 30 %. Avant 2021, l'établissement dépassait ce seuil des 30 %.

⁸² Le BFR est la différence entre l'actif circulant et le passif circulant. L'actif circulant représente les besoins immédiats qu'il est nécessaire de financer pour alimenter le cycle d'exploitation (stocks et créances), alors que le passif circulant correspond au crédit obtenu auprès des « fournisseurs » (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales et avances reçues). Par différence, on obtient donc le besoin de financement engendré par l'activité de l'établissement. En définitive, le BFR correspond à l'avance financière que doit effectuer l'établissement pour assurer ses prestations (achats stockés...).

⁸³ -6,96 M€ en 2020, -13,65 M€ en 2021.

La chambre appelle l'attention du CH de Lannion sur le fait que l'allongement des délais de paiement n'est pas de nature à remédier à ses difficultés structurelles. En outre, cette pratique fragilise la situation financière de ses fournisseurs et pourrait entraîner des ruptures d'approvisionnement et remettre en cause la continuité d'activité de l'hôpital à moyen terme. En outre, une telle pratique est susceptible de renchérir les offres de prix des fournisseurs de l'établissement.

Recommandation n° 4. : Respecter le délai global de paiement de 50 jours fixé par l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.

Parallèlement, l'établissement n'honore plus la taxe sur les salaires (90 % des dettes fiscales et sociales sur la période) depuis 2019, en raison de ses difficultés financières. La dette correspondante s'élevait en 2022 à 24,7 M€.

La trésorerie nette, qui résulte de la différence entre le FRNG et le BFR, s'élevait à 1,65 M€ au 31 décembre 2022. Dans son rapport sur le compte financier 2021, le comptable alertait l'établissement sur le fait que le niveau de la trésorerie au 31 décembre 2021 ne permettait⁸⁴ de faire face qu'à 3,8 jours de charges courantes, la médiane de la strate se situant à 8,1 jours. Cette situation a en outre été faussée par l'absence de paiement de plusieurs mandats en fin d'exercice avant la clôture du compte au Trésor ; le niveau de trésorerie était en réalité quasi-nul à fin 2021 et 2022.

La chambre observe une situation bilancielle préoccupante de l'établissement, qui est de nature à remettre en cause la continuité de son activité.

4.2.3 Projets d'investissement et perspectives financières

4.2.3.1 Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Le PGFP a été établi conformément à la note technique de l'ARS du 10 novembre 2022, prévoyant⁸⁵ notamment la reprise générale de la tarification à l'activité (T2A), la reconduction des montants alloués dans le cadre de la réforme du financement des urgences, l'intégration d'un effet prix sur la durée du PGFP de 0,2 % sur les recettes T2A, ainsi que d'un coefficient prudentiel de 0,7 %, ainsi que l'hypothèse d'une activité stable.

Le soutien financier relatif aux investissements courants ainsi que les dotations destinées à la restauration des capacités financières (9,3 M€ sur la décennie actuelle, comme vu précédemment) ont été intégrées dans le tableau de financement prévisionnel de ce PGFP.

En définitive, les prévisions réalisées par le CH de Lannion donnent à voir une dégradation continue de sa situation financière. En 2027, la CAF brute prévisionnelle serait de -13,4 M€, le taux de CAF se situerait à -11 %, la marge brute à -12,8 %, le taux de marge brute à -10,4 %, le FRNG à -107,6 M€ et le BFR à -107,6 M€.

⁸⁴ Le CH de Lannion indique qu'il réalise tous les jours un rapprochement bancaire et un suivi du c/515 ; « cela permet de connaître au plus juste le montant à mandater et d'anticiper toute rupture de trésorerie pour le paiement des salaires et charges sociales, des emprunts ».

⁸⁵ Les opérations liées au rapprochement avec la polyclinique du Trégor ne sont pas intégrées à ce stade.

4.2.3.2 La problématique de l'investissement

Le CH de Lannion ne dispose d'aucune marge de manœuvre pour financer ses investissements, ni de possibilité raisonnable de recours à l'endettement.

Le programme pluriannuel d'investissements (PPI) intègre pourtant 14,7 M€ d'investissements sur la période 2023-2027, intégrés au PGFP. Les investissements courants s'élèvent à 7,84 M€ et les opérations majeures à 6,88 M€.

Au vu de la situation d'insuffisance d'autofinancement et des indicateurs dégradés affichés dans le PGFP 2023-2027, le CH de Lannion ne peut financer seul son programme d'investissement pluriannuel.

Compte tenu de l'échec manifeste des différents plans de redressement jusqu'ici appliqués et les risques juridiques et d'activité auxquels l'établissement se trouve aujourd'hui exposé, il convient que sa direction et l'ARS examinent ensemble toutes les pistes possibles de redressement⁸⁶. L'attractivité de l'hôpital est en effet en jeu et une réflexion de fond doit être menée sur le redéploiement de son activité au regard de la faiblesse démographique de sa zone d'attractivité et de sa situation financière totalement dégradée.

4.2.3.3 Le rapprochement avec la polyclinique du Trégor

4.2.3.3.1 Le projet et ses objectifs

Une réflexion a été engagée en 2021, sous l'égide de l'ARS, sur l'avenir des CH de Lannion et de Guingamp autour d'une refonte de l'offre de soins sur le Trégor et le territoire d'Armor, selon la logique d'une complémentarité des établissements de santé, privés et publics. L'étude menée a conclu en 2022 à l'intérêt d'un rapprochement du CH de Lannion avec la polyclinique du Trégor.

Les enjeux d'un tel rapprochement sont liés au devenir de la chirurgie et au nombre de plateaux techniques disponibles sur le territoire local de Guingamp et Lannion. Les objectifs du projet sont cependant multiples : sécuriser l'activité et les autorisations de chirurgie carcinologique (notamment celle de sénologie), consolider l'activité et réduire les fuites, élargir l'offre en imagerie (installation d'un deuxième scanner et d'une deuxième IRM), poursuivre le virage ambulatoire. Le projet vise également à consolider les équipes chirurgicales, attirer et fidéliser des compétences médicales et soignantes, proposer des exercices « *public-privé* » pour élargir le recrutement et partager la permanence des soins.

⁸⁶ Le cas échéant, en examinant les possibilités de décliner pour le CH de Lannion les dispositions du décret n° 2023-260 du 07 avril 2023 relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé.

4.2.3.3.2 Un projet en attente de définition

L'étude préconise la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS⁸⁷) entre les deux hôpitaux lannionais pour l'exercice commun des activités de chirurgie et le projet est actuellement au stade de la discussion entre les deux établissements.

La chambre constate que le projet de rapprochement entre les deux structures reste à ce jour incertain dans sa définition, imprécis dans son périmètre et inabouti quant à sa trajectoire de financement.

4.2.3.3.3 Les points de vigilance

Des contraintes logistiques et administratives

Le projet prévoit de regrouper l'offre de soins sur le site du CH de Lannion. Cela implique de relocaliser la polyclinique du Trégor sur le site de l'hôpital et de gérer deux entités juridiques distinctes, l'une publique et l'autre privée, sur ce même site, d'examiner les mutualisations possibles et d'étudier les possibilités de sous-traitance tout en déterminant leurs implications. Celles-ci sont multiples : devenir des structures actuelles de la polyclinique, construction ou aménagement d'un bâtiment⁸⁸ dédié sur le site du CH, mise en œuvre d'une échelle⁸⁹ tarifaire adaptée, rémunération des praticiens libéraux avec notamment la recherche d'une compensation pour les chirurgiens libéraux assurant une participation à la permanence des soins.

La forme des coopérations

A l'été 2023, la piste d'un GCS exploitant était privilégiée. Ce montage présente l'avantage de la réversibilité, les établissements conservant la titularité de leurs autorisations. Cependant, cette forme de GCS imposerait de regrouper toutes les activités du groupement sur un seul site, soulevant donc des problématiques immobilières et de distinction des personnels dont la chambre a pu constater dans le passé qu'elles ne se réglaient pas toujours au bénéfice des structures publiques⁹⁰.

⁸⁷ Un groupement de coopération sanitaire est une personne morale de droit public ou de droit privé permettant, dans le domaine de la santé, de faciliter les coopérations entre le secteur public et privé.

⁸⁸ Consultations externes et administration. Seront à examiner en autres éléments : le positionnement du parking pour les patients et l'accès ambulance ; les dimensions du bâtiment et son coût ; le nombre de bureaux de praticiens nécessaires (22 praticiens à ce jour et un accueil chirurgical) ; le nombre de bureaux de secrétariats médicaux. Pour la partie administrative, le besoin serait de sept bureaux et une salle de réunion ; une salle archives ; quatre box pour les hôtes d'accueil environ ; un local technique de maintenance. Les délais de livraison du bâtiment ; la nature du bail et ses conditions sont à évaluer. L'équipe pluridisciplinaire de soins de support serait à loger dans le bâtiment principal du centre hospitalier.

⁸⁹ Pour préparer l'alignement progressif des rémunérations du personnel soignant, administratif et technique de la polyclinique sur celles du public. L'objectif étant de parvenir à une cohérence de rémunération une fois achevée la migration sur le site de l'hôpital en raison de la proximité d'exercice et du partage de zones de travail.

⁹⁰ Rapport d'observations définitives de la CRC Bretagne du 22 février 2021 sur le Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille à Quimper.

La gestion des autorisations d'exercice

La question du partage⁹¹ des autorisations d'exercice chirurgical est également à considérer avec attention.

La trajectoire du financement

Pour l'heure, les contours financiers du projet estimé à 30 M€ sont approximatifs. Or, comme précisé par le CH de Lannion, les aides attendues ne dépasseront pas 50 % et il sera nécessaire de mobiliser des sources de financement complémentaires. Or, le CH de Lannion n'est pas en mesure de s'endetter davantage. En outre, le contrôle de la polyclinique du Trégor, réalisé par les juridictions financières dans le cadre d'une enquête nationale sur les cliniques privées, avait abouti aux constats d'une structure également fragilisée au plan financier. Par ailleurs, si le projet s'inscrit dans le cadre des enveloppes du Ségur de la santé, celles-ci ne sont pas clairement définies pour le moment.

La chambre observe que ce projet de rapprochement ne saurait suffire au redressement financier du CH, qui doit réfléchir prioritairement au redéploiement de son offre de soins pour l'adapter à la faible démographie du bassin de vie qu'il dessert.

⁹¹ Une attention particulière doit être portée aux seuils nécessaires aux autorisations de cancérologie pour le futur site unique de Lannion, qui, selon le projet transmis à la chambre par l'ARS, « *devra être en capacité d'offrir la plus large palette de prise en charge du cancer au bénéfice des patients du Trégor* ».

5 LES URGENCES HOSPITALIERES

La gestion des urgences du CH de Lannion a été étudiée dans le cadre d'une enquête des juridictions financières.

5.1 L'offre de soins en matière de médecine d'urgence et de permanence des soins ambulatoire (PDSA)

5.1.1 Le contexte régional

La Bretagne dispose⁹² de 123 établissements de santé : 46 établissements publics, 42 établissements privés d'intérêt collectif et 35 établissements privés à but lucratif. Elle compte, sur chacun de ses huit territoires de l'offre hospitalière, la présence d'un établissement hospitalier public de référence.

Globalement, un breton sur deux réside à moins de 20 minutes d'un hôpital.

Chaque territoire de santé comprend une offre dans les disciplines suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie et équipements lourds d'imagerie (IRM, scanner...), avec une concentration plus importante dans les zones urbaines et sur le littoral.

Rennes et Brest constituent les deux pôles majeurs de la région, avec leurs centres hospitaliers universitaires (CHU).

Les établissements publics réalisent plus de 90 % de l'activité de médecine et 80 % de l'activité d'obstétrique. Les établissements privés effectuent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et interventionnelle.

La Bretagne compte quatre services d'aide médicale urgente (SAMU), 23 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et 25 structures des urgences réparties sur 30 sites. Les CHU disposent également d'autorisation d'urgences pédiatriques. Sur les 30 sites, 11 accueillent plus de 30 000 passages annuels, 10 sites entre 20 000 et 30 000 et seulement deux sites moins de 12 000 passages.

⁹² ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2019.

97,7 % de la population bretonne est située à moins de trente minutes de l'accès aux soins urgents grâce à la mise en place des médecins correspondants du SAMU sur les îles bretonnes :

La garde ambulancière⁹³ est définie en Bretagne par le cahier des charges régional portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière, fixé par un arrêté du directeur général de l'ARS du 6 novembre 2017. Elle permet de garantir une prise en charge des patients nécessitant des transports urgents demandés et régulés par les SAMU Centre 15. Sont également inclus les transports secondaires inter-établissements urgents, ainsi que les transports demandés par les médecins généralistes de garde.

Chaque département est divisé en secteurs de garde avec une ligne de garde ambulancière assurée par une entreprise de transports sanitaires :

- Côtes-d'Armor : 8 secteurs sur lesquels 71 entreprises de transports sanitaires sont agréées ;
- Finistère : 17 secteurs sur lesquels 64 entreprises de transports sanitaires sont agréées ;
- Ille-et-Vilaine : 12 secteurs sur lesquels 74 entreprises de transports sanitaires sont agréées ;
- Morbihan : 12 secteurs sur lesquels 72 entreprises de transports sanitaires sont agréées.

5.1.2 La particularité des territoires armoricain et lannionais : des interdépendances pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

5.1.2.1 La situation départementale

Le département des Côtes-d'Armor compte huit territoires de PDSA, jusqu'à neuf en été du fait de l'attractivité touristique des zones côtières, avec une répartition précise des médecins généralistes participant à cette permanence des soins.

La Bretagne compte en outre six associations « SOS Médecins » implantées sur le territoire, à l'exception du département des Côtes-d'Armor.

Les consultations sont assurées sur le continent par le médecin de garde, au sein de plusieurs maisons médicales de garde, et sur l'île de Bréhat au cabinet du médecin généraliste.

Le périmètre des secteurs de garde de la permanence des soins dentaires est défini dans le département selon une cartographie précise, avec cinq secteurs de permanence distincts.

La convention nationale pharmaceutique, signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine, a reconduit et revalorisé le financement du dispositif de permanence pharmaceutique conventionnel local, mis en place en 2006 par les partenaires conventionnels.

⁹³ Elle est organisée sur les périodes suivantes : les dimanches et jours fériés, de 8 heures à 20 heures, et les nuits, de 20 heures à 8 heures.

5.1.2.2 L'organisation partagée de l'offre de soins non programmés

Les médecins de garde assurent la régulation médicale de la PDSA au sein des centres de régulation et de réception des appels des SAMU Centre 15, selon une répartition départementale prédéfinie.

Les maisons médicales de garde de Dinan et Paimpol n'étant pas ouvertes en semaine, une complémentarité est assurée avec le service des urgences des CH de Dinan et Paimpol.

Sur la période estivale, une ouverture complémentaire est prévue au regard de l'afflux de population touristique : un pool de médecins de garde est identifié pour assurer les visites incompressibles à la demande de la régulation du SAMU Centre 15 sur la totalité des horaires de permanence des soins, y compris en nuit profonde. Trois médecins de garde dénommés « *effecteurs mobiles* »⁹⁴ assurent sur le département des Côtes-d'Armor les visites incompressibles sur la totalité des horaires de permanence des soins : tous les soirs de 20h à 8h du matin, les samedis de 12h au lundi matin 8h au départ de Lamballe, Guingamp et Saint-Brieuc.

Les Côtes-d'Armor comportent à ce jour cinq communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS⁹⁵) ; le secteur de Lannion s'inscrit dans la CPTS du Trégor - Côtes du granit rose, créée en 2019, dont l'objectif est de renforcer le réseau des professionnels de la santé du territoire local, afin d'améliorer le parcours de soin, faire de la prévention, et devenir une structure de soutien et d'entraide. Pour autant, son action concernant les urgences et la permanence des soins paraît très limitée.

5.1.2.3 Les conventions de partenariat liées aux urgences

La Haute autorité de santé soulignait dans son dernier rapport de certification, que la politique territoriale du CH de Lannion sur la prise en charge des urgences s'inscrivait dans les orientations stratégiques 2015-2019, notamment l'objectif d'améliorer l'accueil en partenariat avec la maison médicale de garde.

L'établissement a intégré le réseau des urgentistes de Bretagne sous l'égide du SAMU 22. De nombreuses conventions de coopération ont été signées, notamment avec le CH de Saint-Brieuc pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), de la chirurgie pédiatrique, des coronarographies, etc.

L'hôpital a formalisé plusieurs conventions avec des services de spécialités, à l'exemple de la plateforme de télésanté du CH de Saint-Brieuc pour la prise en charge des fibrinolyse en cas d'AVC.

Les urgences lannionaises ne disposant pas d'urgences psychiatriques, le CH travaille en lien direct avec le CH spécialisé de Bégard, situé à proximité.

⁹⁴ L'accès au médecin de garde (ou effecteur) a lieu après un entretien téléphonique avec le médecin affecté à la régulation médicale. Le médecin régulateur dispense ainsi des conseils, envoie des moyens sur place, ou oriente le patient vers le médecin effecteur.

⁹⁵ Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

5.2 Les caractéristiques de l'activité au sein des urgences

5.2.1 Un nombre croissant de patients admis mais avec des nuances par catégorie

Le nombre de passages aux urgences⁹⁶ a augmenté de 0,3 % en moyenne annuelle et de 1,4 % entre 2018 et 2022, soit 26 196 passages en 2018 et 26 560 en 2022, bien que la crise sanitaire ait généré une baisse sensible au cours des années 2020 et 2021. Avec un peu plus de 25 000 admissions et 2 000 passages par mois, l'activité aux urgences, certes en augmentation sur les trois dernières années, correspond à la moyenne⁹⁷ habituellement constatée pour un CH de cette catégorie.

Le nombre de passages concernant les moins de 18 ans a cependant fortement diminué sur la même période ; il représentait 22,4 % des passages en 2018, contre 20,4 % en 2022 (soit -2 % en moyenne annuelle et -7,6 % entre 2018 et 2022).

Enfin, une augmentation est parallèlement constatée pour les plus de 80 ans, de 1,1 % en moyenne annuelle et de 4,6 % entre 2018 et 2022. Cette catégorie représentait 14,6 % des passages en 2022.

L'activité du service est sensiblement majorée en période estivale, de l'ordre de 20 %, du fait de l'attractivité touristique du secteur géographique environnant.

Un tiers des passages aux urgences fait systématiquement l'objet d'une hospitalisation, ce qui joue en défaveur de l'activité programmée.

Entre 1 600 et 1 700 patients sont réorientés chaque année après leur passage aux urgences, soit 6,1 % en 2022 ; très peu font l'objet d'un transfert vers un autre établissement.

La progression du nombre de passages annuels aux urgences va à l'encontre de la ressource en médecins urgentistes, en baisse depuis 2021. Le CH est ainsi contraint de recourir partiellement⁹⁸ à l'intérim.

5.2.2 Typologie des patients admis et adéquation avec le service attendu

Les urgences sont analysées selon trois⁹⁹ niveaux distincts :

- Niveau I (urgence vitale ou urgence AVC-thrombolyse) : urgence à établir un diagnostic et à évaluer sa gravité dans une situation clinique de risque vital pour le patient ;

⁹⁶ Y compris les urgences pédiatriques et gynécologiques.

⁹⁷ « Le nombre de passages aux urgences a également augmenté en 2021, avec 20.360.471 passages (+12,4% par rapport à 2020), un niveau comparable à 2015 (20.301.667 passages), sans pour autant revenir à hauteur du nombre de passages enregistrés en 2019 (22.036.125 passages). » (source : société française de médecine d'urgence – SFMU – au 23 janvier 2023).

⁹⁸ Un à deux postes par an.

⁹⁹ Procès-verbal du conseil de surveillance du CH de Lannion, daté du 16 octobre 2020.

- Niveau II (urgence non vitale) : urgence à établir un diagnostic et à évaluer sa gravité sans situation clinique de risque vital pour le patient ;
- Niveau III (urgence organisationnelle) : besoin organisationnel du service de réaliser l'examen, sans urgence à établir un diagnostic et à évaluer sa gravité, et sans situation clinique de risque vital pour le patient.

Le suivi est organisé par tranches d'âges pour mieux cibler l'accueil médical.

918 urgences gynécologiques étaient recensées¹⁰⁰ en 2022, sensiblement moins qu'avant la crise sanitaire, mais le chiffre a progressé depuis lors.

52 urgences pédiatriques étaient également recensées¹⁰¹ la même année.

5.2.3 La qualité globale du service rendu

5.2.3.1 Certification de l'établissement par la HAS

Le dernier rapport de certification de la HAS date de 2017. Son volet concernant la prise en charge médicale aux urgences ne revêt pas de critiques. L'établissement a bénéficié d'une certification sans réserve.

5.2.3.2 Les délais d'attente

Le CH de Lannion a pu produire les temps d'attente avant la prise en charge « administrative » (non pas médicale) des patients par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) : celui-ci est de l'ordre d'un ¼ d'heure par patient chaque année, mais il progresse régulièrement, jusqu'à atteindre 20 minutes en 2022.

Le détail des durées moyennes est le suivant (durée moyenne¹⁰² de passage aux urgences au premier trimestre 2023) :

- Pour un retour à domicile : 3h29 (patients non hospitalisés) ;
- Pour une hospitalisation : 8h25.

Cinq ans auparavant, les délais connus étaient les suivants :

- Pour un retour à domicile : 3h08 ;
- Pour une hospitalisation : 5h36.

La chambre constate ainsi une dégradation notable du temps d'attente avant la prise en charge médicale suivie d'une hospitalisation, laquelle est passée en cinq ans de 5h36 à 8h25 : le temps d'attente pour un retour à domicile n'a que peu varié mais reste tout de même assez élevé, au-delà de trois heures.

¹⁰⁰ 887 en 2021, 857 en 2020 et 1 026 en 2019.

¹⁰¹ 44 en 2021, 22 en 2020 et 76 en 2019.

¹⁰² Source RESURGENCE - CH de Lannion et site internet.

Dans les faits, le temps de prise en charge médicale fait les frais de l'insuffisance de médecins urgentistes qui pousse aujourd'hui l'établissement à fermer régulièrement son accueil de nuit comme nombre de ses homologues en Bretagne.

Le temps d'attente avant une prise en charge médicale diffère cependant selon le niveau de gravité, avec 48 minutes en priorité 1.

5.2.3.3 Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG)

Les événements indésirables associés aux soins sont l'ensemble des dysfonctionnements – des erreurs parfois – qui impactent négativement le parcours du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux.

La procédure de déclaration des EIG appliquée par le CH de Lannion s'inscrit dans le cadre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, sous l'égide du GHT d'Armor dont il est membre. Les hôpitaux sont en effet soumis à des déclarations obligatoires lors de la survenue d'événements au sein de leur structure : signalement de dysfonctionnements ou d'événements indésirables, déclaration d'événements indésirables graves associés à des soins, déclaration d'événements sanitaires indésirables.

Les recommandations¹⁰³ professionnelles de Samu-Urgences de France sont suivies et appliquées, avec des fiches de signalisation à l'appui.

Concernant les déclarations d'EIG aux urgences, les statistiques produites par le CH de Lannion sont les suivantes :

- 2020 : 2 ;
- 2021 : 1 ;
- 2022 : 0.

5.2.3.4 Niveau de satisfaction des patients

La satisfaction du patient est évaluée au travers d'outils propres au CH de Lannion :

- questionnaires de satisfaction patient (réponses accessibles au public via le site internet de l'hôpital) ;
- recueil et suivi des plaintes et réclamations.

Une procédure d'enquête de satisfaction est également réalisée par renvoi des patients à l'outil informatique « e-satis », éventuellement sous label de la HAS.

Le livret d'accueil comporte également un volet invitant les patients à s'exprimer sur la qualité des soins rendus.

¹⁰³ Mars 2019 - Gestion des événements indésirables au Samu centre 15.

5.3 Les moyens dévolus

5.3.1 Les moyens bâtimentaires et matériels

Le CH dispose d'un service d'accueil des urgences, d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD¹⁰⁴) avec six lits et d'une antenne SMUR en relation avec le SAMU 22 :

- dix salles de consultation (treize attendues en 2023 après travaux) ;
- deux salles de petite chirurgie ;
- une salle pédiatrique ;
- quatre salles de médecine ;
- deux salles de petite traumatologie ;
- une salle d'urgence vitale.

Les besoins en matériel et équipements sont recensés selon un plan d'investissement annuel ; la maintenance curative et préventive est organisée avec les biomédicaux, les services techniques et les prestataires externes.

Comme constaté par la HAS, l'organisation de la prise en charge des AVC a évolué avec la mise en place de la télé-AVC qui s'est faite grâce à une action¹⁰⁵ conjointe entre les neurologues du CH de Saint-Brieuc et les urgentistes du CH de Lannion.

Des travaux¹⁰⁶ d'extension et de modernisation (265 m²) ont eu lieu, devant s'achever en 2023, afin d'augmenter le nombre de salles d'examen, de réduire le nombre de patients « sur brancards » dans les couloirs, de maîtriser les flux de patients et de sécuriser le service. Le montant global investi est de 1,9 M€. Sur cette somme, le CH de Lannion a bénéficié d'aides spécifiques de l'ARS de 350 000 € en 2019 et 710 000 € en 2020.

5.3.2 Les ressources humaines

Les effectifs médicaux consacrés aux urgences sont actuellement de huit ETPR au lieu des 12 prévus et nécessaires, selon les affaires médicales, pour un fonctionnement correct au quotidien. Ce faisant, les remplacements ne sont pas systématiquement possibles.

¹⁰⁴ Service qui accueille des patients en provenance du service des urgences. L'UHCD a pour objectif de poursuivre la surveillance et la prise en charge des patients qui y sont admis. Le séjour en UHCD est de courte durée : 24 heures au maximum.

¹⁰⁵ « Réalisée dans un délai inférieur à 4 heures, la fibrinolyse se fait suite à une décision conjointe via la télé-consultation entre le neurologue de l'unité neuro-vasculaire de Saint-Brieuc et l'urgentiste de Lannion. » (source : HAS).

¹⁰⁶ Procès-verbal du conseil de surveillance daté du 18 décembre 2020. Le nouvel accueil des urgences du centre hospitalier de Lannion est ouvert depuis avril 2022. Une première extension de 160 m² comprenant des chambres et une nouvelle salle d'attente est opérationnelle depuis juin 2022.

Cette situation est à l'origine de fermetures récurrentes¹⁰⁷ pour l'accueil de nuit et notamment en « nuit profonde¹⁰⁸ ». Dans ce cas, les patients sont invités à appeler le SAMU Centre 15 pour être orientés vers le lieu le mieux adapté au besoin (maison médicale de garde, établissements de santé environnants...). Un transport sanitaire peut être envoyé au domicile. Le SMUR de Lannion reste opérationnel 24 heures sur 24, toute la semaine, pour prendre en charge les urgences vitales sur l'ensemble du Trégor, ainsi que pour la maternité. Le dispositif est complété¹⁰⁹ par une secrétaire à l'accueil et une infirmière coordinatrice.

A la suite de l'instruction de la chambre, l'ARS et le CH ont décidé d'instaurer une régulation¹¹⁰ des urgences de nuit entre 19h et 8h30, du 1^{er} mars au 30 juin 2024, en raison d'un manque de médecins.

Le recours à la maison médicale de garde est d'un secours limité car celle-ci n'est pas ouverte¹¹¹ de nuit.

Les professionnels de santé ne présentent guère les postes d'urgentistes, y compris les intérimaires : la question de l'attractivité se pose donc.

Des référents médicaux et paramédicaux sont nommés, notamment pour le SMUR, la prise en charge des AVC, circuit court, circuit long. Les besoins en formation sont définis selon l'orientation du service et inclus dans le plan de formation.

Le recours à des médecins intérimaires étant fréquent, les compétences requises ont été définies et une fiche de poste a été établie. Une évaluation est remplie à la fin du remplacement.

5.3.3 Le budget et le financement du service

Si les urgences ne disposent pas d'un budget spécifique, les coûts sont toutefois identifiés via les outils de comptabilité analytique. Les recettes sont établies chaque année dans les états prévisionnels au travers des financements de l'ARS. Au vu de ces informations, le coût financier des urgences lannionnaises représente un montant annuel de 3,5 M€.

5.3.4 Le plateau technique (accès aux examens biologiques et radiologiques)

5.3.4.1 La part sensible des urgences dans le médico-technique

Le plateau technique du centre hospitalier permet l'accès aux examens biologiques et radiologiques inhérents aux urgences.

¹⁰⁷ Plusieurs dizaines prévues sur l'ensemble de l'année 2023, selon les affaires médicales.

¹⁰⁸ De minuit à huit heures.

¹⁰⁹ Du lundi au vendredi de 10h à 18h.

¹¹⁰ Les patients sont invités à composer le 15 afin d'être réorientés. Pour la maternité, l'accueil des patientes n'est pas modifié et continue d'être assuré 24h/24.

¹¹¹ Ouverte de 20h à 23h en semaine ; le samedi de 14h à 22h ; le dimanche et les jours fériés de 9h à 22h.

Plus de 3 000 000 d'actes de biologie concernent actuellement les seules urgences, un chiffre en progression constante¹¹². La part des actes liés aux seules urgences, rapportée au nombre total d'actes de biologie, est elle-même en croissance¹¹³ sensible. Elle représente depuis 2020 plus de la moitié du total.

Annuellement, le nombre d'actes en radiologie consacrés aux urgences représente pour sa part environ 25 % du total.

Les délais d'obtention des résultats sont favorisés par le recours à la télé-imagerie et la proximité des laboratoires.

5.3.4.2 Les conséquences de la réforme financière

La réforme¹¹⁴ du financement des urgences, appliquée depuis le 1^{er} janvier 2021, a entraîné des modifications de la facturation afférente aux patients externes, tant pour les actes en biologie que pour la radiologie. Au vu de son dialogue de gestion, le CH de Lannion ne déroge pas à la règle.

5.3.4.2.1 Pour la radiologie

Le supplément « *pris en charge à 100 % par l'assurance maladie* » peut désormais être facturé pour la réalisation d'un acte de radiologie :

- supplément¹¹⁵ d'imagerie conventionnelle (SIC) de 33,99 € pour une prise en charge complète au sein d'une structure des urgences ;
- supplément¹¹⁶ d'imagerie en coupe de 53,48 € pour une prise en charge complète au sein d'une structure des urgences.

Le passage d'un patient donne lieu à la facturation d'un seul supplément de ce type et, le cas échéant, pour le SIC, d'un ou plusieurs forfaits techniques complémentaires. Ces suppléments ne sont facturables que si les actes sont effectués par un radiologue, avec un compte rendu écrit. D'autres suppléments complètent le dispositif :

- le « supplément nuit avis spécialiste et imagerie » entre 20 heures et 8 heures (24,71 €) ;
- le « supplément férié avis spécialiste et imagerie » pour un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 20 heures (53,48 €).

¹¹² 2 429 798 en 2019, 2 511 002 en 2020 et 3 129 217 en 2021.

¹¹³ 48% en 2019, 57 % en 2020 et 67 % en 2021.

¹¹⁴ Le nouveau modèle de financement repose sur trois compartiments : une dotation populationnelle, une dotation complémentaire, et désormais des recettes liées à l'activité, avec facturation de supplément.

¹¹⁵ Au moins un acte d'imagerie conventionnelle ou d'échographie.

¹¹⁶ Au moins un acte d'imagerie en coupe donnant lieu à la facturation d'un forfait technique, et le cas échéant des actes d'imagerie conventionnelle ou d'échographie réalisés pour le même passage.

5.3.4.2.2 Pour les laboratoires

La facturation de suppléments concerne trois suppléments « biologie » pour la prise en charge complète au sein d'une structure des urgences :

- moins de 16 ans : 43,20 € ;
- entre 16 ans et 45 ans : 52,11 € ;
- plus de 45 ans : 54,27 €.

5.4 Les questions de performance

5.4.1 La gestion de flux des patients

5.4.1.1 Les instances et les fonctions de régulation des flux

Le pilotage institutionnel est assuré par la commission des admissions et des consultations non programmées, qui se réunit deux fois par an et par le chef de service des urgences et les cadres de santé dont les missions ont été définies.

La politique sur la prise en charge des urgences de l'établissement est inscrite dans les orientations¹¹⁷ stratégiques 2015-2019, affichée aux consultations mais aussi dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARS.

Des fiches de poste décrivent les missions de l'infirmière d'accueil (IAO) et du médecin d'accueil et d'orientation. Les besoins en ressources humaines sont clairement identifiés (médecins, paramédicaux, gestionnaires de patients).

Un descriptif précis à destination des patients résume l'organisation de la prise en charge aux urgences ; il est disponible sur le site internet de l'hôpital.

L'accès physique aux locaux est également indiqué avec précision sur le site internet : cinq places de stationnement « dépose minute » sont désormais exclusivement réservées aux patients devant se rendre au service des urgences.

5.4.1.2 Les outils de gestion des flux de patients

La gestion des urgences est entièrement informatisée, avec des logiciels spécialisés communément utilisés dans les établissements publics. Les flux sont ainsi quotidiennement suivis.

5.4.1.3 La gestion en nuit profonde (0h-8h)

Comme vu précédemment, la gestion en nuit profonde nécessite la mise en place d'une régulation via le Centre 15 pour répartir les patients sur le territoire de santé selon les places disponibles.

¹¹⁷ Améliorer l'accueil (partenariat avec la maison médicale de garde).

Cependant, le problème réside également dans le transport des patients, notamment en période de régulation. Les seuls vecteurs ambulanciers disponibles sur le créneau nuit profonde sont en effet les moyens de la garde ambulancière, qui ne peuvent assurer des retours à domicile ou des transferts inter-hospitaliers non urgents qu'à titre dérogatoire. En termes de marché publics, le lot « nuit profonde 0h-8h » a été déclaré infructueux¹¹⁸ en 2023.

Les soirs sous régulation lors de la période estivale, l'ARS a instauré un tour de garde spécifique pour ces types de transports, en lien avec le milieu associatif¹¹⁹. Ce dispositif a pris fin le 31 août 2023 et, selon le CH de Lannion, il n'y a « *donc plus de moyens sur ces créneaux.* ».

La question du manque de transports sanitaires constitue donc une difficulté au cœur des débats liés à la régulation.

5.4.2 Le rôle spécifique de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

L'UHCD a pour mission de poursuivre l'accueil, la surveillance et la sécurité immédiate de certains patients admis aux urgences, potentiellement instables et nécessitant une surveillance rapprochée. Il permet l'accès privilégié au plateau technique de l'hôpital et dispose, au CH de Lannion, de six lits dédiés.

Un suivi particulier concerne l'activité « déchocage » : la salle de déchocage permet de prendre en charge les situations les plus graves, en lien direct avec le service de réanimation, ainsi qu'avec les chirurgiens. Cette salle permet de réaliser les premiers soins les plus urgents, afin de temporiser la situation du patient ou d'effectuer des examens avant une éventuelle intervention ou un transfert en réanimation quand cela est nécessaire.

Un tableau de bord mensuel permet le suivi d'indicateurs, notamment le nombre de passages, la durée moyenne avec les hospitalisations supérieures à 36h et les taux d'occupation.

5.5 La fluidité du circuit de prise en charge face aux urgences

5.5.1 Le poids des urgences dans l'activité opératoire

Les urgences conditionnent grandement l'activité du bloc opératoire, en particulier en viscéral et en orthopédie où elles représentent respectivement 39 % et 51 % des actes en 2022. Toutes spécialités confondues, les urgences représentent 31 % de l'activité du bloc opératoire.

L'activité de l'établissement est donc conditionnée par le non programmé, ce qui joue défavorablement sur la fluidité de la prise en charge, tant en amont (hospitalisations) qu'en aval (suivi et réadaptation).

¹¹⁸ Il n'existait pas de titulaire avant non plus.

¹¹⁹ Association départementale des transports sanitaires urgents (ATSU).

5.5.2 Les outils d'évaluation

Selon le dernier rapport de certification de la HAS : « *Le parcours du patient est évalué dans ses différentes dimensions. Des indicateurs sont recueillis dans tous les secteurs :*

- *indicateurs de pilotage au niveau stratégique (activité, financiers, qualité et gestion des risques (QGR)...) ;*
- *indicateurs nationaux (indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS)) par filière en réponse aux risques inscrits (dépistage de la dénutrition) ;*
- *conformité des chariots d'urgence en transversal.*

Des actions d'évaluation régulières sont menées par les cadres de santé des secteurs, selon des axes institutionnels ou spécifiques (suivi du traitement des patients, respect de l'intimité et dignité, tenue du dossier, accueil des patients, formalisation du circuit des patients en balnéothérapie) ».

La chambre observe ainsi l'existence d'une politique d'évaluation permanente dans le parcours du patient.

5.5.3 La préparation de la sortie du patient

A l'issue de sa prise en charge aux urgences, le patient est soit hospitalisé, soit transféré dans un autre établissement, soit invité à rejoindre son domicile.

Les modalités de sortie sont organisées avec les partenaires extérieurs (autres établissements de santé, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), SSR, Ehpad, médecine de ville, etc.), mais pas systématiquement de manière conventionnée.

Les analyses de la HAS indiquent que « *La préparation de la sortie des patients est anticipée tant au plan médical que paramédical ; les professionnels informent les patients en temps voulu des décisions de sortie du CH, en liaison avec les proches si nécessaire. Les modalités de suivi sont tracées dans les courriers médicaux de sortie et les fiches de liaison paramédicales. Les modalités de transports sont anticipées si besoin. ».*

Enfin, l'affichage aux urgences et le livret d'accueil donnent les informations nécessaires au patient.

5.6 Qualité, sécurité et évaluation des prises en charge

5.6.1 L'information du patient

Le patient est informé des délais d'attente et des modalités (très détaillées) de prise en charge, qui sont à la fois affichés dans le service et disponibles sur le site de l'hôpital.

La prise en charge est conçue d'amont en aval et les circuits prennent en compte les risques et la réglementation. Notamment, à la sortie du patient des urgences, l'établissement propose une prise en charge sanitaire et sociale adaptée, organisée immédiatement ou de manière différée si le patient le souhaite ou si son état le nécessite.

Le patient est également avisé de ses droits, affichés en salle d'attente et disponibles sur le site internet.

5.6.2 Les outils et les méthodes de progrès développés par l'établissement

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est mis en place dans le service des urgences.

Les risques prioritaires ont été identifiés et hiérarchisés avec prise en compte notamment des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS)), des risques identifiés dans la cartographie et les résultats des évaluations, en impliquant les professionnels concernés. Un programme d'actions a été formalisé, les modalités de mise en œuvre de ces actions sont précisées avec le nom du responsable, un échéancier et les modalités de suivi.

Le service des urgences a son propre plan d'action d'amélioration, en déclinaison du PAQSS, dont la mise en œuvre est assurée par le chef de service et les cadres de santé. Des groupes de travail sont constitués sur différentes thématiques et les risques identifiés (prise en charge de l'AVC, des patients présentant des troubles du comportement, des conduites addictives).

Les professionnels ont accès au PAQSS ainsi qu'au compte qualité via l'intranet. La communication des résultats et des plans d'actions est également assurée par l'encadrement lors des réunions de service et lors des conseils de pôle.

En cas de panne informatique, des procédures dégradées sont mises en place et connues des professionnels. Les procédures décrivant les modalités de prise en charge sont intégrées dans le dispositif de gestion documentaire institutionnel numérique, accessible aux professionnels.

ANNEXES

Annexe n° 1. Le contexte démographique et sanitaire.....	53
Annexe n° 2. Les ressources humaines	55
Annexe n° 3. Situation financière	57
Annexe n° 4. Les urgences hospitalières.....	63

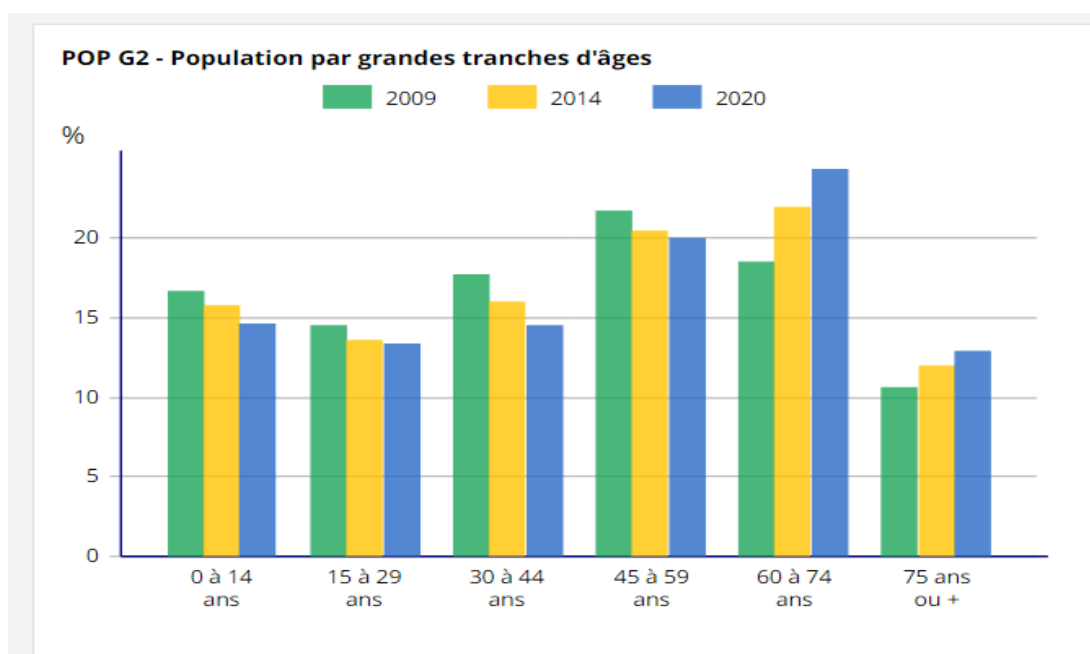
Annexe n° 1. Le contexte démographique et sanitaire

Tableau n° 1 : Densité démographique du bassin de vie de Lannion

	1968(*)	1975(*)	1982	1990	1999	2009	2014	2020
Population	43 432	51 048	54 618	55 741	57 993	63 227	63 600	64 173
Densité moyenne (hab/km²)	112,6	132,3	141,6	144,5	150,3	163,9	164,8	166,3

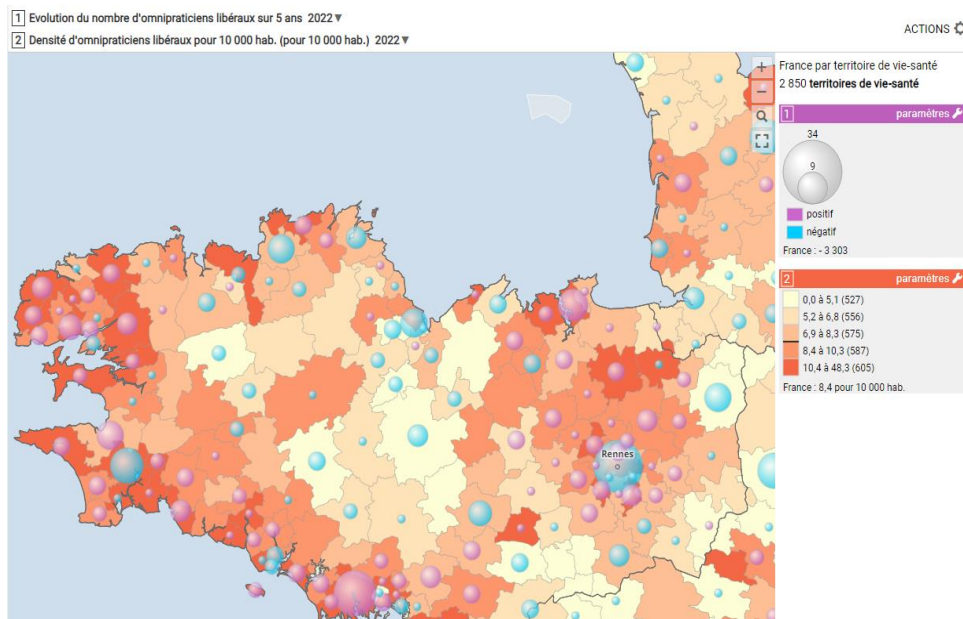
Source : dossier Insee « Bassin de vie Lannion » au 1^{er} septembre 2023.

Graphique n° 2 : Population « bassin de vie lannionnais » par tranche d'âge



Source : dossier Insee « Bassin de vie Lannion » au 1^{er} septembre.

Carte n° 1 : Densité médicale



Source : ARS – Atlas de la santé.

Tableau n° 2 : Equipement des territoires de santé en plateaux techniques

	TS1 et TS2	TS3	TS4	TS5	TS6	TS7	TS8	Bretagne
Population 2018	858 490	298 645	402 593	947 922	268 563	418 483	140 718	3 335 414
Nombre de plateaux techniques chirurgicaux	13	3	3	10	3	5	1	38
Ratio pour 100 000 habitants	1,51	1,00	0,75	1,05	1,12	1,19	0,71	1,14
Nombre de plateaux techniques d'obstétrique	6	1	3	6	1	4	1	22
Ratio pour 100 000 habitants	0,70	0,33	0,75	0,63	0,37	0,96	0,71	0,66

Source : Schéma directeur d'investissement du territoire Trégor Armor 2022.

Document n° 1 : Liste des coopérations médicales

Les Coopérations

GHT

➤ **Goupement Hospitalier de Territoire d'Armor : 14 filières de soins** : Urgences, Périnatalité, Pédiatrie, Cardiologie, Traitement du cancer, Santé mentale, Gériatrie, Chirurgie, Neurologie, Biologie médicale, Imagerie médicale, Pharmacie, Pneumologie onco-thoracique, diabétologie-endocrinologie

➤ **CH Saint-Brieuc (hors filières GHT)** : chirurgie vasculaire, chirurgie pédiatrique, VIH et maladies infectieuses, prélèvements organes, ophtalmologie

➤ **Autres coopérations** :

- CH de Bégard : addictologie, laboratoire, psychiatrie de liaison
- CH de Guingamp : urgences
- CH de Morlaix : Unité de Soins Continus (USC), Urologie, ORL, pneumologie, prélèvements organes
- CHU Brest : Médecine Physique et Réadaptation (MPR), Biologie, gynécologie médicale
- CHU Rennes : génétique, chirurgie infantile, MPR neurologie, Biologie
- Polyclinique du Trégor : chirurgie carcinologique
- Infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes libéraux : HAD
- CREBEN : neuro-radiologie, télé-imagerie

➤ **Membre de 4 réseaux de santé** : Plateforme territoriale d'appui, Adépaifin (périnatalité), Bretagne Urgences, Breizh IMC (MPR Neurologie).

Source : CH de Lannion – site internet.

Annexe n° 2. Les ressources humaines

Tableau n° 3 : Personnel médical

En ETPR	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution entre 2018 et 2022 (en %)
Praticiens Hospitaliers Temps plein	48,28	45,66	44,87	46,86	46,8	-3,07
Praticiens Hospitaliers Temps partiel	1,00	1,00	1,00	0,87	0,10	-90,00
Praticiens Attachés renouvellement de droits	6,63	7,11	6,70	5,63	10,66	60,78
Praticiens Attachés associés sans renouvellement de droit	4,98	5,40	7,43	12,03	11,89	138,76
Praticiens Contractuels	14,85	16,74	15,5	16,24	20,75	39,73
<i>Dont contrats gré à gré</i>	3,20	4,85	8,17	7,07	6,47	102,19
Assistants des Hôpitaux	2,50	2,76	3,93	3,55	0,50	-80,00
Internes	21,7	22,37	28,08	22,23	22,75	4,84
TOTAL	99,94	101,04	107,51	107,41	113,45	13,52

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 4 : Personnel non médical

En ETPR	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution entre 2018 et 2022 (en %)
Personnels administratifs	129,40	133,96	139,47	141,55	139,38	7,71
Personnels soignants	816,08	814,98	840,55	858,44	889,06	8,94
Personnels éducatifs et sociaux	20,33	22,02	22,36	22,87	23,17	13,97
Personnels médicotechnique	46,70	48,88	50,60	51,32	52,54	12,51
Personnels techniques et ouvriers	127,23	123,50	120,89	122,80	123,03	-3,30
Contrats soumis à disposition particulière	10,55	4,89	1,33	0,35	0,00	-100,00
Apprenti	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	
TOTAL	1 150,29	1 148,23	1 175,20	1 197,33	1 228,18	6,77

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 5 : Absentéisme du personnel médical en jours et en taux (hors internes)

	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution entre 2018 et 2022
Maladie ordinaire	664	441	881	540	1 031	55,27%
Accident du travail	0	0	0	0	0	
Maladie professionnelle	0	0	0	74	0	
CLM/CLD	58	491	560	600	1 058	1724,14%
Maternité/Paternité	507	327	339	231	369	-27,22%
TOTAL	1 229	1 259	1 780	1 445	2 458	100,00%

	2018	2019	2020	2021	2022
ETP moyen annuel	78,24	78,67	79,43	85,18	90,70
Maladie ordinaire	2,33%	1,54%	3,03%	1,74%	3,11%
Accident du travail	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maladie professionnelle	0,00%	0,00%	0,00%	0,24%	0,00%
CLM/CLD	0,20%	1,71%	1,93%	1,93%	3,20%
Maternité/Paternité	1,78%	1,14%	1,17%	0,74%	1,11%
TOTAL	4,30%	4,38%	6,12%	4,65%	7,42%

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 6 : Absentéisme du personnel non médical en jours et en taux

	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution entre 2018 et 2022
Maladie ordinaire	22 015	20 452	25 586	22 526	30 827	40,03%
Accident du travail	4 829	4 093	3 965	4 431	5 578	15,51%
Maladie professionnelle	1 995	864	3 523	3 091	2 387	19,65%
CLM/CLD	7 164	7 974	6 704	9 374	9 036	26,13%
Maternité/Paternité	5 725	6 318	5 954	4 755	5 747	0,38%
Autres *	347	251	1 170	1 825	313	-9,80%
TOTAL	42 075	39 952	46 902	46 002	53 888	28,08%

	2018	2019	2020	2021	2022
ETP moyen annuel	1141,66	1136,34	1163,99	1179,48	1205,55
Maladie ordinaire	5,28%	4,93%	6,01%	5,23%	7,01%
Accident du travail	1,16%	0,99%	0,93%	1,03%	1,27%
Maladie professionnelle	0,48%	0,21%	0,83%	0,72%	0,54%
CLM/CLD	1,72%	1,92%	1,57%	2,18%	2,05%
Maternité/Paternité	1,37%	1,52%	1,40%	1,10%	1,31%
Autres	0,08%	0,06%	0,27%	0,42%	0,07%
TOTAL	10,10%	9,63%	11,01%	10,69%	12,25%

*Autres : formation professionnelle, congé de présence parentale.

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 7 : Evolution des dépenses d'intérim (€)

	2018	2019	2020	2021	2022
personnel médical (€)	2 002 937	2 479 928	2 430 254	2 399 505	1 965 925
En ETPR	6,55	8,87	6,14	5,05	3,87
personnel non médical (€)	70 937	97 092	64 615	216 997	67 478
En ETPR	0,69	1,2	0,73	1,97	0,81

Source : bilans sociaux et comptes financiers.

Annexe n° 3. Situation financière

Tableau n° 8 : Evolution des charges et produits de fonctionnement par budget (montants en €)

Budgets	Libellé	Domaine	2018	2019	2020	2021	2022	% moyen	% 2018 - 2022
Budget H	Budget général	Charges de FCT	88 133 299	90 497 081	97 718 530	105 848 347	114 142 449	6,7%	29,5%
		P° de FCT	84 172 903	88 008 508	95 862 808	99 697 646	106 178 698	6,0%	26,1%
		Résultat	-3 960 396	-2 488 573	-1 855 722	-6 150 701	-7 963 751		
Budget B0	USLD	Charges de FCT	1 883 759	1 835 511	2 080 385	2 241 863	2 321 018	5,4%	23,2%
		P° de FCT	1 678 277	1 692 122	1 975 965	1 801 616	2 079 183	5,5%	23,9%
		Résultat	-205 483	-143 389	-104 420	-440 246	-241 834		
Budget E0	EHPAD	Charges de FCT	8 222 795	8 398 221	9 004 882	9 637 080	10 336 197	5,9%	25,7%
		P° de FCT	7 880 940	7 896 217	8 473 790	8 956 638	8 934 943	3,2%	13,4%
		Résultat	-341 855	-502 004	-531 092	-680 442	-1 401 254		
Budget P2	Toxicomanie - CAMPS	Charges de FCT	526 605	507 866	554 753	561 114	629 159	4,5%	19,5%
		P° de FCT	491 881	483 136	500 734	525 619	573 350	3,9%	16,6%
		Résultat	-34 723	-24 729	-54 019	-35 496	-55 809		
Budget P3	SESSAD	Charges de FCT	575 950	583 107	645 161	690 861	747 665	6,7%	29,8%
		P° de FCT	678 339	682 246	701 766	715 430	795 038	4,0%	17,2%
		Résultat	102 389	99 139	56 605	24 569	47 373		
Budget P4	Unité enfants polyhandicap	Charges de FCT	2 833 439	2 353 426	2 383 565	2 535 095	2 810 618	-0,2%	-0,8%
		P° de FCT	2 799 101	2 321 874	2 397 158	2 444 907	2 719 478	-0,7%	-2,8%
		Résultat	-34 339	-31 552	13 593	-90 188	-91 140		
Budget C0	Ecole	Charges de FCT	1 441 005	1 552 625	1 470 418	1 531 730	1 736 461	4,8%	20,5%
		P° de FCT	1 540 485	1 571 157	1 554 685	1 678 564	1 864 697	4,9%	21,0%
		Résultat	99 480	18 531	84 268	146 835	128 236		

Source : comptes financiers 2018 à 2022.

Tableau n° 9 : Produits de l'activité hospitalière (c/731 et c/732) – Budget H (en €)

c/	Libellé	2018	2019	2020	2021	2022	% moyen	% 2018 - 2022
c/731	P° à la charge de l'assurance maladie	60 418 079	63 373 937	73 883 951	76 278 048	81 087 958	7,6%	34,2%
Dont c/73111	P° de la tarification séjours MCO	33 400 632	34 140 947	34 933 505	37 513 281	38 368 287	3,5%	14,9%
Dont c/73112	P° des médicaments MCO	3 249 125	4 128 031	5 029 768	5 594 448	7 298 242	22,4%	124,6%
Dont c/73114	Forfaits et dot. annuels MCO	1 277 741	1 552 079	1 522 739	3 201 866	3 860 924	31,8%	202,2%
Dont c/73115	P° du financement des activités SSR	2 208 731	1 934 818	2 440 423	2 664 280	2 066 400	-1,7%	-6,4%
Dont c/73117	DAF	12 344 515	12 298 235	12 656 477	13 924 670	14 565 427	4,2%	18,0%
Dont c/73118	Dotations MIGAC - MCO	1 877 856	2 877 787	10 866 302	6 196 045	7 462 076	41,2%	297,4%
Dont c/7312	P° tarif. spécifique MCO	5 224 320	5 700 700	5 607 975	6 417 162	6 498 761	5,6%	24,4%
c/732	P° à la charge des patients, org. compl., etc.	6 209 190	6 229 500	5 148 532	5 886 536	6 323 080	0,5%	1,8%
Dont c/7321	P° de la tarification hosp. Complète non PEC par AM	2 884 975	2 791 266	2 184 083	2 644 922	2 891 293	0,1%	0,2%
Dont c/7322	P° de la tarification hosp. Incomplète non PEC par AM	361 948	377 690	318 103	381 307	437 433	4,8%	20,9%
Dont c/7324	P° à tarif. spécifique non PEC par AM	966 288	1 072 712	846 766	1 005 614	991 605	0,6%	2,6%
Dont c/73271	Forfait journalier MCO	1 204 453	1 194 678	1 082 491	1 121 380	1 242 928	0,8%	3,2%
Dont c/73272	Forfait journalier SSR	780 032	774 305	707 220	715 524	745 045	-1,1%	-4,5%
Total général		66 627 270	69 603 438	79 032 482	82 164 585	87 411 038	7,0%	31,2%

Source : comptes financiers 2018 – 2022 – Balance / Exécution de l'EPRD.

Tableau n° 10 : Evolution des tarifs d'hébergement complet depuis 2018 (en €) *

		Tarif 2018	Tarif 2019	Tarif 2020 (à partir du 01/04/20)	Tarif 2021 (à partir du 01/04/21)	Tarif 2022 (à partir du 01/04/22)	% moyen	% 2018 / 2022
Hébergement complet	Hébergement							
	Tarif journalier des + de 60 ans à :							
	Bâtiment KERGOMAR	50,91	50,91	50,92	53,40	53,59	1,3%	5,3%
	Bâtiment MIN RAN	57,45	57,45	57,46	60,27	60,47	1,3%	5,3%
	Dépendance							
	Tarif journalier Résident en GIR 1 & 2	19,11	19,95	20,32	20,72	21,36	2,8%	11,8%
	Tarif journalier Résident en GIR 3 & 4	12,13	12,66	12,90	13,15	13,55	2,8%	11,7%
	Tarif journalier Résident en GIR 5 & 6	5,15	5,37	5,48	5,57	5,76	2,8%	11,8%
	Tarif des moins de 60 ans	69,49	70,14	70,46	73,31	73,85	1,5%	6,3%
	Tarif à la charge des résidents à :							
	Bâtiment KERGOMAR	56,06	56,28	56,40	58,97	59,35	1,4%	5,9%
	Bâtiment MIN RAN	62,60	62,82	62,94	65,84	66,23	1,4%	5,8%

Source : CH de Lannion.

* Du tableau initialement produit par le CH de Lannion, la chambre ne retient que les tarifs année par année, sachant que, de 2020 à 2022, ces derniers étaient applicables à partir du 1^{er} avril (du 01/01/n au 31/03/n : tarifs n-1 applicables ; à partir du 01/04/n : tarifs n applicables).

Tableau n° 11 : Evolution des charges de personnel – Budgets consolidés (montants en €)

Budgets consolidés	2018	2019	2020	2021	2022	% moyen	% 2018 - 2022
Charges de personnel	68 440 618	70 230 164	75 927 313	82 130 521	89 061 786	6,8%	30,1%
Part des charges de personnel sur total des charges	66,1%	66,4%	66,7%	66,7%	67,1%		
Dont PM*	14 890 079	16 071 488	17 736 315	18 393 622	19 563 883	7,1%	31,4%
Dont PNM*	53 194 750	53 806 979	57 817 145	63 258 294	69 038 153	6,7%	29,8%

Sources : comptes financiers et rapports du comptable sur les comptes financiers 2018 à 2021 pour le détail PM / PNM / Chiffres 2022 : rapport provisoire sur les comptes 2022.

Tableau n° 12 : Rentabilité des pôles médicaux - Créa 2019 et 2022 (en €)

	Médecine		Chirurgie		Femme / Enfant		MPR - Unités méd-soc. (Trestel)		Personnes âgées		Total CHL	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Dépenses	21 767 770	29 880 464	6 299 696	6 487 018	3 906 373	5 107 272	5 492 237	7 001 102	6 769 503	8 945 774	44 235 579	57 421 630
Recettes	29 103 821	35 425 331	11 000 839	12 253 930	4 599 494	4 822 840	13 816 841	15 867 537	10 801 613	13 575 600	69 322 608	81 945 238
Marge sur coût direct	7 336 051	5 544 867	4 701 143	5 766 912	693 121	-284 432	8 324 604	8 866 436	4 032 110	4 629 826	25 087 029	24 523 609
Charges induites	8 483 896	8 788 105	6 808 526	7 859 475	2 924 201	3 211 618	6 964 114	8 911 179	2 394 865	3 716 982	27 575 602	32 487 359
Résultat sur coût complet	-1 147 845	-3 243 238	-2 107 383	-2 092 563	-2 231 080	-3 496 050	1 360 490	-44 743	1 637 245	912 844	-2 488 573	-7 963 751
Evolution 2019 - 2022	182,6%		-0,7%		56,7%		-103,3%		-44,2%		220,0%	

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 13 : Les résultats par budgets (en €)

Budgets	Libellé	Domaine	2018	2019	2020	2021	2022	% moyen	% 2018 - 2022
Budget H	Budget général	Charges de FCT	88 133 299	90 497 081	97 718 530	105 848 347	114 142 449	6,7%	29,5%
		P° de FCT	84 172 903	88 008 508	95 862 808	99 697 646	106 178 698	6,0%	26,1%
		Résultat	-3 960 396	-2 488 573	-1 855 722	-6 150 701	-7 963 751		
Budget B0	USLD	Charges de FCT	1 883 759	1 835 511	2 080 385	2 241 863	2 321 018	5,4%	23,2%
		P° de FCT	1 678 277	1 692 122	1 975 965	1 801 616	2 079 183	5,5%	23,9%
		Résultat	-205 483	-143 389	-104 420	-440 246	-241 834		
Budget E0	EHPAD	Charges de FCT	8 222 795	8 398 221	9 004 882	9 637 080	10 336 197	5,9%	25,7%
		P° de FCT	7 880 940	7 896 217	8 473 790	8 956 638	8 934 943	3,2%	13,4%
		Résultat	-341 855	-502 004	-531 092	-680 442	-1 401 254		
Budget P2	Toxicomanie - CAMPS	Charges de FCT	526 605	507 866	554 753	561 114	629 159	4,5%	19,5%
		P° de FCT	491 881	483 136	500 734	525 619	573 350	3,9%	16,6%
		Résultat	-34 723	-24 729	-54 019	-35 496	-55 809		
Budget P3	SESSAD	Charges de FCT	575 950	583 107	645 161	690 861	747 665	6,7%	29,8%
		P° de FCT	678 339	682 246	701 766	715 430	795 038	4,0%	17,2%
		Résultat	102 389	99 139	56 605	24 569	47 373		
Budget P4	Unité enfants polyhandicap	Charges de FCT	2 833 439	2 353 426	2 383 565	2 535 095	2 810 618	-0,2%	-0,8%
		P° de FCT	2 799 101	2 321 874	2 397 158	2 444 907	2 719 478	-0,7%	-2,8%
		Résultat	-34 339	-31 552	13 593	-90 188	-91 140		
Budget C0	Ecole	Charges de FCT	1 441 005	1 552 625	1 470 418	1 531 730	1 736 461	4,8%	20,5%
		P° de FCT	1 540 485	1 571 157	1 554 685	1 678 564	1 864 697	4,9%	21,0%
		Résultat	99 480	18 531	84 268	146 835	128 236		
Charges consolidées			103 616 853	105 727 836	113 857 694	123 046 090	132 723 568	6,4%	28,1%
Produits consolidés			99 241 926	102 655 259	111 466 907	115 820 420	123 145 388	5,5%	24,1%
Résultat consolidé			-4 374 927	-3 072 577	-2 390 787	-7 225 670	-9 578 180		

Source : comptes financiers.

Tableau n° 14 : Aides reconductibles et non reconductibles de l'ARS – Fonctionnement (en €)

R / NR	Codes	2018	2019	2020	2021	2022
Reconductibles	F	2 869 740	3 176 186	3 191 074	1 794 547	2 028 122
	JPE	1 775 742	1 685 725	1 809 311	794 216	834 422
	PA	1 310 066	1 314 770	1 308 939	1 355 203	1 413 816
	R	12 323 560	12 286 162	12 308 186	12 565 254	12 584 649
Total aides reconductibles		18 279 108	18 462 843	18 617 510	16 509 220	16 861 009
Non reconductibles *	NR	2 227 926	3 177 124	9 823 393	5 588 195	4 417 052
	NR/R	167 439	336 055	432 915	5 613 628	8 163 260
Total aides non reconductibles		2 395 365	3 513 179	10 256 308	11 201 823	12 580 312
Total général		20 674 473	21 976 022	28 873 818	27 711 043	29 441 321
Part des aides non reconductibles **		11,6%	16,0%	35,5%	40,4%	42,7%

Source : CH de Lannion.

* Le code « NR/R » répertorie les aides non reconductibles qui sont cependant reconduites d'un exercice sur l'autre dans les faits, selon le CH de Lannion.

** Y compris NR/R.

Tableau n° 15 : Résultats consolidés retraités des aides non reconductibles (en €)

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat consolidé du CHL - Comptes financiers	-4 374 927	-3 072 577	-2 390 787	-7 225 670	-9 578 180
Crédits non reconductibles (ensemble "NR" + "NR/R")	2 395 365	3 513 179	10 256 308	11 201 823	12 580 312
Crédits non reconductibles ("NR/R" déduits)	2 227 926	3 177 124	9 823 393	5 588 195	4 417 052
Quote part des subventions d'équipement transférables (c/777)	41 878	275 264	371 279	394 644	492 055
Résultat retraité (ensemble "NR" + "NR/R")	-6 812 170	-6 861 020	-13 018 374	-18 822 136	-22 650 547
Résultat retraité ("NR" uniquement)	-6 644 731	-6 524 965	-12 585 459	-13 208 508	-14 487 287

Source : comptes financiers.

Tableau n° 16 : Aides perçues et dépenses spécifiques « covid » (en €)

	2020	2021	2022	Total
Aides perçues	2 850 754	1 327 523	1 095 560	5 273 837
Dépenses COVID	1 841 703	2 118 766	295 647	4 256 116
Solde	1 009 051	-791 243	799 913	1 017 721

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 17 : Soldes intermédiaires de gestion (€)

	2018	2019	2020	2021	2022
Valeur ajoutée	68 706 126	70 585 044	77 762 143	78 838 329	
Subventions d'exploitation	571 496	653 069	670 173	770 382	
Impôts et taxes	-6 534	-6 955	-6 921	-8 290	
Charges de personnel net	-68 038 238	-69 738 651	-75 385 659	-81 639 744	
EBE	1 232 851	1 492 507	3 039 736	-2 039 324	-4 167 964
Marge brute	1 795 079	2 047 120	3 267 090	-2 242 482	-4 364 089
<i>Taux de marge brute</i>	<i>1,9%</i>	<i>2,1%</i>	<i>3,1%</i>	<i>-2,0%</i>	<i>-3,7%</i>
Reprises sur amortissements et provisions	43 597	85 375	0	40 090	
Dotations aux amortissements	-4 187 640	-3 645 518	-3 347 950	-3 396 829	
Dotations aux provisions et dépréciations	-255 731	-276 501	-975 349	-430 810	
Résultat d'exploitation	-2 604 695	-1 789 524	-1 056 208	-6 030 032	-4 364 089
Résultat net	-4 374 927	-3 072 577	-2 390 787	-7 255 670	-9 578 180

Source : rapports du comptable sur les comptes financiers 2018 à 2021 et Anafi.

Tableau n° 18 : CAF nette (montants en €)

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat consolidé	-4 374 927	-3 072 577	-2 390 787	-7 225 670	-9 578 180
CAF brute	437 844	651 555	2 020 135	-3 462 211	-5 501 571
Remboursement du capital - (c/16 hors c/1688 et c/165)	2 347 272	2 319 434	2 308 216	2 354 643	2 335 061
CAF nette	-1 909 429	-1 667 879	-288 081	-5 816 854	-7 836 632

Source : comptes financiers.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 19 : Bilan des exercices 2018 à 2022 (montants en €)

BIENS	2018	2019	2020	2021	2022	FINANCEMENTS	2018	2019	2020	2021	2022
Biens stables						Financements stables					
Immobilisations incorporelles	1 253 599	1 160 055	1 172 214	1 216 960	1 288 292	Apports	10 143 980	10 143 980	10 143 980	19 471 911	19 471 911
						Excédents affectés à l'investissement	5 903 164	5 973 164	5 973 164	5 973 164	5 973 164
Immobilisations corporelles brutes :						Amortissements :					
- Terrains	2 874 295	2 874 295	2 874 295	2 874 295	2 874 295	- Immobilisations incorporelles	1 216 967	1 108 641	1 131 493	1 175 650	1 221 497
- Constructions	84 104 949	85 566 742	86 133 315	86 460 125	87 583 192	- Terrains (agencements, aménagements)	1 553 008	1 618 099	1 682 654	1 747 209	1 811 764
- Installations techn., matériel, outillage	21 682 725	15 861 032	16 111 959	15 894 073	16 429 371	- Constructions	53 793 291	56 588 854	59 168 893	61 234 237	63 781 639
- Autres	12 277 636	12 508 510	10 568 594	11 009 097	11 595 742	- Installations techn., matériel, outillage	20 268 530	14 732 560	15 117 845	14 911 147	15 218 196
Immobilisations corporelles en cours	540 172	159 625	715 266	1 568 691	2 707 596	- Autres	11 283 586	11 486 626	9 116 843	9 432 374	9 844 902
Immobilisations financières						Subventions d'investissements	3 857 460	4 409 223	4 834 722	5 001 203	6 817 408
Immobilisations affectées et participations	10 606	9 572	9 562	9 553	7 550						
Autres immobilisations financières	111	111	111	7 462 456	6 529 663	Dettes financières (à long terme)	38 867 805	36 609 202	34 325 720	32 008 644	29 698 159
Charges à répartir	5 033 027	4 562 198	4 091 370	3 620 541	3 149 713	Dépréciation des immobilisations	0	0	0	0	0
						Droits de l'affectant	0	0	0	0	0
TOTAL II	127 777 120	122 702 140	121 676 687	130 115 791	132 165 416	TOTAL I	146 887 792	142 670 348	141 495 315	150 955 540	153 838 639
Fonds de roulement d'investissement négatif (II - I)	0	0	0	0	0	Fonds de roulement d'investissement positif (I - II)	19 110 672	19 968 208	19 818 628	20 839 749	21 673 224
Actifs stables d'exploitation						Financements stables d'exploitation					
Créances article. 58	1 125 115	1 125 115	1 125 115	1 125 115	1 125 115	Réserves de trésorerie	4 825 572	4 825 572	4 825 572	4 825 572	4 825 572
						Réserves de compensation	548 928	548 928	548 928	548 928	548 928
Créances sur l'Etat (secteur psy)						Résultat de l'exercice	-4 374 927	-3 072 577	-2 390 787	-7 225 670	-9 578 180
						Reports à nouveau excédentaires	900 300	1 032 039	1 083 863	1 193 250	1 193 429
						Provisions réglementées	32 474	59 474	59 474	58 539	56 739
						Report à nouveau déficitaire (signe -)	-24 490 546	-29 067 212	-33 108 730	-35 608 903	-42 834 752
						Provisions pour risques et charges	1 060 970	1 171 009	2 499 632	2 764 596	3 509 602
						Autres dépréciations	488 729	569 816	1 133 659	1 259 416	1 159 431
TOTAL IV	1 125 115	1 125 115	1 125 115	1 125 115	1 125 115	TOTAL III	-21 008 498	-23 932 949	-25 348 387	-32 184 272	-41 119 229
Fonds de roulement d'exploitation négatif (IV - III)	22 133 613	25 058 064	26 473 502	33 309 386	42 244 344	Fonds de roulement d'exploitation positif (III - IV)	0	0	0	0	0
Fonds de roulement net global négatif	3 022 941	5 089 856	6 654 874	12 469 637	20 571 120	Fonds de roulement net global positif	0	0	0	0	0
Valeurs d'exploitation						Dettes d'exploitation					
Stocks	1 410 999	1 414 807	1 656 429	2 009 448	2 425 299	Avances reçues	909 965	509 195	320 140	535 323	556 585
Hospitalisés et consultants (valeur brute)	1 998 211	1 745 089	1 527 626	1 378 445	1 364 233	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	9 312 100	9 866 697	10 520 632	13 083 864	17 858 562
Caisse pivot (hors article 58)	7 881 784	8 947 554	11 148 630	12 989 354	14 207 840	Dettes fiscales et sociales	9 847 115	11 556 321	15 853 490	20 515 008	26 979 877
Autres tiers payants	3 199 406	3 177 672	3 188 212	3 465 794	3 795 045						
Créances admises en non valeur	0	0	0	0	0	Dettes diverses d'exploitation					
Autres	226 311	175 700	272 959	238 846	267 296	Dettes sur immobilisations	39 375	746 216	18 812	1 051 043	1 231 246
Créances diverses	2 187 998	1 908 824	2 353 131	2 159 024	3 118 032						
Créances sur immobilisations	0	0	0	0	0	Produits constatés d'avance	100 608	251 354	196 936	417 874	514 994
Charges constatées d'avance	163 169	114 204	90 661	67 529	67 981	Autres	115 962	138 369	161 375	193 519	188 425
						Recettes à classer	90 741	248 219	131 725	167 246	142 717
Dépenses à classer	2 648	13 121	1 561	0	0						
TOTAL VI	17 070 526	17 496 971	20 239 210	22 308 441	25 245 727	TOTAL V	20 415 866	23 316 371	27 203 110	35 963 876	47 472 406
Besoin en fonds de roulement (VI - V)	0	0	0	0	0	Excédent de financement (V - VI)	3 345 340	5 819 401	6 963 900	13 655 435	22 226 680
Liquidités						Financements à court terme					
Valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0	Fonds déposés par hospitalisés et hébergés	45 992	21 527	21 574	2 619	2 473
Disponibilités	431 037	810 875	386 061	1 240 567	1 710 113	Intérêts courus	62 646	59 804	55 460	52 151	52 080
						Ligne de trésorerie					
						Autres SC classe 5					
TOTAL VIII	431 037	810 875	386 061	1 240 567	1 710 113	TOTAL VII	108 638	81 330	77 035	54 769	54 553
Trésorerie positive (VIII - VII)	322 399	729 545	309 026	1 185 798	1 655 559	Trésorerie négative (VII - VIII)	0	0	0	0	0
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	146 403 797	142 135 100	143 427 072	154 789 914	160 246 370	TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	146 403 797	142 135 100	143 427 072	154 789 914	160 246 370
ECART DE SAISIE	0	0	0	0	0	ECART DE SAISIE	0	0	0	0	0

Source : comptes financiers.

Tableau n° 20 : Tableau de financement (montants en €)

	2018	2019	2020	2021	2022
Emplois					
Insuffisance d'autofinancement				3 462 211	5 501 571
Remboursement dettes financières	2 365 103	2 374 239	2 351 978	2 416 214	2 411 945
Immobilisations	2 035 364	1 672 553	2 110 385	2 751 823	3 588 702
Autres emplois	505 000	0	0	9 327 931	0
Total des emplois	4 905 467	4 046 792	4 462 362	17 958 179	11 502 218
Ressources					
CAF	437 844	651 555	2 020 135		
Emprunts	581 726	115 636	68 495	99 139	101 459
Dotations et subventions	265 845	827 027	796 778	9 889 056	2 308 260
<i>Dont subv. d'équipement (c/131 et 138)</i>	<i>265 845</i>	<i>827 027</i>	<i>796 778</i>	<i>561 125</i>	<i>2 308 260</i>
Autres ressources	10 330	385 659	11 936	2 155 221	991 016
<i>Dont annulation de mandats sur ex. clos</i>	<i>6</i>	<i>1 034</i>	<i>10</i>	<i>93 589</i>	<i>48 563</i>
Total des ressources	1 295 745	1 979 877	2 897 345	12 143 416	3 400 735
Apport (ou prélèvement) sur fonds de roulement	-3 609 723	-2 066 915	-1 565 018	-5 814 764	-8 101 483

Source : comptes financiers – tableau des emplois et ressources.

Tableau n° 21 : Analyse du PGFP (inclus dans l'EPRD 2023)

Budgets consolidés	2023	2024	2025	2026	2027
Produits de l'activité (73 et 7471 du CRPP)	83 317 171	83 712 373	84 312 139	84 560 759	84 810 967
Charges de personnel (CRPP)	76 900 517	77 467 454	78 222 525	78 890 706	79 575 938
Produits courants de fonctionnement (EJ)	118 369 265	119 044 540	119 861 282	120 368 256	120 834 584
Charges nettes courantes de fonctionnement (EJ)	128 411 397	129 732 308	131 170 371	132 394 459	133 641 065
MARGE BRUTE PREVISIONNELLE	-10 042 133	-10 687 768	-11 309 089	-12 026 203	-12 806 481
<i>Taux prévisionnel de marge brute (6% CPOM Etat-ARS / 8% COPERMO)</i>	<i>-8,34%</i>	<i>-8,83%</i>	<i>-9,28%</i>	<i>-9,83%</i>	<i>-10,42%</i>
Amortissements + Frais Financiers	4 591 163	4 609 974	4 749 370	4 707 506	4 658 510
Couverture des Amort. + Frais financiers par la Marge Brute	-218,7%	-231,8%	-238,1%	-255,5%	-274,9%
RESULTAT COMPTABLE PREVISIONNEL	-14 958 011	-15 553 034	-16 479 561	-17 196 719	-17 959 252
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT PREVUE	-10 962 207	-11 534 895	-12 078 775	-12 724 650	-13 435 032
<i>Taux de CAF</i>	<i>-9,21%</i>	<i>-9,63%</i>	<i>-10,03%</i>	<i>-10,53%</i>	<i>-11,08%</i>
CAF - Dettes Financières	-13 358 575	-13 723 624	-14 413 766	-15 008 180	-15 769 492
Insuffisance d'autofinancement	10 962 207	11 534 895	12 078 775	12 724 650	13 435 032
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	2 396 368	2 188 729	2 334 991	2 283 530	2 334 460
Titre 2 - Immobilisations	5 024 531	3 266 377	2 438 035	1 760 000	2 225 000
<i>Dont opérations majeures</i>	<i>3 208 000</i>	<i>1 695 000</i>	<i>795 000</i>	<i>380 000</i>	<i>800 000</i>
Titre 3 - Autres emplois	0	0	0	0	0
TOTAL DES EMPLOIS	18 383 106	16 990 001	16 851 801	16 768 180	17 994 492
Titre 1 - Emprunts	0	0	0	0	0
Titre 2 - Dotations et subventions	958 821	343 418	294 016	0	0
Titre 3 - Autres ressources	932 793	932 793	932 793	932 793	932 793
TOTAL DES RESSOURCES	1 891 614	1 276 211	1 226 809	932 793	932 793
APPORT / PRELEVEMENT FONDS DE ROULEMENT	-16 491 492	-15 713 790	-15 624 992	-15 835 387	-17 061 699
FOND DE ROULEMENT NET GLOBAL (FRNG) 31/12	-43 340 659	-59 054 449	-74 679 441	-90 514 828	-107 576 528
FRNG en Nombre de jours (le niveau de sécurité se situe entre 20 et 30 jours)	-123	-166	-208	-250	-294
Créances du BFR	20 000 000	19 500 000	19 000 000	18 500 000	18 000 000
Créances du BFR en jours ; doit être le + réduit possible (a minima < dettes BFR)	62	60	58	56	54
Dettes du BFR	65 218 659	80 434 449	95 561 441	110 898 828	127 462 528
Dettes du BFR en jours (devrait se situer entre 40 et 50 jours)	185	226	266	306	348
Besoin en fonds de roulement au 31/12	-43 388 659	-59 104 449	-74 731 441	-90 568 828	-107 632 528
VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	-15 353 695	-15 715 790	-15 626 992	-15 837 387	-17 063 700
Trésorerie nette au 31/12	48 000	50 000	52 000	54 000	56 000

Source : CH de Lannion - EPRD 2023.

Annexe n° 4. Les urgences hospitalières

Tableau n° 22 : Fréquentation hebdomadaire des urgences en Bretagne

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
15,61%	13,98%	13,66%	13,95%	14,61%	14,60%	14,13 %

Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2019.

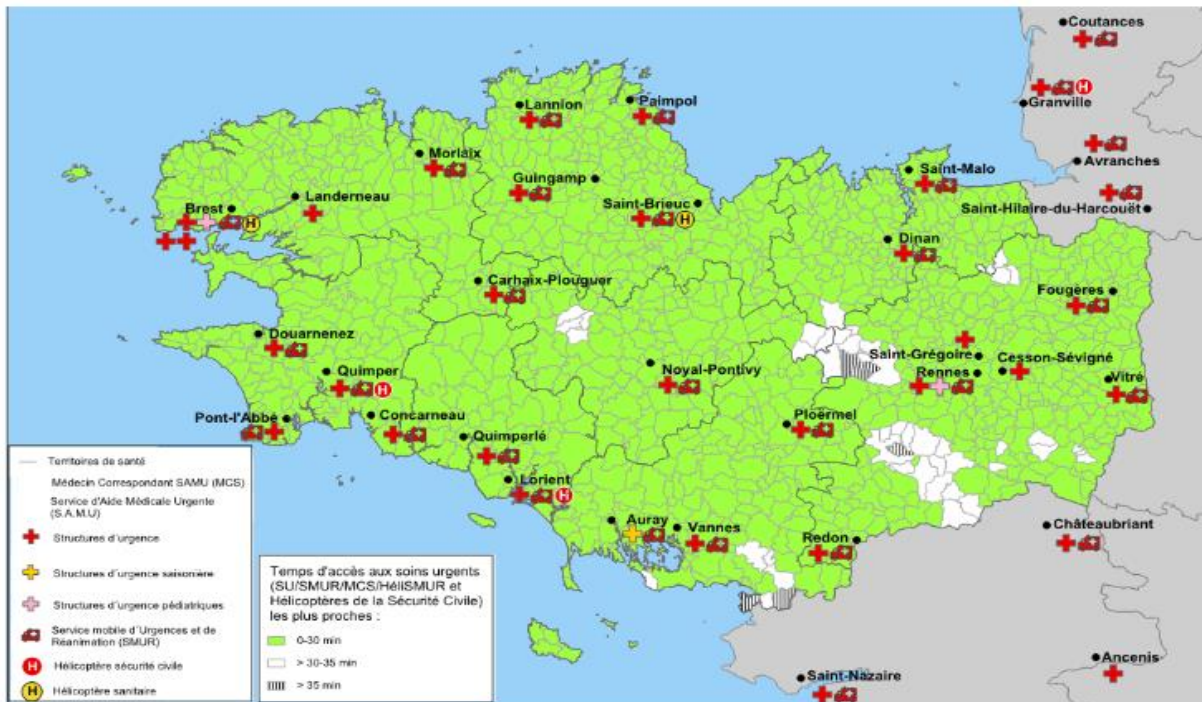
Tableau n° 23 : Communes par territoire de PDSA en médecine générale (Côtes-d'Armor)

Territoires	Population du territoire 2015	Territoire concerné par l'exonération fiscale	Médecins généralistes installés 2017*	Médecins généralistes participant à la PDSA	Dont médecins âgés de 60 ans et +
Ile-de-Bréhat	378	Oui	1	1	0
Dinan	100 543	Oui	80	72	18
Guingamp	76 779	Oui	52	51	23
Lamballe	63 973	Oui	49	47	18
dont Erquy ¹	13 935	Oui			
Lannion	86 718	Non	78	76	19
Loudéac	46 406	Oui	35	34	13
Paimpol	39 238	Oui	35	27	9
Saint-Brieuc	164 701	Oui	117	89	26
Carhaix-Rostrenen	21 318 / 51 782	Oui	40	37	13
Total	613 989	9 territoires sur 10	487	434	139

* hors médecin à mode d'exercice particulier.

Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la PDSA 2019.

Carte n° 2 : Accès aux urgences dans les Côtes-d'Armor et en Bretagne



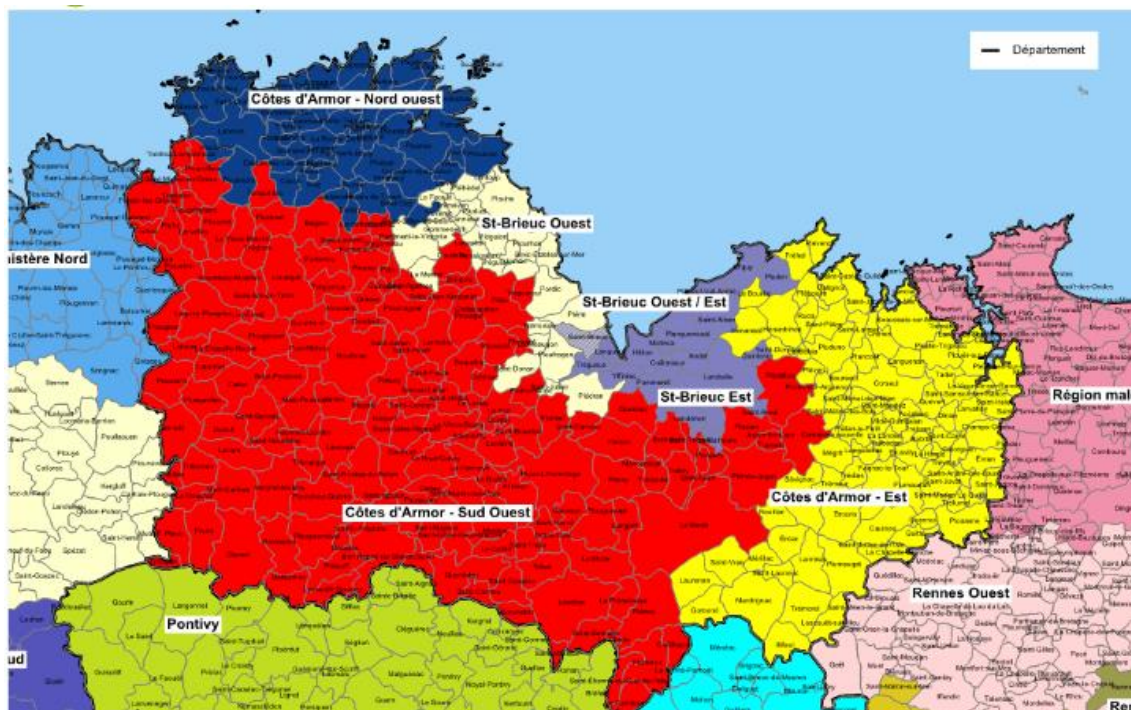
Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la PDSA 2019.

Carte n° 3 : Permanence des soins en médecine générale (Côtes-d'Armor)



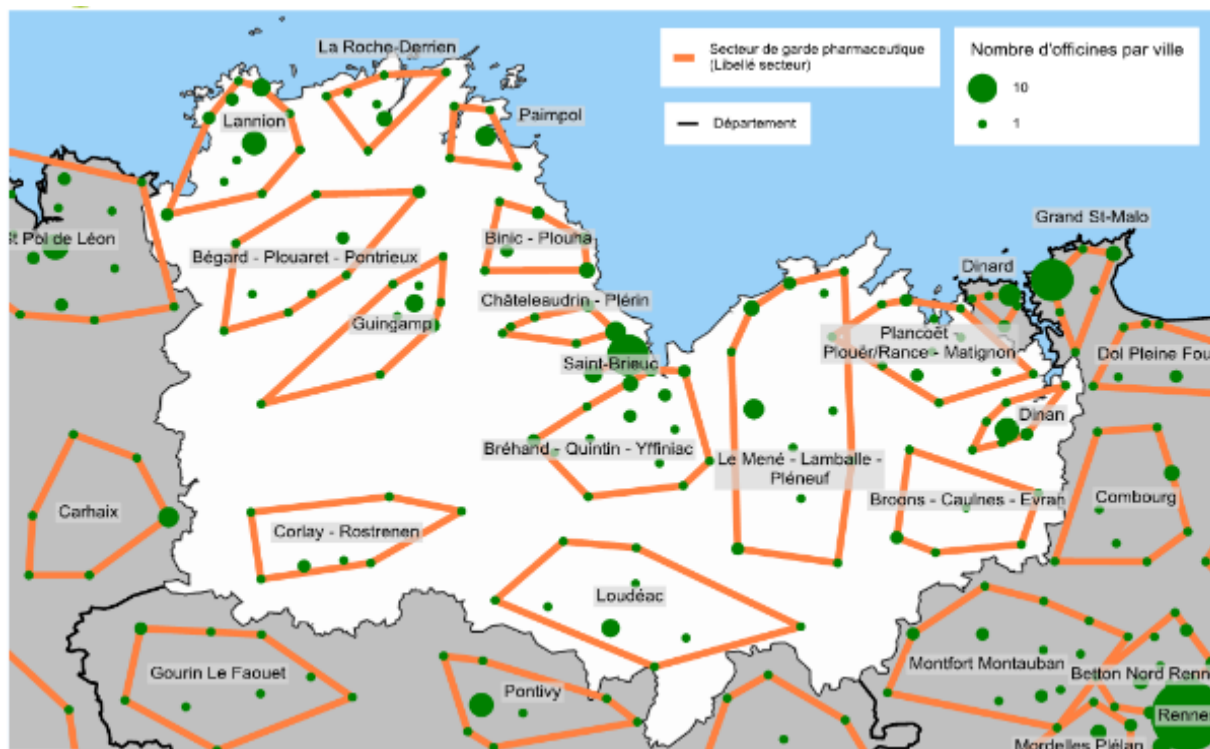
Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la PDSA 2019.

Carte n° 4 : Secteurs de permanence des soins dentaires (Côtes-d'Armor)



Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2019.

Carte n° 5 : Secteurs des gardes pharmaceutiques (Côtes-d'Armor)



Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2019.

Tableau n° 24 : Régulation médicale de la PDSA au sein des centres de régulation bretons

Périodes	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Lundi au jeudi				
00 h – 08 h	1	1	2	1
20 h – 23 h	2	2	2	2
23 h – 00 h	1	1	2	1
Vendredi				
00 h – 08 h	1	1	2	1
20 h – 23 h	2	2	2	2
23 h – 00 h	2	1	2	2
Périodes	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Samedi				
00 h – 08 h	1	1	2	1
12 h – 13 h	1	2	2	1
13 h – 14 h	1	2	2	2
14 h – 00h	2	2	2	2
Dimanche et JF				
00 h – 08 h	1	1	2	1
08 h – 20 h	2	2	2	2
20 h – 23 h	2	2	2	1
23 h – 00 h	1	1	2	1

Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la PDSA 2019.

Document n° 2 : Organisation de la PDSA dans les Côtes-d'Armor

Les lieux et horaires de consultations sur le département

En soirée de semaine entre 20 h et minuit :

-  Cabinet du médecin généraliste de l'île de Bréhat de 20 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Guingamp : de 20 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Lamballe : de 20 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Lannion : de 20 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Loudéac : de 20 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Saint-Brieuc : de 20 h à 23 h

Les samedis entre midi et minuit :

-  Cabinet du médecin généraliste de l'île de Bréhat de 12 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Dinan : de 14 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Guingamp : de 12 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Lamballe : de 12 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Lannion : de 14 h à 22 h
-  Maison médicale de garde de Loudéac : de 14 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Paimpol : de 14h30 à 21 h
-  Maison médicale de garde de Saint-Brieuc : de 14 h à 23 h

Les dimanches et jours fériés entre 8 heures et minuit :

-  Cabinet du médecin généraliste de l'île de Bréhat de 8 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Dinan : de 8 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Guingamp : de 8 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Lamballe : de 8h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Lannion : de 9h à 22 h
-  Maison médicale de garde de Loudéac : de 8 h à 24 h
-  Maison médicale de garde de Paimpol : de 9 h à 21 h
-  Maison médicale de garde de Saint-Brieuc : de 9 h à 23 h

Renfort en période estivale :

-  Maison médicale de garde d'Erquy : samedi de 12h à minuit et dimanche de 8 h à minuit
-  Maison médicale de garde de Paimpol est ouverte les week-ends jusqu'à 23h

Source : ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la PDSA 2019.

Carte n° 6 : Territoire d'activité de la CPTS du Trégor

Source : Fédération nationale des CPTS.

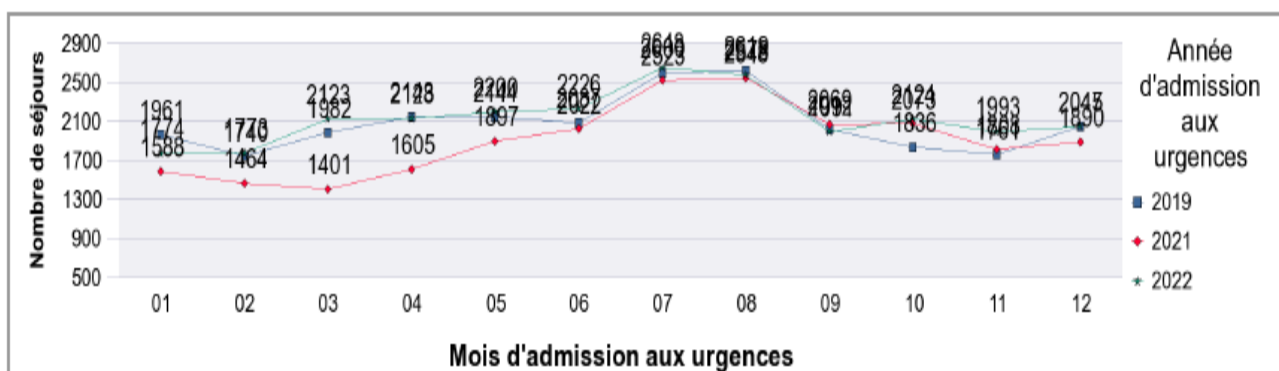
Tableau n° 25 : Entrées en urgences par catégorie d'âge

Critères	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution moyenne annuelle	Evolution 2018 / 2022
Urgences - Nombre total de passages	26 196	26 032	21 565	23 819	26 560	0,3%	1,4%
<i>Dont moins de 18 ans</i>	<i>5 866</i>	<i>5 566</i>	<i>3 871</i>	<i>4 756</i>	<i>5 419</i>	<i>-2,0%</i>	<i>-7,6%</i>
<i>Dont plus de 80 ans</i>	<i>3 708</i>	<i>3 766</i>	<i>3 320</i>	<i>3 413</i>	<i>3 878</i>	<i>1,1%</i>	<i>4,6%</i>

Source : CH de Lannion – réponse au questionnaire – données « clinicom ».

Tableau n° 26 : Données liées aux passages en urgences

Données mensuelles					Données annuelles				
	2019	2021	2022	Var points		2019	2021	2022	Var points
% Suivi d'hospitalisation	30,8%	32,4%	34,7%	2,4		29,4%	28,0%	29,4%	1,4
	2019	2021	2022	Var		2019	2021	2022	Var
Nombre moyen de passages / jr	66,0	61,0	66,0	5,1		68,3	62,7	70,2	7,4

Graphique n° 3 : Evolution des admissions manuelles aux urgences de 2019 à 2022

Source : CH de Lannion – Dialogue de gestion 2022.

Tableau n° 27 : Parcours des patients en urgences

	2019	2022
Transfert	186	124
Réorientés	1740	1616
Partis sans attendre	360	408

Source : CH de Lannion – Dialogue de gestion 2022.

Tableau n° 28 : Personnel médical aux urgences

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de médecins urgentistes (ETPR)	8,56	7,32	11,67	10,19	8,01

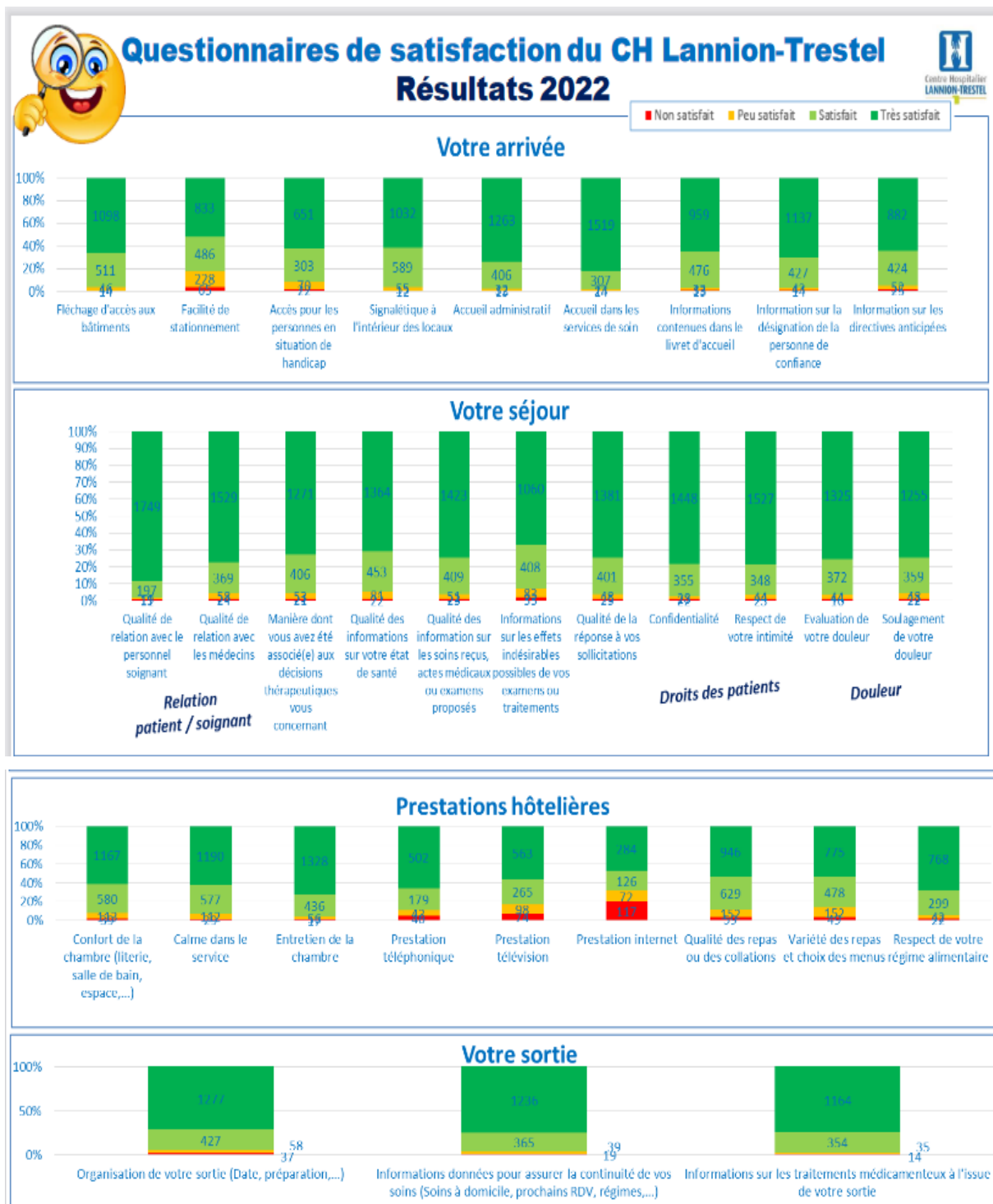
Source : CH de Lannion – Données SAE et dialogue de gestion 2022.

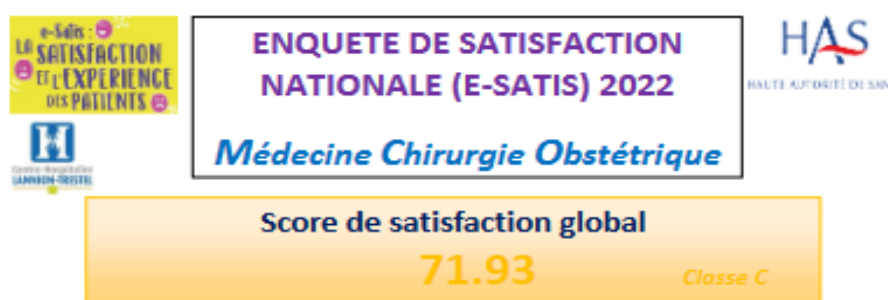
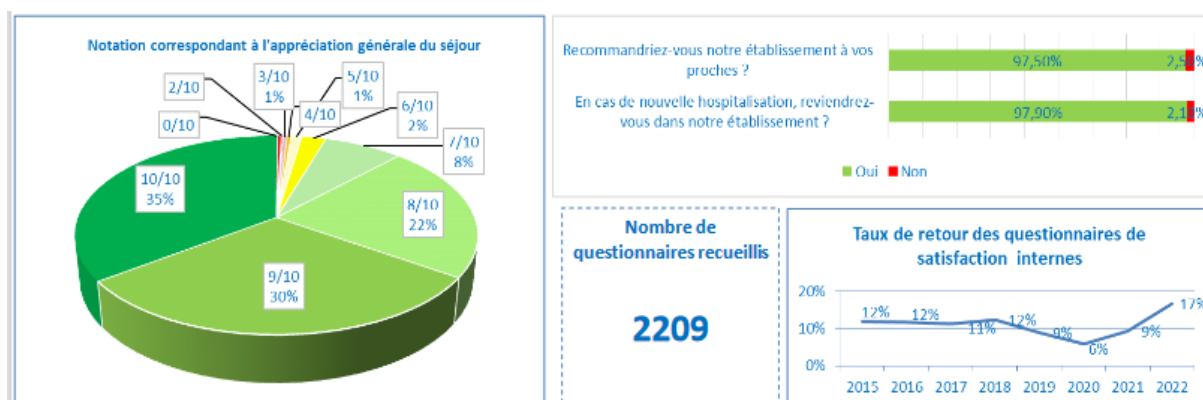
Tableau n° 29 : Temps moyen de prise en charge par le secrétariat

	2018	2019	2020	2021	2022
Temps moyen de prise en charge	13mns	16mns	16mns	17mns	20mns

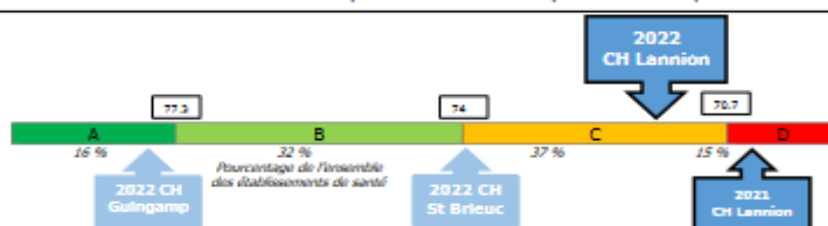
Source : CH de Lannion.

Document n° 3 : Satisfaction des usagers





Positionnement de l'établissement dans la répartition nationale des hôpitaux et des cliniques en 2022 et 2021



RESULTATS DETAILES CAMPAGNE E-SATIS MCO 2022			
Dimension	Résultat établissement 2022/2021	Moyenne Nationale 2022/2021	Constat et évolution
Accueil	71.54 /68,25	72.4/71,5	✓ ↑
Prise en charge par les médecins/chirurgiens	79.27 /78,12	81.4/80,9	✓ ↑
Prise en charge par les Infirmier(e)s et aides-soignants	80.33 /80,89	81,7/81,7	✗ ↓
Repas	63.98 /64,74	59.5/59,2	✗ ↓
Chambre	70.27 /68,12	73.25/73,8	✓ ↑
Organisation de la sortie	58.09 /56,63	64.5/64,3	✓ ↑

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 30 : Identification des coûts

Regroupement de SA	Poste	2019	2021	
		Charges par UO (Euros)	Total des charges (Euros)	Charges par UO (Euros)
SAMT DEF : Urgences	Titre 1 : Total Charges de personnel	123,08	3 062 428	138,43
SAMT DEF : Urgences	Charges de Personnel Médical	52,25	1 220 828	55,18
SAMT DEF : Urgences	Charges de Personnel Sages-Femmes	.	0	0,00
SAMT DEF : Urgences	Charges de Personnel Non Médical	70,83	1 841 600	83,24
SAMT DEF : Urgences	Titre 2 : Charges à caractère médical	13,11	334 970	15,14
SAMT DEF : Urgences	Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général hors comptes 6 en CR3P	1,25	30 415	1,37
SAMT DEF : Urgences	Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	0,39	18 527	0,84
SAMT DEF : Urgences	Total des charges brutes	137,83	3 446 340	155,78
SAMT DEF : Urgences	Produits déductibles	4,05	51 209	2,31
SAMT DEF : Urgences	Total des charges nettes	133,78	3 395 130	153,47
SAMT DEF : Urgences	Montant imputé au titre des charges de LM (au prorata des clés)	3,55	101 877	4,61
SAMT DEF : Urgences	Montant imputé au titre des charges de MT (au prorata des clés)	42,20	1 851 044	83,67
SAMT DEF : Urgences	Montant imputé au titre des charges de LGG	44,09	1 209 933	54,69
SAMT DEF : Urgences	Montant imputé au titre des charges de Plateau PSY (au prorata des clés)	.	.	.
SAMT DEF : Urgences	Total des charges au titre des SA auxiliaires (hors structure)	89,84	3 162 854	142,97
SAMT DEF : Urgences	Montant imputé au titre de la structure financière	3,02	55 695	2,52
SAMT DEF : Urgences	Montant imputé au titre de la structure immobilière	3,51	73 938	3,34
SAMT DEF : Urgences	Total des charges au titre des SA Structure	6,53	129 633	5,86
SAMT DEF : Urgences	Total des charges nettes majorées	230,15	6 687 617	302,29
SAMT DEF : Urgences	Total des charges brutes majorées	141,38	3 548 216	160,39

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 31 : Financement des urgences

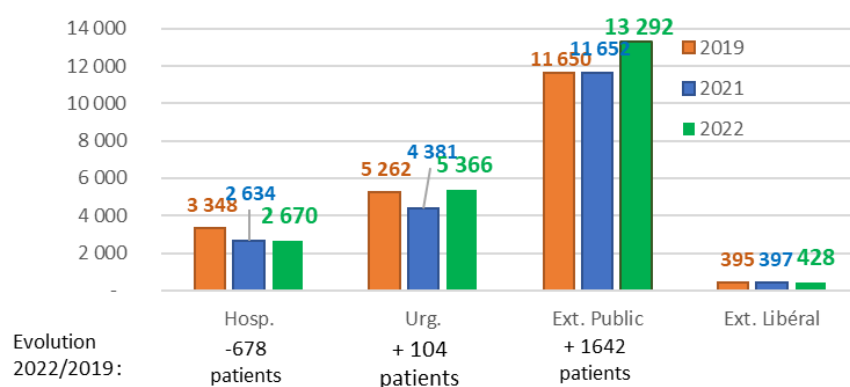
EPRD 2022	Notification 2022		
	10/06/20	07/11/20	TOTAL
Dotation populationnelle urgence	3 252 177	132 016	3 384 193
FAU 2020	1 269 877		1 269 877
Prime individuelle de risque allouée en AC	87 318		87 318
TM SMUR	70 119		70 119
Part AM mono Rum UHCD	522 410		522 410
Réintégration Ségur	246 686		246 686
Ségur 2	44 904		44 904
MIG SMUR	980 508		980 508
Coefficient minorateur 3,89%	- 108 514		- 108 514
part de la dotation selon activité	70 901	77 793	148 694
part de la dotation selon qualité/efficience	40 832	54 223	95 055
transfert enveloppe dotation complémentaire vers dot. Pop	45 724		45 724
Tranfert part résiduelle lors de passage non programmé non suivi d'hosp	3 062		3 062
Transfert de la dot pop. Vers la dot qualité	- 21 650		- 21 650

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 32 : Nombre d'actes de biologie afférents aux urgences

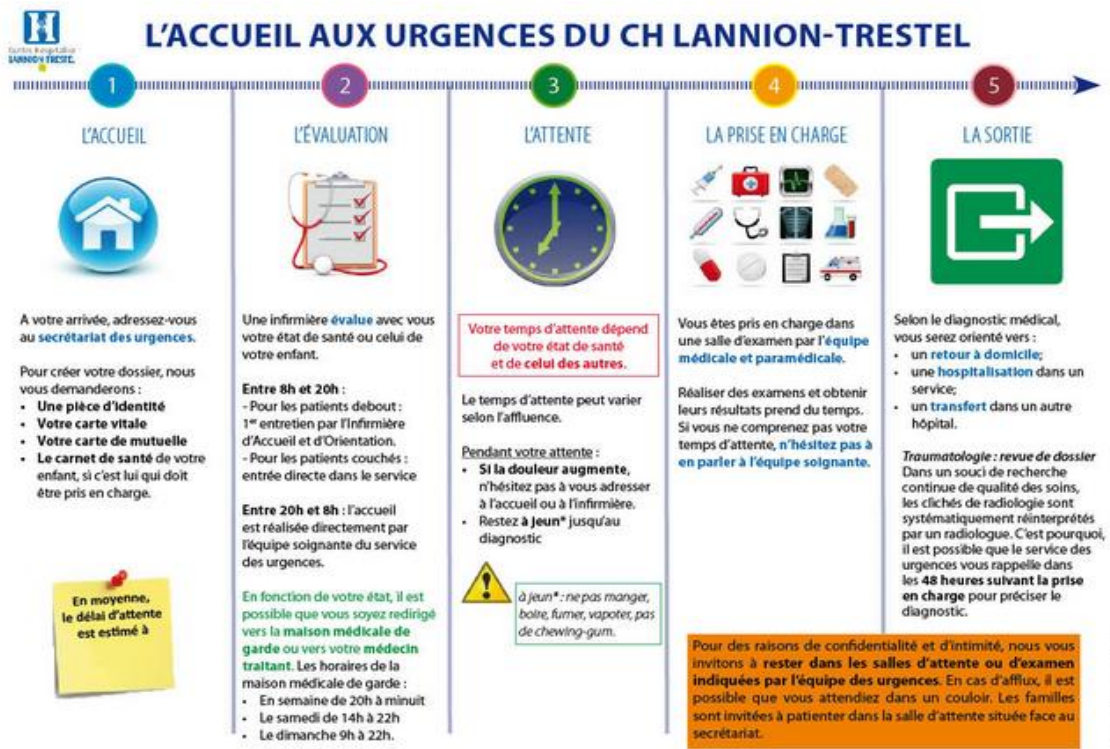
	2019	2020	2021	DELTA 2021-2020 %		DELTA 2021-2019	
HOSPITALISATION (Budget H)							
M.C.O	4 530 931	3 896 567	4 100 525	203 958	5,2%	-430 406	-9,5%
CRRF TRESTEL	267 950	267 464	306 249	38 785	14,5%	38 299	14,3%
SSRG LANNION	256 711	253 552	257 480	3 928	1,5%	769	0,3%
Sous Total Hospitalisation	5 055 592	4 417 583	4 664 254	246 671	5,6%	-391 338	-7,7%
Urgences	2 429 798	2 511 002	3 129 217	618 215	24,6%	699 419	28,8%
Externes	1 055 464	1 373 920	1 779 760	405 840	29,5%	724 296	68,6%

Source : CH de Lannion.

Graphique n° 4 : Part des urgences dans l'activité de radiologie (évolution)

Source : CH de Lannion.

Schéma n° 1 : Parcours de prise en charge aux urgences



Source : CH de Lannion.

Tableau n° 33 : Activité de l'UHCD

UF 8221 LN_UHCD URG PORTES_HC	2019	2021	EPRD 2022	2022	Var Réalisé 2022/ Réalisé 2019		Var Réalisé 2022/ EPRD 2022	
Total Nombre de RUM	701	518	688	818	117	17%	130	19%
Total valorisation	366 670 €	240 516 €	324 870 €	309 891 €	-56 779 €	-15%	-14 979 €	-5%
PMCT = Valorisation / Nb RUM	523 €	464 €	472 €	379 €	-144 €	-28%	-93 €	-20%

UF 8227 LN_UHCD DECHOQUAGE URG_HC	2019	2021	EPRD 2022	2022	Var Réalisé 2022/ Réalisé 2019		Var Réalisé 2022/ EPRD 2022	
Total Nombre de RUM	287	191	291	275	-12	-4%	-16	-5%
Total valorisation	118 197 €	85 250 €	119 379 €	94 235 €	-23 962 €	-20%	-25 144 €	-21%
PMCT = Valorisation / Nb RUM	412 €	446 €	410 €	343 €	-69 €	-17%	-68 €	-16%

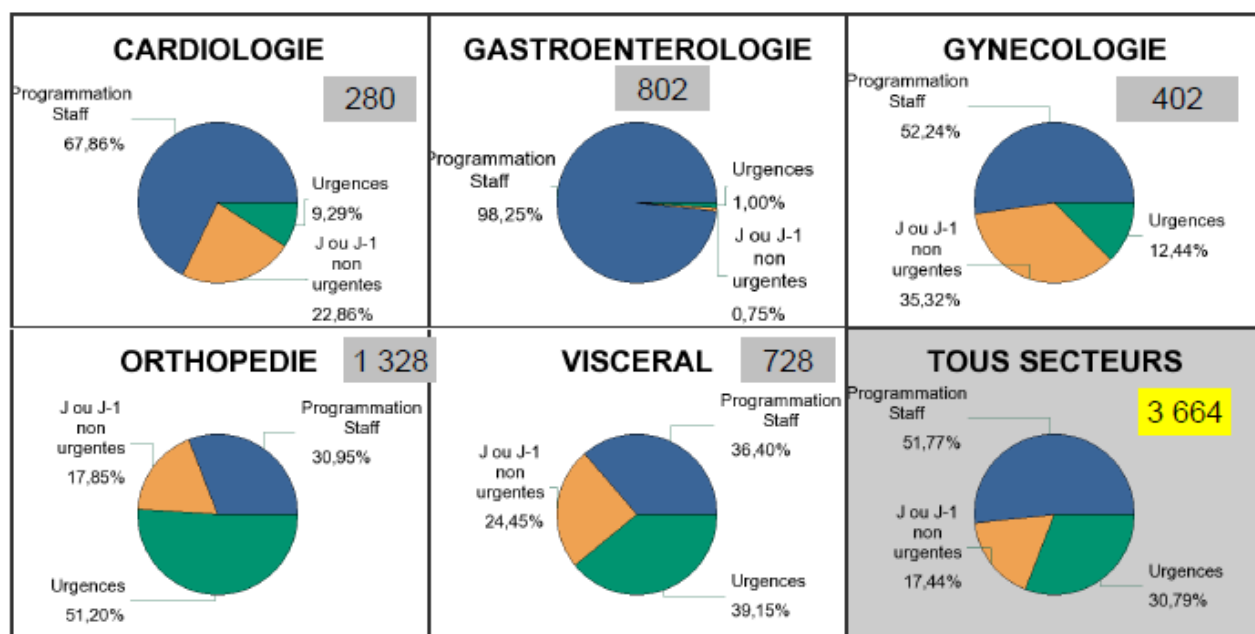
Source : CH de Lannion.

Tableau n° 34 : Indicateurs de performance de l'UHCD

FILIÈRE	Libellé	Nb RUM			DMR			Ind. Perf RUM			Taux occupation*		
		2019	2022	Var 22/19	2019	2022	Var 22/19	2019	2022	Var 22/19	2019	2022	Var pts 22/19
Pôle 0001	POLE MEDECINE	2 365	2 345	-20	4,53	4,16	-0,4	1,00	1,08	0,08	97,2%	96,9%	-0,28
UM 1030	LN_NEURO_HC	198	144	-54	7,25	8,56	1,3	0,93	1,35	0,42	98,6%	99,0%	0,43
UM 1040	LN_MED INTERNE_HC	370	373	3	8,42	7,79	-0,6	1,09	1,07	-0,02	96,7%	90,1%	-6,64
UM 1110	LN_CARDIOLOGIE_HC	327	264	-63	5,80	6,57	0,8	0,93	1,16	0,22	97,9%	86,8%	-11,08
UM 1211	LN_PNEUMOLOGIE_HC	387	301	-86	8,19	7,46	-0,7	1,03	1,01	-0,02	97,1%	98,2%	1,11
UM 4420	LN_USC_HC	95	178	83	3,13	3,74	0,6	0,88	0,97	0,09	88,9%	74,5%	-14,42
UM 8221	LN_UHCD URG PORTES_HC	701	818	117	0,74	0,93	0,2	0,67	0,73	0,06	96,7%	131,3%	34,58
UM 8227	LN_UHCD DECHOQUAGE URG_HC	287	267	-20	0,27	0,31	0,0	0,31	0,37	0,06			

Source : CH de Lannion.

Graphique n° 5 : Poids des urgences en 2022 – nombre d'actes en bloc opératoire



Source : CH de Lannion.

Tableau n° 35 : Evolution du nombre de lits d'hospitalisation

	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018 à 2022
Nombre de lits	352	343	333	327	329	-6,50%

Source : Indicateurs HELIOS (juillet 2023) (« fiche d'identité »).

Tableau n° 36 : Evolution du nombre de lits et de places en MCO (au 31/12/N)

Critères	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution moyenne annuelle	Evolution 2018 / 2022
Nombre de lits de MCO	208	210	210	210	215	0,8%	3,4%
<i>dont places MCO</i>	<i>21</i>	<i>31</i>	<i>31</i>	<i>31</i>	<i>34</i>	<i>12,8%</i>	<i>61,9%</i>

Source : CH de Lannion.

Tableau n° 37 : Activité du SSR (sites de Trestel et Lannion)

Critères	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution moyenne annuelle	Evolution 2018 / 2022
Nombre de lits de SSR	172	172	172	172	172	0,0%	0,0%
<i>Dont site de Trestel HC</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
<i>Dont site de Trestel HDJ</i>	<i>47</i>	<i>47</i>	<i>47</i>	<i>47</i>	<i>47</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
<i>Dont site de Lannion</i>	<i>37</i>	<i>37</i>	<i>37</i>	<i>37</i>	<i>37</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Nombre total de journées	57 104	55 918	46 189	49 576	52 707	-2,0%	-7,7%
<i>Dont site de Trestel HC</i>	<i>27 970</i>	<i>25 296</i>	<i>24 328</i>	<i>24 676</i>	<i>24 396</i>	<i>-3,4%</i>	<i>-12,8%</i>
<i>Dont site de Trestel HDJ</i>	<i>16 058</i>	<i>17 450</i>	<i>10 953</i>	<i>13 972</i>	<i>15 259</i>	<i>-1,3%</i>	<i>-5,0%</i>
<i>Dont site de Lannion</i>	<i>13 076</i>	<i>13 172</i>	<i>10 908</i>	<i>10 928</i>	<i>13 052</i>	<i>0,0%</i>	<i>-0,2%</i>
Nombre d'actes de rééducation	174 512	168 720	129 867	148 733	153 865	-3,1%	-11,8%
<i>Dont site de Trestel</i>	<i>156 561</i>	<i>151 730</i>	<i>115 162</i>	<i>132 831</i>	<i>134 531</i>	<i>-3,7%</i>	<i>-14,1%</i>
<i>Dont site de Lannion</i>	<i>14 830</i>	<i>13 820</i>	<i>11 720</i>	<i>13 143</i>	<i>16 368</i>	<i>2,5%</i>	<i>10,4%</i>
Nombre d'admissions	3 121	3 170	2 985	2 759	2 966	-1,3%	-5,0%
<i>Dont site de Trestel</i>	<i>2 616</i>	<i>2 648</i>	<i>2 512</i>	<i>2 293</i>	<i>2 486</i>	<i>-1,3%</i>	<i>-5,0%</i>
<i>Dont site de Lannion</i>	<i>465</i>	<i>482</i>	<i>427</i>	<i>424</i>	<i>440</i>	<i>-1,4%</i>	<i>-5,4%</i>
Durée moy. du séjour (DMS) entrée sortie	40	40	46	42	40	-0,2%	-0,9%
<i>Dont site de Trestel</i>	<i>42</i>	<i>42</i>	<i>50</i>	<i>45</i>	<i>41</i>	<i>-0,5%</i>	<i>-1,9%</i>
<i>Dont site de Lannion</i>	<i>31</i>	<i>30</i>	<i>29</i>	<i>29</i>	<i>32</i>	<i>1,0%</i>	<i>4,2%</i>
Taux d'occupation (SSR global en %)							
<i>Site de Trestel</i>	<i>90,2%</i>	<i>90,8%</i>	<i>88,0%</i>	<i>90,6%</i>	<i>90,4%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,2%</i>
<i>Site de Lannion</i>	<i>96,8%</i>	<i>97,5%</i>	<i>89,1%</i>	<i>95,5%</i>	<i>97,1%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,3%</i>
Nombre de sorties	2 798	2 803	2 230	2 426	2 649	-1,4%	-5,3%
<i>Dont nombre de décès</i>	<i>30</i>	<i>46</i>	<i>43</i>	<i>34</i>	<i>26</i>	<i>-3,5%</i>	<i>-13,3%</i>
<i>Dont nombre des retours au domicile</i>	<i>2 590</i>	<i>2 529</i>	<i>1 984</i>	<i>2 179</i>	<i>2 411</i>	<i>-1,8%</i>	<i>-6,9%</i>
<i>Dont nombre des transferts vers structure d'héab. médicosoc.</i>	<i>46</i>	<i>53</i>	<i>79</i>	<i>89</i>	<i>90</i>	<i>18,3%</i>	<i>95,7%</i>
<i>Dont nombre des transferts vers unité MCO autre que CH Lannion</i>	<i>57</i>	<i>71</i>	<i>59</i>	<i>61</i>	<i>52</i>	<i>-2,3%</i>	<i>-8,8%</i>
<i>Dont nombre des transferts vers unité MCO du CH de Lannion</i>	<i>34</i>	<i>40</i>	<i>34</i>	<i>26</i>	<i>34</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
<i>Autres</i>	<i>41</i>	<i>64</i>	<i>31</i>	<i>37</i>	<i>36</i>	<i>-3,2%</i>	<i>-12,2%</i>
Age moyen des patients	45,9	45,7	48,1	44,3	46,6	0,4%	1,7%
<i>Site de Trestel</i>	<i>39,4</i>	<i>39,7</i>	<i>41,5</i>	<i>38,2</i>	<i>40,1</i>	<i>0,4%</i>	<i>1,8%</i>
<i>Site de Lannion</i>	<i>80,9</i>	<i>80,6</i>	<i>81,5</i>	<i>82,1</i>	<i>82,6</i>	<i>0,5%</i>	<i>2,2%</i>

Source : CH de Lannion.



Chambre régionale des comptes Bretagne

3 rue Robert d'Arbrissel
CS 64231
35042 Rennes Cedex

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