



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES  
ET SA RÉPONSE**

**CENTRE HOSPITALIER DE FOUGÈRES  
(Ile-et-Vilaine)**

**Exercices 2017 et suivants**

## TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE .....	4
RECOMMANDATIONS .....	6
INTRODUCTION.....	7
1 Présentation générale.....	8
1.1 Le contexte démographique et social.....	8
1.1.1 Situation générale .....	8
1.1.2 Contexte démographique et socio-économique.....	8
1.2 Le contexte sanitaire local .....	9
1.2.1 L'état de santé de la population locale .....	9
1.2.2 Les perspectives.....	10
1.3 Le positionnement du centre hospitalier et ses caractéristiques .....	10
1.3.1 Le capacitaire et les moyens.....	10
1.3.2 La zone d'attractivité et la stratégie de soins.....	10
1.3.3 Structure médico-administrative de l'établissement .....	11
1.3.4 Le CHF et son groupement hospitalier de territoire .....	12
1.3.5 Les autres coopérations médico-administratives.....	13
2 Pilotage et gestion administrative.....	14
2.1 Un contrôle de gestion effectif mais devant être redynamisé .....	14
2.2 Un projet d'établissement 2022-2026 formalisé mais incomplet .....	14
2.3 Les ressources humaines.....	15
2.3.1 Des effectifs croissants .....	15
2.3.2 La gestion des effectifs.....	16
2.4 Le système d'information .....	19
2.4.1 Une dynamique inscrite dans le cadre du GHT.....	19
2.4.2 La sécurité informatique.....	20
2.4.3 L'absence de mutualisation avec le CH des Marches de Bretagne .....	21
3 Une activité hospitalière en baisse et fortement concurrencée.....	22
3.1 Une baisse de l'activité .....	22
3.2 Les indicateurs de performance : une activité ciblée .....	23
3.3 Les parts de marché : un hôpital très concurrencé.....	23
4 Gestion comptable et financière .....	25
4.1 Fiabilité des comptes.....	25
4.1.1 Des EPRD votés en déséquilibre .....	25
4.1.2 Une anomalie dans le recensement d'un emprunt à l'annexe BI-8 des comptes financiers .....	25
4.1.3 La gestion des provisions .....	26

4.1.4	Des comptes d'attente à apurer en recettes.....	26
4.2	Des évolutions budgétaires préoccupantes .....	27
4.2.1	Les aides de l'ARS : un soutien vital .....	27
4.2.2	Les centres de coûts identifiés .....	27
4.2.3	La dégradation des capacités financières .....	29
5	Les soins de premier recours .....	32
5.1	Contexte .....	32
5.1.1	L'offre de soins sur le territoire de Fougères .....	32
5.1.2	Les partenaires du CHF pour les soins locaux .....	32
5.2	Les orientations stratégiques de l'offre de soins territoriale.....	32
5.3	Le projet médical partagé du GHT .....	33
5.4	L'évolution de la gouvernance.....	34
5.5	Les actions de coopération en faveur des soins de premier recours .....	34
5.6	L'activité hospitalière en termes de soins de premiers recours .....	35
	TABLE DES ANNEXES.....	36
Annexe n° 1.	Données démographiques.....	37
Annexe n° 2.	Le contexte sanitaire local .....	39
Annexe n° 3.	Structure médico-administrative .....	41
Annexe n° 4.	Ressources humaines.....	43
Annexe n° 5.	L'activité médicale .....	45
Annexe n° 6.	Evolutions financières .....	48
Annexe n° 7.	Les soins de premier recours .....	60

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Fougères (CHF) est un établissement public de santé situé au nord-est de l'Ille-et-Vilaine. Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Haute Bretagne », il dispose de 432 lits et places, dont 139 en médecine, 42 en chirurgie (avec 14 en ambulatoire), 25 en soins de suite et de réadaptation (SSR), 18 en obstétrique et 208 en séjour de longue durée. Doté d'un budget global de 73 M€, le CHF dispose de 79,7 médecins en équivalents temps plein (ETP) et de 820,85 ETP non médicaux.

La situation financière consolidée (budget principal et budgets annexes) du CHF est marquée par un déficit budgétaire chronique et structurel, atteignant 10 M€ cumulés de 2017 à 2021, et un important endettement lié à sa récente restructuration d'un coût de 41 M€. Le centre hospitalier est très dépendant des aides non reconductibles versées par l'agence régionale de santé (ARS), sans lesquelles le déficit serait de l'ordre de 16 M€. L'accroissement des charges fixes et la crise sanitaire ont obéré toute perspective de redressement, tandis que la concurrence de l'offre de soins sur Rennes, avec le centre hospitalier universitaire (CHU) et les structures privées, reste forte. Par ailleurs, le vieillissement progressif de la population locale oblige l'établissement à développer une activité davantage orientée vers la gériatrie et l'accueil des personnes âgées. En outre, confronté à des difficultés de recrutement de plus en plus prononcées ainsi qu'à la crise sanitaire, le CHF a été contraint de recourir de plus en plus largement à l'intérim, tant pour ses personnels médicaux que non médicaux. Son coût cumulé de 2017 à 2021 s'est élevé à 13,1 M€.

Malgré sa participation active au GHT et de nombreuses conventions de partenariat notamment avec le CHU de Rennes, l'activité médicale du CHF est en baisse et apparaît fragilisée. Au vu des comptes de résultats analytiques (CREA), seule l'activité de médecine - notamment en gériatrie - s'avère être excédentaire, les activités liées à la chirurgie et à l'obstétrique étant à l'inverse très déficitaires. L'activité de soins ambulatoire, bien qu'en progrès, reste en-deçà des standards observés pour les établissements de même strate. L'hôpital doit donc résolument s'inscrire dans une démarche prospective et s'attacher à analyser ses centres de coûts et l'adéquation de son offre de soins à la population locale. Pour ce faire, il devra prioritairement rétablir l'usage des CREA, abandonnés depuis 2020.

Depuis 2017, le CHF et le centre hospitalier des Marches de Bretagne, tous deux membres du GHT, sont en direction commune. À l'inverse de ce qui est constaté pour d'autres établissements bretons, les deux structures n'ont pas pour autant mis en œuvre de véritable politique de mutualisation. Si le contexte local propre à chaque établissement et les patientèles distinctes sont de nature à rendre difficile une fusion, la situation chroniquement déficitaire du CHF justifierait qu'une réflexion soit menée sur davantage de mutualisations dans les domaines médicaux, logistiques et techniques.

Confrontée à la démographie fragile de la médecine de ville sur le territoire de Fougères, l'activité des urgences reste soutenue avec une moyenne annuelle de 27 900 passages sur les trois dernières années. L'activité du CHF, notamment en chirurgie, reste conditionnée par ce poids des urgences qui obère l'activité programmée. La désertification médicale est devenue une préoccupation locale car la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants est aujourd'hui de 6,3, soit une valeur inférieure à la moyenne nationale qui se situe à 8,7. En dépit de l'existence d'un contrat local de santé, la prise en compte de la médecine de ville n'apparaît pas clairement dans le projet médical hospitalier, ni dans les contrats pluriannuels d'objectifs de moyens. Dès lors, un meilleur lien entre les offres de soins hospitalières et libérales doit être recherché et davantage formalisé, pour garantir l'efficacité des soins de premiers recours.

## 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	Rétablir dès 2023 les comptes de résultats analytiques pour les différents pôles d'activité. ....	14
Recommandation n° 2	Insérer au projet d'établissement un volet financier pluriannuel permettant de prévoir les moyens d'hospitalisation, en personnel comme en équipement, nécessaires à la réalisation des objectifs de l'hôpital. ....	15
Recommandation n° 3	Mettre fin au versement irrégulier de la prime spécifique, de la prime de technicité et de l'indemnité forfaitaire technique aux agents contractuels. ....	18
Recommandation n° 4	Procéder au contrôle des états de frais de déplacement lors de leur liquidation, en veillant notamment à la production de l'ensemble des justifications requises par la réglementation et à leur cohérence. ....	18
Recommandation n° 5	Etablir les états prévisionnels de recettes et de dépenses à l'équilibre, conformément à l'article R. 6145-11 du code de la santé publique. ....	25
Recommandation n° 6	Procéder à une reprise de provision sur le compte 142 à hauteur des amortissements, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21. ....	26
Recommandation n° 7	Réduire le ratio concernant le règlement des dettes liées aux fournisseurs, qui doit être inférieur à 50 jours selon l'article R. 2192-11 du code de la commande publique. ....	29

*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 de Fougères à compter de l'exercice 2017. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 17 mai 2022 auprès de M. David-Xavier Chambon, directeur du centre hospitalier, ordonnateur en fonction. Sa prédécesseure sur la période contrôlée, Mme Laurence Jay-Passot, a également été informée de ce contrôle, par lettre du 5 juillet 2022.

L'entretien de début de contrôle s'est déroulé le 30 juin 2022 avec M. Chambon. L'entretien de fin de contrôle prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 8 novembre 2022 avec M. Chambon. Cet entretien a également été proposé à Mme Jay-Passot, qui a indiqué y renoncer.

La chambre, lors de sa séance du 12 janvier 2023, a arrêté ses observations provisoires. Le rapport d'observations provisoires a été notifié le 16 mars 2023 à M. Chambon et Mme Jay-Passot. Des extraits de ce rapport ont par ailleurs été adressés à diverses personnes susceptibles d'être mises en cause.

La réponse de M. Chambon est parvenue à la chambre le 14 avril 2023. Mme Jay-Passot a indiqué le 7 avril 2023 que le rapport n'appelait pas de remarque particulière de sa part, tandis que les destinataires d'extraits n'ont pas apporté de réponse.

Après avoir examiné la réponse reçue, la chambre, lors de sa séance du 23 mai 2023, a arrêté ses observations définitives.

# 1 PRESENTATION GENERALE

## 1.1 Le contexte démographique et social

### 1.1.1 Situation générale

Le centre hospitalier de Fougères (CHF) est un établissement public de santé situé au nord-est du département d'Ille-et-Vilaine, entre les communes de Vitré et Avranches (Manche), qui hébergent des structures hospitalières importantes, et la métropole rennaise, siège d'un centre hospitalier universitaire (CHU) et de structures de soins privées<sup>1</sup>.

Le CHF a connu d'importantes évolutions<sup>2</sup> structurelles au cours des 20 dernières années. Il propose aujourd'hui à la population du bassin de vie de Fougères un large éventail de services de soins et de consultations (maternité, pédiatrie, médecine, chirurgie, etc.), ainsi qu'un lieu de vie pour les personnes âgées.

### 1.1.2 Contexte démographique et socio-économique

#### 1.1.2.1 Les évolutions démographiques

Le pays de Fougères compte quelque 85 000 habitants<sup>3</sup> et son agglomération environ 56 000 habitants<sup>4</sup>.

Sur le territoire de l'agglomération de Fougères, la part des plus de 60 ans s'élève à 29,1 % de la population. Elle est également en augmentation (25,2 % en 2008), dans un contexte de progression de la population (55 874 habitants en 2019 contre 53 392 en 2008). L'indice de vieillissement, répertorié par l'agence régionale de santé (ARS), reste cependant modéré par rapport aux autres secteurs géographiques de Bretagne.

La densité moyenne<sup>5</sup> de l'agglomération qui se situait en 2019 à 103,7 habitants/km<sup>2</sup> est inférieure à celle de l'Ille-et-Vilaine (159,3) et de la Bretagne (123,3).

La croissance<sup>6</sup> démographique est principalement localisée au sud du territoire de Fougères. Ce mouvement est particulièrement important vers la partie de la zone d'emploi qui est située vers Rennes et donc la plus soumise à l'attractivité des établissements de santé rennais.

<sup>1</sup> Notamment le CH de Saint-Grégoire.

<sup>2</sup> Intégration de l'activité de l'ancienne clinique Saint-Joseph, puis entre 2009 et 2013, construction de nouveaux bâtiments pour regrouper l'ensemble des activités sur un seul site et rénovation de tous les bâtiments anciens. Le coût final de cette opération a été de 41 M€ TTC.

<sup>3</sup> 83 429 habitants selon le projet d'établissement 2022-2026 (base Insee).

<sup>4</sup> Source Insee.

<sup>5</sup> Source Insee.

<sup>6</sup> Inversement, les territoires aux alentours d'Antrain et au nord et à l'est de Fougères, y compris en Mayenne et dans la Manche, connaissent une baisse démographique.

### 1.1.2.2 Les évolutions socio-économiques

Les retraités représentent la principale catégorie socio-professionnelle (28,8 %), devant les ouvriers (18,8 %), les employés (15,3 %), les professions intermédiaires (14,1 %) et les personnes sans activité professionnelle (12 %).

Le taux de chômage s'élève globalement à 8,6 % en 2019, et à 19,5 % pour les 15-24 ans (15,4 % en 2009). Le taux de concentration de l'emploi<sup>7</sup> est par ailleurs faible (96,9 % en 2019, contre 101,9 % en Ille-et-Vilaine). Le territoire intercommunal ne constitue donc pas un pôle d'emploi attractif.

Enfin, la part des ménages fiscaux imposables s'établit à 41,7 % en 2020, soit une valeur inférieure aux moyennes départementale (51,1 %) et régionale (49 %). Pour autant, le niveau de pauvreté (11,7 %) se situe dans la moyenne constatée en Bretagne (11,2 %).

## 1.2 Le contexte sanitaire local

### 1.2.1 L'état de santé de la population locale

Le taux de mortalité standardisé<sup>8</sup> et les affections de longue durée (ALD) du secteur de Fougères se situent dans la partie haute des valeurs régionales.

Sur le plan de la consommation de soins par établissement de santé (PMSI-MCO)<sup>9</sup>, le CHF est à un niveau comparable à celui de Vitré et des Marches de Bretagne, mais en retrait de celui de Saint-Malo.

Les pathologies les plus sévères sur le secteur de Fougères sont identiques à celles constatées sur le secteur voisin des Marches de Bretagne (cancers, maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire) et représentent un niveau de décès comparable au niveau départemental (58 %), comme la mortalité prématurée évitable<sup>10</sup> (8 %).

<sup>7</sup> Le taux de concentration de l'emploi est égal au nombre d'emplois occupés dans une zone pour 100 actifs résidant dans la zone et ayant un emploi. Dans un pôle attractif (taux supérieur à 100 %), le nombre d'emplois est supérieur à celui de ses actifs occupés (source Insee).

<sup>8</sup> L'indice standardisé de mortalité (ISM) pour un groupe donné, est le rapport entre le nombre de décès observés sur une période donnée et le nombre de décès qui seraient survenus au cours de cette même période si ce groupe avait été soumis à la mortalité par âge de l'ensemble de la population. Un rapport supérieur à 1 s'interprète comme une surmortalité dans le groupe.

<sup>9</sup> Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) recueille des données pour l'ensemble des hospitalisations ayant lieu sur le territoire français avec pour finalité le financement des établissements de santé (tarification à l'activité), et l'organisation de l'offre de soins (planification). La médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) regroupe les principaux secteurs concernés par la tarification à l'activité (T2A).

<sup>10</sup> Ce sous-ensemble de la mortalité prématurée regroupe des causes de décès avant 65 ans liées à des pratiques de santé à risque (consommation d'alcool, de tabac, de drogues, suicides, accidents de la circulation, chutes accidentelles) ou aux actions de prévention primaire.

### 1.2.2 Les perspectives

Selon les projections de l'Insee, le territoire connaîtra d'ici 2040 un taux de croissance annuel de 2 % pour les personnes âgées de plus de 85 ans (plus de 1 200 personnes âgées de plus de 85 ans par an), soit un niveau moindre que la moyenne bretonne (2,87 % par an).

Le vieillissement progressif sera donc plus modéré qu'ailleurs en Bretagne, mais les enjeux porteront inévitablement sur une hausse des besoins concernant les structures d'accueil et de services à la personne.

## 1.3 Le positionnement du centre hospitalier et ses caractéristiques

### 1.3.1 Le capacitaire et les moyens

L'établissement comprend 432 lits et places, dont 208 en séjour de longue durée, de type établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad ; 159 lits) ou unité de soins de longue durée (USLD ; 49 lits), 139 en hospitalisation complète, 42 en chirurgie (dont 14 en ambulatoire), 25 en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 18 en obstétrique. Le CHF est donc nettement orienté vers l'offre de soins et d'hébergement aux personnes âgées.

Il dispose en outre d'un service des urgences, d'instituts de formation, ainsi que de structures médicotechniques (laboratoires, imagerie médicale et pharmacie).

Il est également investi dans le domaine de l'addictologie : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), équipe de liaison de soins en addictologie (ELSA), consultation jeunes consommateurs (CJC).

Son budget est de 73 M€ et son effectif global s'élève de 79,97 équivalents temps plein (ETP) médicaux et 820,85 ETP non médicaux<sup>11</sup>.

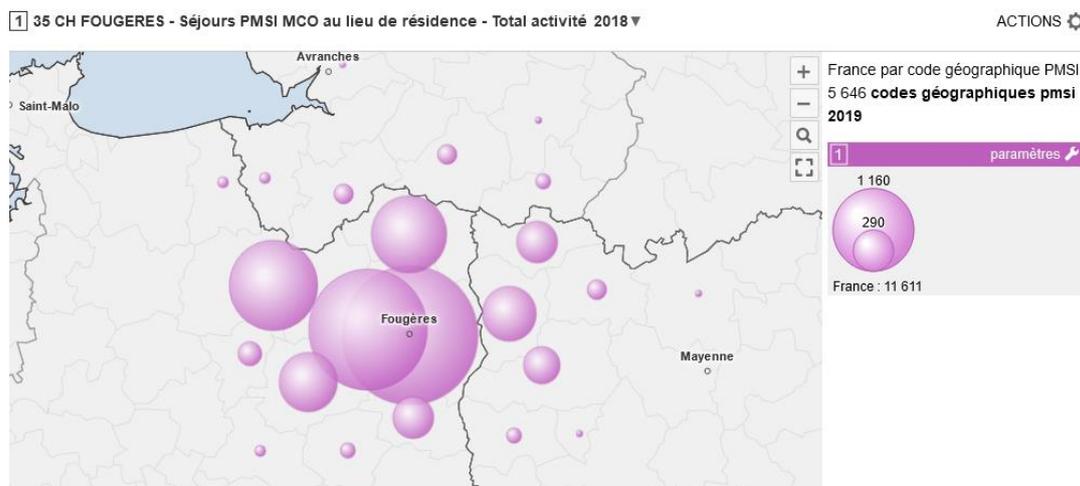
### 1.3.2 La zone d'attractivité et la stratégie de soins

Par sa situation géographique, le CHF accueille des patients résidant en Ille-et-Vilaine mais également dans les départements frontaliers de la Mayenne et de la Manche.

---

<sup>11</sup> Source : états prévisionnels de recettes et de dépenses annuels.

### Carte n° 1 : Zone d'attractivité du CH de Fougères



Source : Hospidiag.

La zone d'attractivité<sup>12</sup> présente ainsi un périmètre interdépartemental avec une zone centrale et une ceinture plus large au rayonnement moins prononcé.

Ce territoire d'influence se résume en trois cercles concentriques :

- la ville de Fougères et les communes limitrophes qui constituent le cœur du territoire hospitalier ;
- la zone comprise dans un rayon de 15 à 30 kilomètres, dont le développement est plus mesuré en raison du rayonnement non négligeable d'autres établissements ;
- les marges rurales, plus étendues aux territoires ruraux du nord (Manche) et de l'est (Mayenne), qui connaissent un vieillissement avéré des populations.

Dès lors, la stratégie du CHF est conditionnée par deux axes :

- le bénéfice d'une zone de forte attractivité correspondant à l'agglomération (56 000 habitants), relativisé par l'axe autoroutier Rennes-Caen qui permet aux habitants de s'adresser rapidement à des établissements de santé rennais de premier ordre<sup>13</sup> ;
- un rayonnement limité au périmètre local (zone d'emploi) avec une zone excentrée à faible attractivité, vieillissante et peu peuplée, qui ne constitue pas en soi une réserve stratégique en offre de soins médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

#### 1.3.3 Structure médico-administrative de l'établissement

L'organisation des hôpitaux en pôles d'activité vise à améliorer leur fonctionnement, par une mise en commun des compétences et des moyens permettant d'ajuster les ressources aux besoins des patients.

<sup>12</sup> La zone d'attractivité correspond aux communes (classées par ordre décroissant du nombre de séjours) dans lesquelles un établissement réalise 80 % de ses séjours.

<sup>13</sup> CHU, CH privé de Saint-Grégoire, centre de cancérologie Eugène Marquis, structures psychiatriques, etc...

Au cas présent, les services de soins du CHF sont organisés en cinq pôles médicaux : pôle urgences-médecine-imagerie, pôle interventionnel et ambulatoire, pôle gériatrique, pôle femme-enfant et pôle médico-technique et santé publique. Le CHF s'est par ailleurs doté d'un pôle administratif en février 2023.

Depuis 2017, la direction du CHF est commune avec celle du CH des Marches de Bretagne. La direction des affaires financières est elle-même unifiée entre les deux structures.

### 1.3.4 Le CHF et son groupement hospitalier de territoire

#### 1.3.4.1 Le GHT Haute Bretagne

Délimité par les villes d'Antrain et de Saint-Brice-en-Cogles au nord, de Redon et du Grand-Fougeray au sud, de Saint-Méen-Le-Grand et de Carentoir à l'ouest et de Vitré et Fougères à l'est, le groupement hospitalier de territoire (GHT) Haute Bretagne, créé le 1<sup>er</sup> juillet 2016, réunit onze<sup>14</sup> établissements publics de santé dont le CHF.

Le maillage territorial du GHT couvre l'essentiel du département d'Ille-et-Vilaine et réunit une population de plus de 930 000 habitants. Il totalise 5 311 lits et places, 12 483 ETP et 971 M€ de budget de fonctionnement.

Les coopérations au sein du GHT permettent d'organiser une prise en charge spécialisée des patients à proximité de leur domicile, tout en structurant la filière de recours vers le CHU de Rennes (médecins en temps partagé) qui est établissement support, ce qui constitue un atout pour les patients et pour les hôpitaux membres qui peinent parfois à recruter.

#### 1.3.4.2 Positionnement du centre hospitalier au sein du GHT

Les taux d'équipements sur le secteur de Fougères sont nettement inférieurs<sup>15</sup> en médecine et chirurgie à ceux constatés au niveau départemental, davantage encore pour les places destinées aux personnes âgées. Ils restent cependant comparables en obstétrique et en SSR.

L'offre de soins du CHF sur le territoire de santé représente, en nombre de séjours, environ 10 % de l'offre du GHT dans chacune des spécialités de MCO. Si ce chiffre est non négligeable<sup>16</sup>, il se situe toutefois loin derrière celui du CHU de Rennes, premier concurrent, qui représente entre 70% et 80 % de l'offre.

---

<sup>14</sup> CHU de Rennes, trois CH ayant une activité de MCO (Redon, Fougères, et Vitré), sept CH de proximité (Janzé, les Marches de Bretagne, La Guerche-de-Bretagne, le Grand-Fougeray, Montfort-sur-Meu, Saint-Méen-le-Grand et Carentoir).

<sup>15</sup> Source : projet d'établissement.

<sup>16</sup> Supérieur à ceux des CH de Vitré et de Redon.

L'engagement dans une stratégie de collaboration active avec le CHU de Rennes constitue pour le CHF une priorité. Cette politique s'est traduite par la mise en place de consultations de spécialités en cardiologie, la signature d'une convention d'association pour les chimiothérapies en pneumologie, des recrutements de praticiens partagés en gastroentérologie et aux urgences, la mise en place de fédérations médicales inter-hospitalières en périnatalité et pour les pathologies digestives, ainsi que de nouveaux partenariats en médecine du travail et en médecine interne.

### 1.3.5 Les autres coopérations médico-administratives

Deux fédérations médicales inter-hospitalières engagent le CHU de Rennes et les CH de Redon, Vitré et Fougères sur les filières digestives et les filières pédiatrie et périnatalité.

Situé à proximité de Fougères, le CH des Marches de Bretagne développe une activité de médecine, de SSR générale et spécialisée, et d'Ehpad/USLD sur ses différents sites<sup>17</sup>. Il est partie prenante de la filière gériatrique et gérontologique du Pays de Fougères.

Le CH de Vitré est un partenaire privilégié pour la mise en œuvre de certaines mutualisations de moyens ou de compétences : praticiens ou équipes partagées, activités logistiques ou médicotecniques. Sur le plan médical, une réflexion a été menée dans le champ de la permanence des soins, ou de fédérations médicales inter-hospitalières conjointes avec le CHU de Rennes.

Le CHF collabore également avec le CH Guillaume Régnier pour la prise en charge des patients psychiatriques, notamment en ce qui concerne les urgences psychiatriques, ce qui se traduit par une articulation avec l'équipe d'infirmiers spécialisés de l'hôpital de jour et un passage quotidien des psychiatres de l'équipe de liaison. Une coopération avec l'association Le Parc est par ailleurs envisagée afin de mieux répondre aux besoins des enfants présentant des déficiences neurocomportementales ou auditives.

Le CHF cherche en outre à structurer ses relations avec le centre régional de lutte contre le cancer dans le cadre de la prise en charge de certains cas complexes.

En définitive, la chambre constate que le CHF est engagé dans la coopération médicale, tant au sein de son GHT qu'avec les autres établissements de santé du département. L'activité du CHF apparaît donc fortement conditionnée à son positionnement au sein des différentes filières de soins ainsi créées et à la logique des réseaux médicaux locaux, en particulier dans le domaine des filières gériatriques.

---

<sup>17</sup> Antrain, Saint-Brice-en-Coglès, Saint-Georges-de-Reintembault.

## 2 PILOTAGE ET GESTION ADMINISTRATIVE

### 2.1 Un contrôle de gestion effectif mais devant être redynamisé

Le CHF utilise les outils classiques et obligatoires du contrôle de gestion hospitalier, tel le retraitement comptable (RTC)<sup>18</sup>.

Les comptes de résultats analytiques (CREA) utilisés jusqu'en 2019 ont ainsi permis de mettre en évidence des centres de coûts importants (pôle 2 et pôle 4 correspondant respectivement à la chirurgie et l'obstétrique), avec des déficits de plusieurs millions d'euros. Ces informations ne sont toutefois plus disponibles depuis 2020 et l'analyse des coûts d'activité n'est plus réalisée de manière satisfaisante au sein de l'établissement. Dans un contexte d'accumulation des déficits budgétaires depuis plusieurs années, la disparition des CREA nuit à l'identification des zones de faiblesses et des coûts associés.

**La chambre invite le CHF à renforcer le suivi formalisé de ses centres de coûts, qui est insuffisant. À cet égard, le rétablissement des CREA apparaît indispensable.**

En réponse aux observations provisoires, le CHF a indiqué avoir mis en place une méthode d'analyse de ses marges opérationnelles<sup>19</sup>, axée sur la performance. La chambre rappelle cependant que les CREA demeurent indispensables pour évaluer les centres de coûts et apparaissent davantage adaptés à la construction budgétaire.

**Recommandation n° 1 Rétablir dès 2023 les comptes de résultats analytiques pour les différents pôles d'activité.**

### 2.2 Un projet d'établissement 2022-2026 formalisé mais incomplet

En vertu de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF), le projet d'établissement, dont l'adoption est obligatoire, doit définir des objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement. Même si son existence est antérieure à celle des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), le projet d'établissement constitue un prolongement logique de cette contractualisation. À ce titre, depuis 2015, il doit préciser les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des CPOM.

<sup>18</sup> Le RTC est utilisé par la direction financière du CHF. Le coût à la journée des sections d'analyse est comparé avec l'année précédente et les moyennes nationales. Les coûts des clés de ventilation et des unités d'œuvre sont eux aussi analysés annuellement.

<sup>19</sup> Marge opérationnelle = recettes directes – charges directes – charges induites. Un besoin de marge correspondant au reste à financer est déterminé au niveau de l'établissement, complété par un taux cible (besoin de marge sur recettes diverses ventilées) et un taux de marge opérationnelle par pôle et centre de responsabilité.

Au cours de la période sous revue, deux projets d'établissement ont trouvé à s'appliquer, le premier couvrant les années 2015-2019 et le second les années 2022-2026. S'agissant de ce dernier, c'est la crise sanitaire en 2020 qui a conduit le CHF à en retarder la mise en œuvre.

La procédure d'élaboration concertée au sein du CHF a permis de construire la carte d'identité actuelle de l'établissement en identifiant ses forces et faiblesses. Bien que l'actuel projet d'établissement soit clair et structuré de manière cohérente, à l'instar des CPOM qui lui sont associés, il appelle deux remarques.

En premier lieu, ses différents volets<sup>20</sup> (projet médical, schéma directeur immobilier...) ne comportent pas d'indicateurs permettant une évaluation des objectifs fixés. En second lieu, il n'intègre aucun volet financier. Or, un tel volet permettrait à l'hôpital de mieux planifier les moyens d'hospitalisation, en personnel comme en équipement, nécessaires à la réalisation de ses objectifs, notamment dans la perspective immobilière.

**Recommandation n° 2 Insérer au projet d'établissement un volet financier pluriannuel permettant de prévoir les moyens d'hospitalisation, en personnel comme en équipement, nécessaires à la réalisation des objectifs de l'hôpital.**

## 2.3 Les ressources humaines

### 2.3.1 Des effectifs croissants

#### 2.3.1.1 Personnel médical

Globalement, les effectifs médicaux (internes compris) ont progressé de 14,8 % entre 2017 et 2022. Ils s'élevaient à 80 ETP rémunérés (ETPR), tous services confondus, en 2022.

Les évolutions sont contrastées. La baisse tendancielle des personnels permanents entre 2017 et 2022 (-9,5 %), s'est en effet accompagnée d'une forte augmentation des effectifs non permanents (+54 %), du fait des recrutements de contractuels à l'occasion de la crise sanitaire en 2020 et 2021 et de l'accroissement continu de l'intérim médical, sous forme de contrats de placement de gré à gré.

La politique de postes partagés dans le cadre du GHT est par ailleurs venue compenser la dégradation continuelle du nombre de personnels permanents. En 2021, 6,90 ETP de praticiens employés par d'autres établissements ont ainsi été mis à disposition du CHF, soit une proportion de 8,8 % en ETPR par rapport à son effectif total de personnels médicaux. La chambre invite le CHF à mieux détailler ces postes partagés au sein de ses bilans sociaux (personnels mis à disposition, personnels reçus au sein de l'établissement, coûts afférents...).

---

<sup>20</sup> Le projet social comporte certes un plan d'actions mais aucun indicateur chiffré n'est prévu.

L'âge moyen du personnel médical est stable, aux alentours de 50 ans<sup>21</sup>. Dans le détail, les praticiens attachés associés (63,5 ans en moyenne), les praticiens attachés ainsi que des praticiens hospitaliers à temps plein sont vieillissants, à l'inverse des praticiens contractuels.

### 2.3.1.2 Le personnel non médical

Les effectifs non médicaux s'élèvent à 820,85 ETPR, tous services confondus, en 2022. Leur progression globale est de 5,9 % entre 2017 et 2022, les effectifs permanents (titulaires et contrats à durée indéterminée) ayant augmenté de 4,8 % et les contractuels de courte durée de 54,7 %. S'agissant de ces derniers, leur progression s'explique notamment par la crise sanitaire et la disparition en 2018 des contrats aidés.

Les personnels de soins constituent l'essentiel des effectifs (plus de 70 % en 2022).

Les contractuels, de courte et de longue durée, représentent 24 % de l'ensemble des personnels non médicaux en 2022, une part identique à celle de 2017.

La crise sanitaire a conduit à créer une unité infectieuse spécifique dès 2020, avec une augmentation du capacitaire qui a nécessité des renforts en personnel de soins, tant pour le traitement des patients que pour pallier les absences d'agents de l'établissement.

Le CHF a établi une évaluation<sup>22</sup> formalisée des points forts et des points faibles recensés à l'occasion de la crise sanitaire. Il en ressort qu'il est parvenu à s'organiser sans conséquences notables, même si les capacités d'hospitalisation en médecine ont dû être fortement mobilisées (jusqu'à 40 % du capacitaire au plus fort de la vague).

Cette situation a néanmoins généré un recours coûteux à l'intérim, avec notamment 735 journées en 2020 qui ont concerné 3,55 ETPR et représenté un coût de 224 229 €. À titre de comparaison, ces dépenses n'étaient que de 69 324 € en 2019.

## 2.3.2 La gestion des effectifs

### 2.3.2.1 Les difficultés de recrutement et de pérennisation

Le CHF est confronté à de réelles difficultés quant à la pérennité de son personnel médical, notamment avec la perte de spécialistes. En 2022, l'hôpital a dû ainsi faire face au départ de trois de ses quatre gastro-entérologues, alors que la population du bassin de Fougères est vieillissante et concernée par les pathologies du système digestif. Les difficultés de recrutement de médecins touchent de nombreuses autres spécialités (radiologie, urgences, anesthésie, gynécologues-obstétriciens, pneumologie...) et nécessitent le recours régulier à l'intérim.

<sup>21</sup> 47,5 ans en âge moyen en 2020 (cf. bilan social).

<sup>22</sup> Synthèse CREX Covid 2020.

Cette situation<sup>23</sup> affecte également les personnels de soins, notamment pour les infirmiers diplômés d'État (IDE), comme le retracent les bilans sociaux. L'hôpital est ainsi confronté à une pénurie de sages-femmes, qui bénéficient de conditions contractuelles plus intéressantes dans des établissements de plus grande taille, tels les CHU et les structures privées, sur lesquelles le CHF ne peut s'aligner, que ce soit en termes de durée de contrat ou de rémunération.

En réponse aux observations provisoires, le CHF a indiqué que pour tenter de résorber ces difficultés, il avait déployé un plan d'attractivité et de fidélisation dans le cadre de son projet social 2022-2026.

### 2.3.2.2 L'absentéisme

Le taux d'absentéisme global pour le personnel non médical reste à un niveau raisonnable, inférieur à 7 %.

Il convient toutefois de relever que l'absentéisme pour motif médical des personnels soignants<sup>24</sup> a significativement augmenté lors de la crise sanitaire (6,3 % en 2019, 8,1 % en 2020). De même, l'absentéisme pour maladie avec carence<sup>25</sup> est passé d'environ 9 000 jours chaque année à 11 272 en 2021, conséquence de la crise sanitaire. Pour la maladie ordinaire, 3 180 journées d'absence ont été enregistrées en 2020, alors que ce motif d'absence était insignifiant depuis 2017.

Les arrêts liés aux accidents du travail ont également connu une progression importante jusqu'en 2021 (+50 % entre 2017 et 2020, soit +500 jours), mais depuis lors, ceux-ci ont régressé pour retrouver leur niveau de 2017.

Le recrutement de personnels non médicaux intérimaires au cours de la période sous revue est à mettre en parallèle avec ces données.

### 2.3.2.3 Des primes et indemnités à encadrer

L'examen des primes et indemnités conduit la chambre à dresser le constat d'une gestion globalement satisfaisante en la matière. Certaines anomalies ont néanmoins été identifiées.

---

<sup>23</sup> La stabilisation de l'effectif kinésithérapeute est notamment difficile.

<sup>24</sup> Le chiffre n'est que de 4 % pour les personnels médicaux, stable sur la même période.

<sup>25</sup> Le code de la sécurité sociale définit le délai de carence comme la période de temps comprise entre le premier jour d'un arrêt maladie et le jour à partir duquel le salarié malade aura le droit de percevoir des indemnités journalières.

Il est en effet constaté que des primes et indemnités sont versées à tort à des agents non titulaires : prime spécifique<sup>26</sup>, prime de technicité<sup>27</sup>, indemnité forfaitaire et technique<sup>28</sup>. Le CHF a confirmé que trois agents contractuels percevaient encore la prime spécifique en 2022, de même que deux agents étaient concernés par la prime de technicité et deux autres par l'indemnité forfaitaire et technique.

**La chambre invite le centre hospitalier à régulariser ces situations ponctuelles.**

**Recommandation n° 3 Mettre fin au versement irrégulier de la prime spécifique, de la prime de technicité et de l'indemnité forfaitaire technique aux agents contractuels.**

#### 2.3.2.4 Des indemnités de déplacement injustifiées

Le contrôle de la chambre a porté sur les indemnités de déplacement kilométriques des médecins les plus significatives concernant les exercices 2019 et 2020.

Il en ressort que de nombreuses erreurs ou anomalies affectent les états de frais payés à quatre médecins : absence de signature des intéressés, absence d'identification du véhicule personnel utilisé (seule la puissance fiscale est déclarée), absence d'identification des intéressés eux-mêmes (informations individuelles manquantes), déclarations parfois erronées dans la distance déclarée (pour un médecin) ou encore application de mauvais barèmes.

**Au regard des anomalies constatées, la chambre invite le centre hospitalier à un contrôle strict du traitement des frais de déplacement avant leur liquidation.**

En réponse aux observations provisoires, l'établissement a déclaré avoir mis en place un contrôle de ces frais au sein de la direction des affaires médicales. La chambre rappelle que l'efficacité de ce contrôle est conditionnée à la production systématique par les intéressés de l'ensemble des justifications requises par la réglementation et à la vérification de leur cohérence.

**Recommandation n° 4 Procéder au contrôle des états de frais de déplacement lors de leur liquidation, en veillant notamment à la production de l'ensemble des justifications requises par la réglementation et à leur cohérence.**

<sup>26</sup> L'article 1 du décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988, relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents dispose que « *les fonctionnaires titulaires et stagiaires (...) perçoivent une prime spécifique mensuelle dont le montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la fonction publique et du budget* ». Il en découle, a contrario, que les agents non titulaires n'entrent pas dans le champ des bénéficiaires de cette prime.

<sup>27</sup> L'article 1 du décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 dispose que « *les ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires bénéficient d'une prime de technicité payable mensuellement à terme échu* ». Il en découle, a contrario, que les ingénieurs contractuels n'entrent pas dans le champ des bénéficiaires de cette prime.

<sup>28</sup> L'article 1 du décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 dispose que « *Les techniciens et techniciens supérieurs titulaires ou stagiaires régis par le décret du 27 juin 2011 susvisé bénéficient d'une indemnité forfaitaire technique payable mensuellement à terme échu* ». Il en découle, a contrario, que les agents non titulaires n'entrent pas dans le champ des bénéficiaires de cette prime.

## 2.4 Le système d'information

### 2.4.1 Une dynamique inscrite dans le cadre du GHT

#### 2.4.1.1 Evolution de la gouvernance

Le fonctionnement du service informatique du CHF s'inscrit dans une démarche d'intégration progressive au sein du GHT Haute Bretagne. À titre complémentaire, le CHF procède néanmoins à la mise en œuvre de procédures qui lui sont propres.

Sur l'ensemble de la période sous contrôle, l'établissement était doté d'un schéma directeur du système d'information (SDSI). Le SDSI 2015-2019 a permis de dresser l'état des lieux, en pointant les forces et faiblesses et en listant un certain nombre d'objectifs, pour la plupart atteints totalement ou partiellement.

Depuis 2019, le CHF s'inscrit dans le seul cadre du SDSI 2018–2022 élaboré par le GHT. Il est notamment copilote dans quatre projets, dont deux ayant trait à l'identité nationale de santé (INS) et à la gestion des identités et accès (IAM<sup>29</sup>).

#### 2.4.1.2 Les procédures locales et l'organisation interne

Le service informatique est composé d'une directrice adjointe (0,2 ETP affecté au SI), de deux ingénieurs en chef (2 ETP), trois techniciens supérieurs (3 ETP), pour un total de 5,2 ETP<sup>30</sup> en 2023. Cet effectif est en baisse<sup>31</sup> puisqu'il représentait 6,2 ETP en 2021 et 5,85 ETP en 2022. Son budget s'élève à 1,3 M€ en fonctionnement (+16 % entre 2019 et 2022) et 0,4 M€ en investissement<sup>32</sup>.

Le plan de reprise de l'activité<sup>33</sup> (PRA) a fait l'objet d'une actualisation récente, le 20 décembre 2020. Il apparaît clair et aisément exécutable. Parallèlement, les fonctions de délégué à la protection des données à caractère personnel et de responsable de sécurité du système d'information (RSSI) sont bien assurées.

Trois chartes ont été rédigées, afin de sensibiliser les différents acteurs à l'utilisation du système informatique : utilisateurs en 2018, administrateurs en 2019, fournisseurs et prestataires en 2020.

<sup>29</sup> La solution IAM permet de gérer les identités des utilisateurs du SIH (territorial et local) à partir des données saisies dans le logiciel RH (Agirh). Au niveau GHT, les identités sont rapprochées et consolidées en une « identité GHT » unique (pour les personnels intervenant sur plusieurs sites). La solution permet de définir des matrices de droits et, selon le profil et le lieu d'exercice de l'agent, de créer automatiquement les droits d'accès aux applications informatiques. Elle permet également de modifier les droits en cas de changement et de fermer les comptes automatiquement lors du départ des agents.

<sup>30</sup> Un des deux ingénieurs est chargé de la gestion du dossier patient informatisé (DPI), en lien avec un médecin référent et un cadre de santé référent (30 %).

<sup>31</sup> Fin du poste d'apprenti.

<sup>32</sup> Le montant effectif de l'investissement s'est élevé à 0,3 M€ en 2020 mais seulement à 0,15 M€ en 2021, du fait du contexte sanitaire.

<sup>33</sup> Ce document opérationnel formalise un ensemble de procédures (techniques, organisationnelles, sécurité) qu'une structure met en œuvre pour reconstruire et remettre en route un système d'information en cas de sinistre important ou d'incident critique. Il est assorti d'une liste des référentiels documentaires et de leur localisation sur les serveurs.

Deux comités spécifiques complètent le dispositif local :

- un comité de pilotage qui couvre l'ensemble du périmètre et notamment la sécurité du système d'information ;
- un comité de suivi du dossier patient informatisé (DPI), incluant des médecins, qui traite notamment des besoins que font remonter les utilisateurs.

Si les procédures et l'organisation apparaissent correctement structurées, des points restent à améliorer. Ainsi, les fiches de poste ont été rédigées en 2018 et leur période de validité courrait jusqu'en février 2021. Il apparaît donc nécessaire de les actualiser. Par ailleurs, la formation des personnels présente un bilan contrasté : si trois agents (dont les deux ingénieurs) ont bénéficié d'un volume significatif de formations, tel n'est pas le cas des deux techniciens. Au surplus, la période des confinements liés à la crise sanitaire a conduit l'établissement à réduire le volume des formations suivies.

## 2.4.2 La sécurité informatique

### 2.4.2.1 Une gestion des incidents perfectible

Le logiciel GLPI (gestionnaire libre de parc informatique) est utilisé pour la gestion des incidents liés à l'utilisation du système d'information. L'utilisateur doit saisir sa demande par messagerie électronique ou directement via l'application GLPI, ce qui débouche sur la création d'un ticket par le service informatique. Après résolution de l'incident par l'intervention d'un technicien, le ticket est clos.

Une grande partie des incidents fait cependant l'objet de sollicitations hors GLPI, que ce soit par mail, par téléphone, ou passage dans le service. Selon un sondage effectué par le CHF en juin 2022, ce sont 40 % des sollicitations qui n'ont pas donné lieu à saisie dans GLPI par les utilisateurs.

Cette situation peut générer des difficultés pour répondre efficacement aux sollicitations, notamment dans la gestion des urgences techniques.

En réponse aux observations provisoires, le CHF a indiqué travailler à l'amélioration du traitement des tickets, afin de traiter les urgences en priorité.

### 2.4.2.2 L'organisation des astreintes

Le règlement<sup>34</sup> rédigé par le CHF portant sur l'organisation de l'astreinte informatique indique que « *le seul objectif de l'astreinte informatique est d'assurer la continuité de la prise en charge médicale des patients par le maintien en condition opérationnelle des logiciels et matériels du SIH au cœur du processus de soins des patients en dehors des horaires standard du support informatique* ».

---

<sup>34</sup> Version 3 du 31 mai 2017.

Pour l'année 2021, sur 41 interventions enregistrées, 19 seulement correspondaient au périmètre de l'astreinte prévu par ce règlement<sup>35</sup>. La majorité des interventions portaient sur l'application Sillage et le matériel.

Si la chambre constate favorablement l'existence d'un règlement des astreintes informatiques complet, ainsi que de documents attestant de leur suivi, elle invite le CHF à veiller à leur cadrage.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement s'est engagé à mettre à jour les documents relatifs à l'astreinte et à les diffuser aux administrateurs de garde afin de mieux respecter le périmètre défini.

#### 2.4.2.3 La sécurité des données

L'examen par la chambre du parc informatique fait ressortir que 88 % des postes fonctionnent sous Windows 10, soit un résultat très satisfaisant quant à la sécurité des mises à jour et des réseaux. Par ailleurs, les quelques postes qui fonctionnent toujours sous Windows XP, générateurs de risques, ne sont pas reliés au réseau afin de préserver sa sécurité.

Les salles des serveurs, verrouillées par un système de digicode, sont organisées « en redondance » et séparées physiquement par sécurité. Le système de sauvegarde permet les duplications de données et une sauvegarde quotidienne est également effectuée sur un support physique, sous forme de bande.

La chambre note également l'absence d'une procédure formalisée en lien avec la direction des ressources humaines afin de désactiver les droits et accès des agents ayant quitté l'hôpital. Il existe cependant une revue des comptes que le CHF indique réaliser tous les trois mois, tandis qu'une solution développée dans le cadre du GHT porterait, à terme, sur la fermeture automatique de comptes pour les agents sortants.

### 2.4.3 L'absence de mutualisation avec le CH des Marches de Bretagne

En dépit de leur direction commune et de leur proximité géographique, le CH de Fougères et le CH des Marches de Bretagne n'ont pas mis en place de coopération formalisée en matière informatique. Il est ainsi constaté que les astreintes ne sont pas mutualisées.

L'un des freins au rapprochement avec le CHF tient à l'absence d'interopérabilité des applications<sup>36</sup> utilisées en matière de gestion du dossier patient informatisé (DPI), qui est un domaine d'intervention prioritaire pour les deux établissements. Pour autant, il revient aux deux établissements de prendre les dispositions permettant d'enclencher une coopération ou une mutualisation en matière informatique, dans la mesure où la gouvernance unique et l'adoption d'un DPI commun figurent parmi les objectifs du GHT.

---

<sup>35</sup> 13 interventions ne relevaient pas de l'astreinte et neuf ne portaient aucune indication à ce sujet.

<sup>36</sup> Le CHF utilise en effet la solution « Sillage » développée par le SIB et le CHMB « Osiris », édité par Corwin.

### 3 UNE ACTIVITE HOSPITALIERE EN BAISSSE ET FORTEMENT CONCURRENCEE

#### 3.1 Une baisse de l'activité

Traduite en nombre de séjours<sup>37</sup>, l'activité d'hospitalisation de l'établissement décline globalement au cours des dernières années. En dépit du redressement constaté par rapport à 2020, le niveau de 2021 demeure inférieur à celui d'avant-crise (2019).

L'hospitalisation complète<sup>38</sup> (HC) a régressé à l'inverse de l'ambulatoire<sup>39</sup>. La chambre constate ainsi, au regard du PMSI<sup>40</sup>, une augmentation de la part des séjours en J (ambulatoire) et de celle des séjours en T (très courte durée).

La valorisation de l'activité (T2A) est en hausse, puisqu'elle est passée de 29,7 M€ en 2019 à 30,6 M€ en 2021. Ce constat est cependant à relativiser<sup>41</sup>, les tarifs ayant augmenté de 7,7 % au 1<sup>er</sup> mars 2021, à raison de 0,2 % d'évolution des tarifs de base et de 7,5 % pour la prise en compte des mesures Ségur. L'effet prix a donc fortement joué dans la valorisation de l'activité, ainsi que la garantie financière mise en place par le gouvernement dans le cadre de la crise sanitaire.

Le référentiel Hospidiag confirme les tendances précitées en termes d'activité, en même temps qu'il donne à voir une faiblesse de l'obstétrique : baisse du nombre de résumés de sortie anonyme (RSA) en HC, insuffisance<sup>42</sup> du nombre d'accouchements (696 en 2021, 743 en 2022).

L'activité d'accueil des urgences, qui trouve notamment sa source dans une démographie fragile de la médecine de ville, reste soutenue. Elle s'établit en moyenne en 2018, 2019 et 2021, à 27 900 passages par an<sup>43</sup>.

Ce faisant, l'activité du CHF reste dépendante des entrées en urgence plutôt que de l'activité programmée.

<sup>37</sup> Hors IVG, qui représente un séjour spécifique.

<sup>38</sup> « Une nuit ou plus ».

<sup>39</sup> « 0 nuit » et séance.

<sup>40</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information. Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information.

<sup>41</sup> Entre 2020 et 2021, 5,8% de la progression sont liés à la hausse tarifaire.

<sup>42</sup> Selon les données du ministère de la santé, le seuil de rentabilité en maternité est de 1 200 accouchements par an et le seuil d'interdiction d'activité de 350.

<sup>43</sup> 26 465 passages aux urgences ont été comptabilisés en 2021.

### 3.2 Les indicateurs de performance : une activité ciblée

La part des groupes homogènes de malades (GHM) de sévérités les plus faibles<sup>44</sup> diminue à l'inverse des cas plus lourds de sévérité 3. Cette situation révèle un vieillissement<sup>45</sup> de la patientèle, plus porteuse en soi de pathologies lourdes.

Cinq types de pathologies représentent plus de 50 % des séjours en catégorie majeure de diagnostic (CMD), sur les 25 types considérés :

- tube digestif (16,17 % des séjours en CMD) ;
- traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (10,46 %) ;
- appareil circulatoire (9,68 %) ;
- appareil respiratoire (7,76 %) ;
- grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum (7,27 %).

Ainsi, plus de la moitié des séjours CMD enregistrés par l'hôpital concernent un faible nombre de pathologies qui sont pour l'essentiel caractéristiques d'une patientèle âgée : traumatismes de l'appareil musculosquelettique, appareil circulatoire, appareil respiratoire.

Si les indicateurs de performance font ressortir une hausse du taux de chirurgie ambulatoire (53,4 % en 2020, 54,8 % en 2021), l'hôpital reste loin des objectifs officiels<sup>46</sup>.

La durée moyenne de séjour (DMS) en médecine et en chirurgie est en baisse en 2021 (respectivement -0,32 jours et -0,28 jours en chirurgie), à l'inverse de celle de l'obstétrique qui augmente. Les indices de performance de DMS (IP-DMS) permettant de comparer la DMS de l'établissement aux DMS de référence nationale selon l'activité considérée (médecine, obstétrique, etc.) s'améliorent<sup>47</sup> : celui de médecine qui était supérieur à 1,1 en 2019 et 2020, diminue à 1,08 en 2021 (un IP-DMS supérieur à 1 signifie que les durées de séjour sont en moyenne plus longues que pour l'ensemble des établissements). Pour la chirurgie, si l'IP-DMS est en baisse, il reste cependant largement supérieur à 1. En obstétrique l'IP DMS se situait à 1,02 en 2021.

### 3.3 Les parts de marché : un hôpital très concurrencé

Le CHF ne représente que 40 % des parts de marché de sa zone d'attractivité pour la chirurgie en hospitalisation complète. Il est directement concurrencé par le CHU de Rennes qui réalise 21 % de parts de marché sur cette zone et les établissements de santé privés, à l'instar du CHP de Saint-Grégoire qui réalise 10 % de parts de marché.

<sup>44</sup> Au sein de chaque racine de GHM, on distingue quatre niveaux de sévérité (niveau 1 : sans sévérité, niveaux 2, 3 et 4 : avec sévérité). Ces niveaux sont fonction de la lourdeur des cas qui est déterminée par les diagnostics associés appelés CMA (comorbidités associées).

<sup>45</sup> Selon le rapport d'activité 2021, les patientes de plus de 70 ans représentent presque 4 hospitalisations de femmes sur 10. Concernant les hommes, 65% des patients ont 50 ans ou plus, la part des plus de 70 ans étant de 35,5%.

<sup>46</sup> Le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire avait initialement arrêté un objectif de 54,7 % en 2016 et 66,2 % en 2020.

<sup>47</sup> Une IP-DMS au-dessus de 1 montre une DMS supérieure aux DMS nationales pour la même lourdeur de séjour.

En chirurgie ambulatoire, CHF ne dépasse pas 22 % de parts de marché, très concurrencé également par le secteur rennais, avec l'hôpital privé de Sévigné (23 %), le CHP Saint-Grégoire (16 %), l'hôpital privé de la Baie (14 %) et le CHU de Rennes (8 %). Les établissements privés précités représentent plus de 50 % des parts de marché.

Le CHF reconnaît<sup>48</sup> une situation préoccupante en chirurgie, avec un taux de fuite vers Rennes avoisinant les 70 %.

La situation est similaire<sup>49</sup> dans le domaine de la cancérologie, où le CHF ne réalise pas plus de 40 % de parts de marché et seulement 2 % pour les séances de chimiothérapie.

Le CHF reste cependant dominant en médecine, avec 60 % de parts de marchés, suivi de loin par le CHU de Rennes (20 %). Il en va de même en obstétrique<sup>50</sup>, où le CHF réalise également 60 % de parts de marché.

Le CHF est donc un établissement fortement concurrencé par le secteur rennais, notamment dans les domaines ambulatoire et chirurgical.

---

<sup>48</sup> Entretien de fin de contrôle du 8 novembre 2022.

<sup>49</sup> Le secteur privé et rennais domine en la matière, en premier lieu le Centre E. Marquis avec son rayonnement régional.

<sup>50</sup> Les CH des départements voisins de Nord Mayenne et d'Avranches figurent parmi les cinq premiers concurrents du CHF.

## 4 GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE

### 4.1 Fiabilité des comptes

L'hôpital gère un budget principal et six budgets annexes (B (USLD), E (Ehpad), P0 (alcoologie), P1 (centre de santé), P2 (centre de santé Louvigné) et C (écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes).

Les vérifications effectuées par la chambre n'ont pas conduit à relever d'anomalies significatives. Seules quelques remarques, développées en ce qui suit, sont à formuler et mériteront des actions correctives.

#### 4.1.1 Des EPRD votés en déséquilibre

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 états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) 2017 à 2022 ont été votés en déséquilibre. Par ailleurs, 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 chambre rappelle que la définition d'un budget à l'équilibre doit rester la norme, les situations de déficit étant strictement encadrées par le CSP.

**Recommandation n° 5      Etablir les états prévisionnels de recettes et de dépenses à l'équilibre, conformément à l'article R. 6145-11 du code de la santé publique.**

#### 4.1.2 Une anomalie dans le recensement d'un emprunt à l'annexe BI-8 des comptes financiers

L'annexe BI-8 des comptes financiers retrace un encours négatif. Cette anomalie concerne le contrat n° 3118729368 ARKEA (-20 000 €) et trouve son origine dans une erreur de rattachement d'un mandat d'échéance à ce numéro d'emprunt, ce qui génère la création d'une nouvelle ligne comportant un montant négatif.

Ce constat traduit un contrôle insuffisant de l'amortissement des lignes d'emprunt et des annexes au budget.

Il convient de rectifier l'annexe afin d'afficher la situation exacte de l'encours de cet emprunt, en liaison avec le comptable public.

### 4.1.3 La gestion des provisions

Le niveau des provisions augmente chaque année, passant de 7,78 M€ en 2017 à 11,2 M€ en 2021.

65 % du solde<sup>51</sup> est constitué de provisions réglementées (compte 142) destinées au renouvellement des immobilisations, pour un montant de 7,27 M€ en 2021.

La provision réglementée pour renouvellement des immobilisations n'a pas le même objet qu'une provision classique : elle repose sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements.

Sur les 7,27 M€ composant le solde du compte 142 en 2021, 6,36 M€ concernent l'opération de reconstruction du CHF, achevée en 2015, dont le montant s'est élevé à 42 M€. Cette opération a été financée par l'emprunt à hauteur de 41,6 M€ et par une aide totale de l'ARS sous la forme d'une aide en exploitation de 1,4 M€ par an pendant 20 ans (dernier versement prévu en 2025). L'objectif de la provision constituée est d'atténuer le poids des charges d'amortissements et des frais financiers entre 2026 et 2055, par le jeu de reprises annuelles.

Le CHF dispose ainsi de plus de 6 M€ de provisions réglementées pour renouvellement à son bilan, alors qu'il présente des résultats déficitaires (cf. infra). Au demeurant, de telles reprises ont déjà été effectuées par le passé, entre 2011 et 2016, pour un montant global de 2,9 M€.

La chambre rappelle qu'aux termes de l'instruction budgétaire et comptable M21, « *L'établissement doit reprendre de sa propre initiative les provisions dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement et/ou financières débute. La reprise de la provision au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou des charges financières liés aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice. La reprise s'opère selon les modalités définies par l'ARS ou à défaut, par l'établissement. Elle doit être achevée à la fin de la durée d'utilisation du bien.* ». Le CHF doit mettre en œuvre ces dispositions.

**Recommandation n° 6 Procéder à une reprise de provision sur le compte 142 à hauteur des amortissements, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.**

### 4.1.4 Des comptes d'attente à apurer en recettes

Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé, au moment où elles doivent être enregistrées, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif.

<sup>51</sup> Un peu moins d'un tiers (30 %, soit 3,3 M€) consistent en des provisions pour les comptes épargne temps (c/153). Les provisions pour risques et charges représentent 4 % de l'ensemble des provisions.

La chambre constate une augmentation significative<sup>52</sup> des montants de recettes à régulariser à partir de l'exercice 2020 (1,1 M€ en 2020, 1,2 M€ en 2021).

Au vu des sommes en jeu (plus d'un million d'euros) et de la situation financière du CHF, la chambre l'invite à régulariser la situation dans les meilleurs délais en procédant à l'imputation définitive sur les comptes de produits.

## 4.2 Des évolutions budgétaires préoccupantes

### 4.2.1 Les aides de l'ARS : un soutien vital

Les taux d'exécution du budget principal, tant pour les charges que pour les produits sont systématiquement supérieurs à 100 %.

Le résultat global de l'établissement est structurellement négatif, avec un déficit annuel qui oscille entre 2 M€ et 3 M€ chaque année. Sur la période 2017-2021, le déficit cumulé s'élève à 10 M€. En outre, ce résultat intègre 6 M€ d'aides non reconductibles de l'ARS, composées pour l'essentiel par le soutien financier en fin d'exercice (environ 1 M€ par an jusqu'en 2020), les aides Covid et les aides du Ségur de la santé.

En dépit de ces aides, les charges du budget principal ont progressé plus vite (17,4 %) que les produits (15 %) entre 2017 et 2021, avec à la clé un différentiel de 2,4 points. Les budgets annexes n'ont permis d'atténuer<sup>53</sup> que partiellement le déficit du budget principal, notamment avec l'Ehpad.

La crise sanitaire a généré 2,6 M€ de coûts supplémentaires en 2020 et 3,3 M€ en 2021. Ceux-ci ont été largement compensés par les aides de l'ARS qui, tous budgets confondus, se sont élevées à 3 M€ en 2020 et 3,7 M€ en 2021. Des financements plus modestes ont également été accordés pour l'investissement : 0,1 M€ en 2019, 0,4 M€ en 2020 et 0,6 M€ en 2021.

### 4.2.2 Les centres de coûts identifiés

#### 4.2.2.1 L'accroissement des charges de personnel

Depuis 2017, les charges de personnel, qui intéressent essentiellement le budget principal et les budgets annexes USLD et Ehpad, sont passées de 45 M€ à 55 M€. Le budget principal a ainsi enregistré une progression de 25 % de ces charges entre 2017 et 2021.

---

<sup>52</sup> Les justificatifs 2020 transmis par le CHF font apparaître que la quasi-totalité du solde est constitué par le versement d'une dotation de la caisse-pivot.

<sup>53</sup> Hormis le budget USLD qui est également constamment déficitaire.

Cette hausse trouve notamment son origine dans les mesures de revalorisation salariales et indemnitaires intervenues depuis 2020 : condition de l'affectation en permanence aux urgences pour la prime de risques, création de la prime grand âge, attribution de la prime exceptionnelle Covid versée en juillet 2020 (0,52 M€), mise en place du complément de traitement indiciaire à compter de septembre 2020 (0,61 M€). Elle s'explique également par la majoration des heures supplémentaires Covid, la poursuite de la revalorisation des grilles au titre du dispositif « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR), ainsi que par l'effet glissement vieillesse technicité (GVT) qui s'est notamment traduit par le doublement des ratios d'avancement pour certains grades.

En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier a indiqué que cet accroissement des dépenses entre 2017 et 2021 s'expliquait principalement par les facteurs suivants : 3,1 M€ de complément de traitement indiciaire ; 0,16 M€ de prime grand âge, 0,9 M€ de coût de personnel affecté au centre de vaccination, 1,2 M€ de coût de personnel lié à la crise sanitaire et 2,2 M€ de dépenses d'intérim médical. Il estime que sans cela, l'évolution de ces charges se serait limitée à 5,3 % sur quatre ans.

#### 4.2.2.2 Les dépenses d'intérim

De 2017 à 2021, le coût cumulé du recours à l'intérim s'est élevé à 12,4 M€. Sa progression est plus que conséquente sur les cinq dernières années : +145 % pour le personnel médical (1,5 M€ en 2017, 3,7 M€ en 2022) et +452 % pour le personnel non médical.

Pour le personnel non médical, la progression de l'intérim est concentrée sur les années 2020 et 2021, sur les budgets principal, Ehpad et USLD, en lien avec la crise sanitaire. Son coût est passé de 0,05 M€ en 2017 à 0,26 M€ en 2021.

Le CHF a mis en place, au sein de la direction des affaires médicales, une procédure formalisée de contrôle des compétences et des diplômes des personnels intérimaires recrutés<sup>54</sup>. La commission médicale d'établissement (CME) n'est pas directement associée à cette procédure de contrôle, qui incombe au chef de service ou de pôle associé au recrutement et à la validation des compétences présentées.

Si le CHF a bien souscrit au marché<sup>55</sup> régional régi par le GHT, il a toutefois décidé de recourir à des contrats de gré à gré, notamment dans les spécialités anesthésie et urgences. En réponse aux observations provisoires, il a indiqué que cette pratique était liée aux montants des tarifs réclamés par les praticiens contractuels.

**En définitive, la chambre constate que le CH de Fougères a dû procéder au recrutement de médecins intérimaires par la voie contractuelle, hors des plafonds réglementaires et du marché régional.**

#### 4.2.2.3 Les pôles médicaux

Les CREA établis par le CHF jusqu'en 2019 permettent d'identifier les secteurs rentables et non rentables de l'activité médicale.

<sup>54</sup> La direction des affaires médicales vérifie les diplômes des candidats et leur inscription à l'Ordre des médecins. En cas d'impossibilité d'attendre le retour du chef de service ou de pôle, la direction des affaires médicales valide la candidature.

<sup>55</sup> Dans le cadre de l'accord cadre régional 2019-2022.

Si les secteurs de la médecine, des soins palliatifs et de la gériatrie présentent une rentabilité établie, il n'en va pas de même pour les activités de chirurgie, les consultations externes et surtout la gynécologie-obstétrique, qui apparaissent structurellement déficitaires et expliquent le déficit observé chaque année pour l'hôpital.

À lui seul, le pôle femme-enfant génère un déficit annuel de l'ordre de 2 M€ : le nombre d'accouchements annuel a décliné en cinq ans, passant de 799 en 2017 à 696 en 2021 et 743 en 2022. Il n'atteint pas le seuil de rentabilité officiel, fixé par le ministère de la santé à 1 200 accouchements par an.

L'analyse des CREA fait également apparaître un important déficit financier concernant les consultations externes en chirurgie et en anesthésie. Malgré cela, le nombre de séjours en RSA reste en baisse avec des parts de marché insuffisantes en chirurgie.

Le CHF est donc un établissement de santé public structurellement déficitaire. La chambre l'invite à s'interroger sur la pertinence de la gamme de soins qu'il propose au regard de sa zone d'attractivité, caractérisée par une patientèle réduite en nombre (56 000 habitants pour l'agglomération de Fougères) et marquée par le vieillissement, dans un contexte concurrentiel prononcé.

### 4.2.3 La dégradation des capacités financières

#### 4.2.3.1 Les valeurs bilanciellles : des fragilités établies

Depuis plusieurs années, les financements stables<sup>56</sup> augmentent moins vite<sup>57</sup> que les biens stables.

Contenues entre 2 et 3 M€ chaque année, les dettes fournisseurs sont passées à 4,2 M€ en 2020 et 13,6 M€ en 2021. Traduites en nombre de jours d'exploitation, elles s'élèvent à 105 jours en 2020 et sont systématiquement supérieures au délai de paiement fixé à 50 jours par l'article R. 2192-11 du code de la commande publique pour les établissements publics de santé.

**Recommandation n° 7 Réduire le ratio concernant le règlement des dettes liées aux fournisseurs, qui doit être inférieur à 50 jours selon l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.**

Le fonds de roulement net global (FRNG) du CHF s'est réduit au cours de la période sous revue. S'il se situe désormais au niveau de la médiane de la strate (40,5 jours), il demeure supérieur au seuil de sécurité de 30 jours.

<sup>56</sup> Les biens stables sont portés par le poste « immobilisations financières » ; les financements stables par le niveau « apports ».

<sup>57</sup> En 2021, les biens stables et les financements stables ont progressé respectivement de 6,8 % et de 6,3 %.

Après une période de relative stabilité, le besoin en fonds de roulement (BFR) a chuté en 2020 (14 jours de charges courantes) avant de se redresser<sup>58</sup> l'année suivante. Avec 31 jours de charges courantes en 2021, il se situe au niveau de la médiane (29 jours).

La trésorerie de 3 M€ en 2021 représentait 15 jours de charges courantes<sup>59</sup>, soit un niveau équivalent à 2019 et deux fois moindre qu'en 2020. Elle est proche de la médiane, qui se situe en 2021 à 14,3 jours. Le CHF n'a souscrit aucune ligne de trésorerie depuis 2017.

Cette situation satisfaisante de prime abord doit cependant être mise en perspective avec les valeurs des créances diverses<sup>60</sup> (qui sont passées de 1,39 M€ à 11,66 M€ en 2021) et des dettes fournisseurs (13,6 M€) au bilan. Le niveau actuel de la trésorerie résulte donc largement des retards de paiement des fournisseurs.

#### 4.2.3.2 Un endettement important

L'endettement du CHF s'élève à 34,8 M€ au 31 décembre 2021, avec une extinction en 2039. Il dépasse les seuils prudentiels fixés par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé<sup>61</sup>. L'établissement doit donc solliciter l'autorisation de l'ARS pour toute nouvelle demande d'emprunt.

La chambre note cependant qu'aucun emprunt ne figure parmi ceux classés à risque par la charte Gissler.

#### 4.2.3.3 Les limites de l'autofinancement

Le taux de marge brute est en forte dégradation. Il est passé de 7,1 % en 2017 à 2,5 % en 2021, en dépit d'un répit observé en 2020 (5,1 %), année du début de la crise sanitaire. L'établissement se situe désormais au-dessous du taux médian (3,7 %). La marge brute chute notamment en raison de la hausse des charges de personnel. La couverture des amortissements et charges d'intérêt liées à l'emprunt n'est pas assurée. Le taux de marge brute non aidée<sup>62</sup> est également négatif, ce alors que la nouvelle coupe Pathos<sup>63</sup>, permettant de mieux tenir compte de la fragilité sanitaire des patients, a permis à l'établissement de recevoir de l'ARS une revalorisation de 216 420 € en 2020 et 190 316 € en 2021.

<sup>58</sup> Cette évolution fait suite à la forte progression de l'actif circulant (+485%), en dépit de l'accroissement des dettes en parallèle.

<sup>59</sup> La trésorerie active n'est constituée que de disponibilités, très supérieure à la trésorerie passive composée essentiellement d'intérêts courus non échus.

<sup>60</sup> Qui s'explique par les aides annoncées dans le cadre du « Ségur de la santé » et/ou de la crise sanitaire.

<sup>61</sup> Article D. 6145-70 du CSP : ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, 50 % maximum ; durée apparente de la dette, dix ans maximum ; encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, 30 % maximum.

<sup>62</sup> La capacité future d'investissement intrinsèque à l'établissement ne doit pas tenir compte des aides financières. Il est donc souvent fait usage du taux de marge brute non aidée, qui exclut des produits d'exploitation les aides « investissement » et « restructuration et soutien aux établissements déficitaires ».

<sup>63</sup> La coupe Pathos est un système d'évaluation utilisé par les professionnels de santé en Ehpad pour identifier les pathologies du patient et les soins requis à un moment donné.

La capacité d'autofinancement (CAF) est également en net recul : le taux de CAF est devenu très faible et se situe aujourd'hui en deçà du taux médian observé pour la strate. En 2019 et 2021, la CAF nette<sup>64</sup> est négative, signifiant que l'établissement ne dégage plus un autofinancement suffisant pour faire face au remboursement en capital de sa dette.

Parallèlement, le taux de renouvellement<sup>65</sup> des immobilisations se dégrade continuellement, passé de 2,2 % en 2017 à 0,8 % en 2021. Le CHF fait désormais partie des 20 % des établissements de sa strate les moins bien positionnés<sup>66</sup>. Les équipements apparaissent eux-mêmes vieillissants en comparaison à la médiane de la strate.

Les possibilités d'investissement sont donc aujourd'hui compromises et le centre hospitalier n'est plus en mesure de s'endetter.

Dans le cadre du « Ségur de la santé », une enveloppe de 8,9 M€ a été allouée au CHF sur 10 ans pour restaurer ses capacités financières. Mais pour l'heure, les perspectives financières affichées par l'hôpital dans son PGFP prévoient des déficits annuels compris entre 1 M€ et 3 M€ de 2022 à 2026. La CAF nette prévisionnelle est également fortement négative, jusqu'à -1,8 M€ en 2023 et -1,3 M€ en 2024.

**En définitive, la chambre alerte le centre hospitalier sur la dégradation sensible de l'ensemble de ses ratios financiers. Ce contexte doit le conduire à entamer une réflexion de fond sur son devenir, portant notamment sur l'adéquation de son activité au regard de sa zone d'attractivité et du bassin de population, laquelle est de plus en plus marquée par le vieillissement.**

**Elle invite l'établissement à s'inscrire résolument dans une démarche prospective, notamment en matière d'estimation de ses coûts d'exploitation.**

---

<sup>64</sup> Autofinancement disponible après paiement de l'annuité d'emprunt.

<sup>65</sup> Le taux de renouvellement des immobilisations est le rapport entre le montant des investissements de l'exercice et le total de l'actif immobilisé. Il traduit le rythme des investissements de l'établissement, mesurant ainsi sa dynamique d'investissement.

<sup>66</sup> L'établissement reste en deçà du décile d2 (1<sup>er</sup> décile le plus défavorable).

## **5 LES SOINS DE PREMIER RECOURS**

### **5.1 Contexte**

#### **5.1.1 L'offre de soins sur le territoire de Fougères**

La désertification médicale dans le secteur de Fougères est avérée : la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants est de 6,3, soit une valeur nettement inférieure à la moyenne nationale qui se situe à 8,7. Concernant l'activité libérale, la part des actes<sup>67</sup> réalisés au sein des centres de santé s'élève cependant à 4 %, contre 1,9 % au niveau national.

Le territoire de Fougères accueille deux centres de santé, cinq maisons de santé pluriprofessionnelles, 28 pharmacies et quatre services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

La faible densité médicale et d'autres professionnels de santé apparaît comme une caractéristique notable du territoire de Fougères, en termes d'offre de soins. Le manque de professionnels de santé sur le territoire fougérais est patent, avec plus de 30 % de la population sans médecin traitant.

#### **5.1.2 Les partenaires du CHF pour les soins locaux**

Le CHF travaille de concert avec un certain nombre de partenaires dans le cadre des soins de premiers recours. L'offre de soins libérale reste positionnée au centre du système, du médecin au pharmacien.

L'hôpital n'apparaît pas en tant que pilote, mais son rôle médiateur, couplé à son offre de soins aux urgences sur le secteur de Fougères, lui confèrent un positionnement de premier ordre sur l'agglomération.

### **5.2 Les orientations stratégiques de l'offre de soins territoriale**

L'ARS souhaite favoriser<sup>68</sup> les échanges et la communication entre l'hôpital et la médecine de ville, et que les compétences et ressources disponibles sur le territoire soient identifiées.

Cependant, les résultats restent faibles en matière de médecine de ville. En effet, selon le CHF, plus de 30 % de la population ne dispose pas de médecin traitant.

---

<sup>67</sup> 9,9 % pour la seule commune de Fougères.

<sup>68</sup> Mise en place d'annuaires, de numéros uniques d'appels.

La télémédecine est donc encouragée. Elle s'est développée avec la crise sanitaire mais elle a ensuite décliné fortement, car les médecins ne privilégient pas cette pratique, sinon pour des suivis. Le système d'information de l'hôpital comporte cependant des actions à destination de la médecine de ville : échanges d'informations par messagerie sécurisée Apicrypt<sup>69</sup>, envoi des résultats de laboratoire, envois automatisés dans le dossier médical partagé (DMP).

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, bien qu'étant la déclinaison des projets régionaux de santé, ne prennent pas en compte, de manière directe, les liens entre l'hôpital et les acteurs de ville.

Il existe un contrat local de santé (CLS)<sup>70</sup>, sous l'égide de l'ARS, associant les centres hospitaliers. Le CHF y participe avec la PTA<sup>71</sup> et les structures de coordination. Les actions portent sur les politiques de prévention (addictologie) et de potentiels recrutements par l'intermédiaire des centres de santé.

### 5.3 Le projet médical partagé du GHT

Les GHT<sup>72</sup> ont vocation à améliorer la cohérence de la prise en charge, avec un meilleur maillage du territoire et une mutualisation de certaines fonctions logistiques (groupement d'achat, politique GRH, système d'information hospitalier, etc.) et médicotekniques (exemple : logiciel de gestion des laboratoires).

Certaines fonctions sont mutualisées : achat public, systèmes d'information, à terme la pharmacie. Elles sont tournées vers des logiques internes déjà complexes à mettre en œuvre de par la taille du CHU de Rennes, support du GHT.

Néanmoins, les objectifs dans le sens de parcours de prise en charge sont manquants : la médecine libérale ne fait pas partie des filières développées au sein du projet médical partagé (PMP), de même que la mise en place d'infirmières de parcours.

Les relations<sup>73</sup> avec la médecine de ville portent sur des réflexions concernant la filière urgence, avec la mise en place d'actions visant à désengorger celles-ci et partager les enjeux liés à la permanence de soins. Ces considérations, pour leur part, sont bien évoquées dans le PMP, car jugées prioritaires pour améliorer les interventions programmées.

<sup>69</sup> Messagerie sécurisée en santé.

<sup>70</sup> Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

<sup>71</sup> Les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont un dispositif issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et du décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016. Ce dispositif a été créé pour répondre à un besoin majeur : aider les professionnels (notamment le médecin généraliste) à gérer des situations complexes et organiser le parcours de santé, et ce quels que soient l'âge et la pathologie du patient. La complexité est avant tout celle ressentie par le professionnel. Il peut s'agir d'une complexité médicale (pluri-pathologies...) et d'une complexité psycho-sociale (isolement social, addiction...).

<sup>72</sup> Selon la Cour des comptes, les GHT n'ont pas pour l'instant produit tous les effets escomptés. Les fuites de patientèle en dehors du département peuvent perdurer. Or, le GHT devrait en principe réduire ces pertes d'activité grâce à l'intégration du patient dans une filière de soins (intra GHT).

<sup>73</sup> Lors de l'élaboration de filières de prises en charge (ex. médecine, soins palliatifs, ...) ou dans une réflexion plus large sur les relations au sein du triptyque établissement support du GHT – hôpitaux de proximité – acteurs du premier recours (et autres acteurs de proximité).

Si le PMP a permis une plus grande cohérence des actions médicales menées, des objectifs visant à améliorer le parcours de prise en charge local restent en attente. Les urgences semblent davantage considérées dans le PMP, à l'inverse d'autres domaines, telle la mise en place de filières « libérales » ou encore la définition d'un réseau d'infirmières de parcours.

## 5.4 L'évolution de la gouvernance

L'article L. 6111-3-4 du code de la santé publique permet d'adapter les conditions de fonctionnement et de gouvernance, notamment pour le conseil de surveillance de chaque établissement (et *de facto* les représentants des collectivités territoriales) et la commission médicale d'établissement. L'ARS peut accepter des adaptations qui lui seraient ainsi soumises par un hôpital.

Le CHF reconnaît l'absence de demande à ce sujet. La question de la gouvernance fait peu débat : « *L'intégration des affaires médicales dans le giron du CHU de Rennes a suscité des inquiétudes, les élus craignant une perte d'autonomie.* ».

## 5.5 Les actions de coopération en faveur des soins de premier recours

Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action, les professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS<sup>74</sup>).

Le CH des Marches de Bretagne (CHMB), lié au CHF, possède ainsi une communauté médicale investie dans une CPTS. Cependant, le CHF, bien qu'en direction commune, n'est pas inscrit dans cette dynamique. Les autorités de tutelle ont indiqué qu'une seule CPTS devrait exister à terme sur le territoire, par extension de celle du CHMB.

Certains hôpitaux réalisent des consultations dites « avancées<sup>75</sup> » de médecins spécialistes. La direction commune mise en place entre le CHF et le CHMB a pour but de favoriser la mise en place de telles consultations. Les ressources médicales spécialisées restent cependant insuffisantes sur Fougères pour envisager un déploiement de ces ressources. Des activités de territoires ont bien lieu, en gériatrie, en addictologie, mais tous les besoins, par exemple en cardiologie, ne sont pas couverts.

---

<sup>74</sup> La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de soins, regroupés le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, qui assurent des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, ainsi que d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

<sup>75</sup> Exemple : un patient doit faire un examen cardiaque de contrôle. Il peut prendre rendez-vous au sein de sa maison de santé habituelle, dans laquelle un cardiologue hospitalier réalise des consultations une journée par semaine. Il n'a ainsi pas besoin de se déplacer à l'hôpital pour cette première consultation ni pour son suivi. En cas de nécessité, le cardiologue pourra en revanche facilement organiser sa prise en charge à l'hôpital, dans le service où il travaille.

Les structures de type groupement de coopération sanitaire (GCS) peuvent associer des médecins de ville, par exemple pour exploiter un équipement radiologique. Il existe au cas présent un GCS médecine libérale à Fougères, issu de la fermeture de la clinique locale au début des années 1980. Ceci a permis le maintien en poste et le recrutement de gastro-entérologues et d'ORL sur le CHF. Il existe aussi un GCS IRM, réunissant l'établissement, le CH de Vitré et un cabinet de radiologie privé sur Fougères et Rennes, permettant l'exploitation d'une IRM.

Selon l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements délivrés gratuitement à ces personnes.

Un système PASS a ainsi été maintenu à Fougères, à la suite de la suppression de celui de Vitré. Il reste difficile de maintenir les ressources médicales sur ces consultations. L'activité se maintient et apporte satisfaction. Le territoire de Fougères connaît un niveau de précarité plus important que les territoires bretons environnants.

Enfin, une filière gériatrique est organisée sur l'ensemble du territoire depuis le CHF.

## 5.6 L'activité hospitalière en termes de soins de premiers recours

Une lettre de liaison<sup>76</sup> est remise au patient le jour de sa sortie et transmise dans le même temps au médecin traitant. L'objectif est celui d'un envoi dans les huit jours.

La part des hospitalisations provenant des cas d'urgence est de 90 %, ce qui donne au CHF une importance particulière en termes d'offre de soins de premiers recours, parallèlement à la médecine libérale.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement a précisé que la hausse des passages aux urgences ne peut être uniquement imputée au manque de médecins généralistes sur le territoire, d'autres facteurs prépondérants étant à prendre en compte (accès régulé des urgences du CH de Vitré depuis plus d'un an, accès régulé régulier des CH de Laval et d'Avranches, épidémie de Covid-19 depuis trois ans).

Le CHF rencontre des difficultés avérées pour maintenir son service des urgences ouvert : une meilleure organisation<sup>77</sup> de la prise en charge des soins non programmés en lien avec la médecine de ville est pourtant de nature à réduire le flux des patients. Selon l'hôpital, la hausse tendancielle d'activité est intimement liée aux carences<sup>78</sup> de la médecine de ville.

Parallèlement, le taux de rotation en hôpital de jour reste insuffisant pour pouvoir réaliser une organisation lissée sur le long terme et des effets d'échelle.

<sup>76</sup> Art. R. 1112-1 et suivants du CSP. Des données recueillies auprès de l'établissement ou d'Hospidiag permettent de mesurer l'attention portée au parcours de soins et aux relations avec la médecine de ville.

<sup>77</sup> La création d'un centre de soins non programmés, pouvant regrouper des médecins urgentistes ou non et d'autres, exerçant dans le secteur libéral, constitue une alternative.

<sup>78</sup> Nombre de médecins insuffisant, problèmes d'organisation.

**TABLE DES ANNEXES**

Annexe n° 1.	Données démographiques.....	37
Annexe n° 2.	Le contexte sanitaire local .....	39
Annexe n° 3.	Structure médico-administrative .....	41
Annexe n° 4.	Ressources humaines.....	43
Annexe n° 5.	L'activité médicale .....	45
Annexe n° 6.	Evolutions financières .....	48
Annexe n° 7.	Les soins de 1 <sup>er</sup> recours .....	60

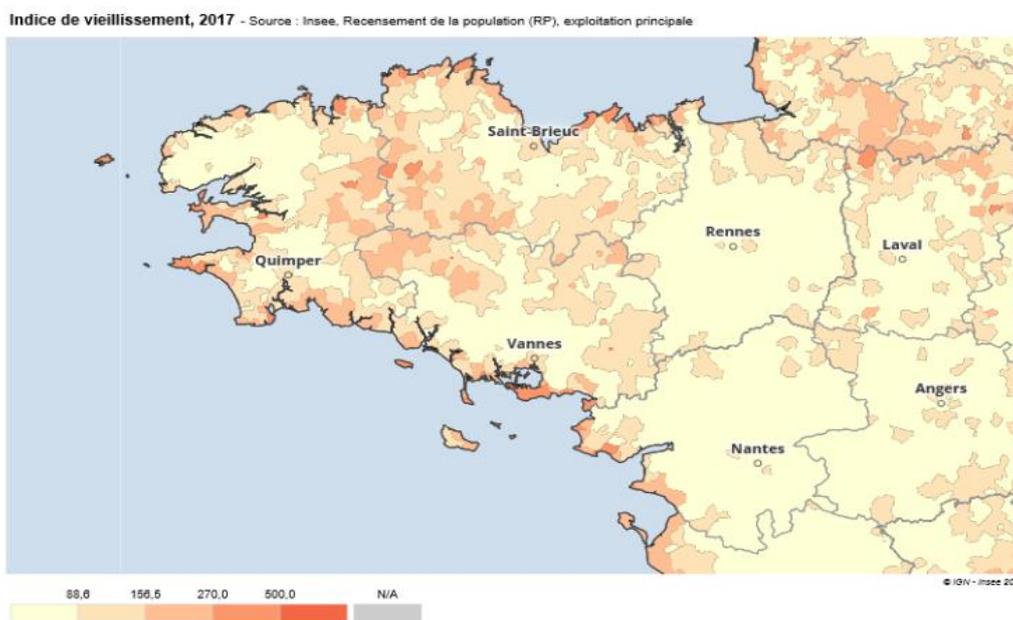
## Annexe n° 1. Données démographiques

Tableau n° 1 : Population par tranches d'âge de la communauté d'agglomération de Fougères

	2008	%	2013	%	2019	%
<b>Ensemble</b>	<b>173 602</b>	<b>100,0</b>	<b>181 226</b>	<b>100,0</b>	<b>186 228</b>	<b>100,0</b>
0 à 14 ans	35 938	20,7	38 523	21,3	37 801	20,3
15 à 29 ans	29 259	16,9	27 919	15,4	28 340	15,2
30 à 44 ans	37 225	21,4	37 443	20,7	35 848	19,2
45 à 59 ans	32 889	18,9	34 686	19,1	37 260	20,0
60 à 74 ans	22 028	12,7	24 401	13,5	28 158	15,1
75 ans ou plus	16 263	9,4	18 254	10,1	18 820	10,1

Source : Insee – dossier complet « agglomération Fougères ».

## Carte n° 2 : Indice de vieillissement



Source : ARS Bretagne – Atlas de la santé 2020.

## Tableau n° 2 : Densité de population

	1968(*)	1975(*)	1982	1990	1999	2008	2013	2019
Population	144 444	144 651	147 679	150 161	155 276	173 602	181 226	186 228
Densité moyenne (hab/km <sup>2</sup> )	66,5	66,6	68,0	69,1	71,5	79,9	83,4	85,7

Source : Insee – dossier complet « agglomération Fougères ».

**Tableau n° 3 : Catégories socio-professionnelles**

	2008	%	2013	%	2019	%
<b>Ensemble</b>	<b>137 989</b>	<b>100,0</b>	<b>142 571</b>	<b>100,0</b>	<b>148 383</b>	<b>100,0</b>
Agriculteurs exploitants	4 777	3,5	3 937	2,8	3 924	2,6
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4 590	3,3	4 620	3,2	4 569	3,1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 417	4,7	7 204	5,1	8 058	5,4
Professions intermédiaires	16 496	12,0	18 734	13,1	20 887	14,1
Employés	21 029	15,2	22 355	15,7	22 681	15,3
Ouvriers	28 617	20,7	28 867	20,2	27 919	18,8
Retraités	40 142	29,1	40 903	28,7	42 753	28,8
Autres personnes sans activité professionnelle	15 922	11,5	15 952	11,2	17 592	11,9

Source : Insee – dossier complet « agglomération Fougères ».

**Tableau n° 4 : Taux de chômage**

	2008	2013	2019
<b>Nombre de chômeurs</b>	<b>5 515</b>	<b>7 153</b>	<b>7 542</b>
Taux de chômage en %	6,7	8,3	8,6
Taux de chômage des 15 à 24 ans	15,4	19,1	19,5
Taux de chômage des 25 à 54 ans	5,7	7,1	7,4
Taux de chômage des 55 à 64 ans	4,2	6,9	7,3

Source : Insee – dossier complet « agglomération Fougères ».

**Tableau n° 5 : Indicateur de concentration d'emplois**

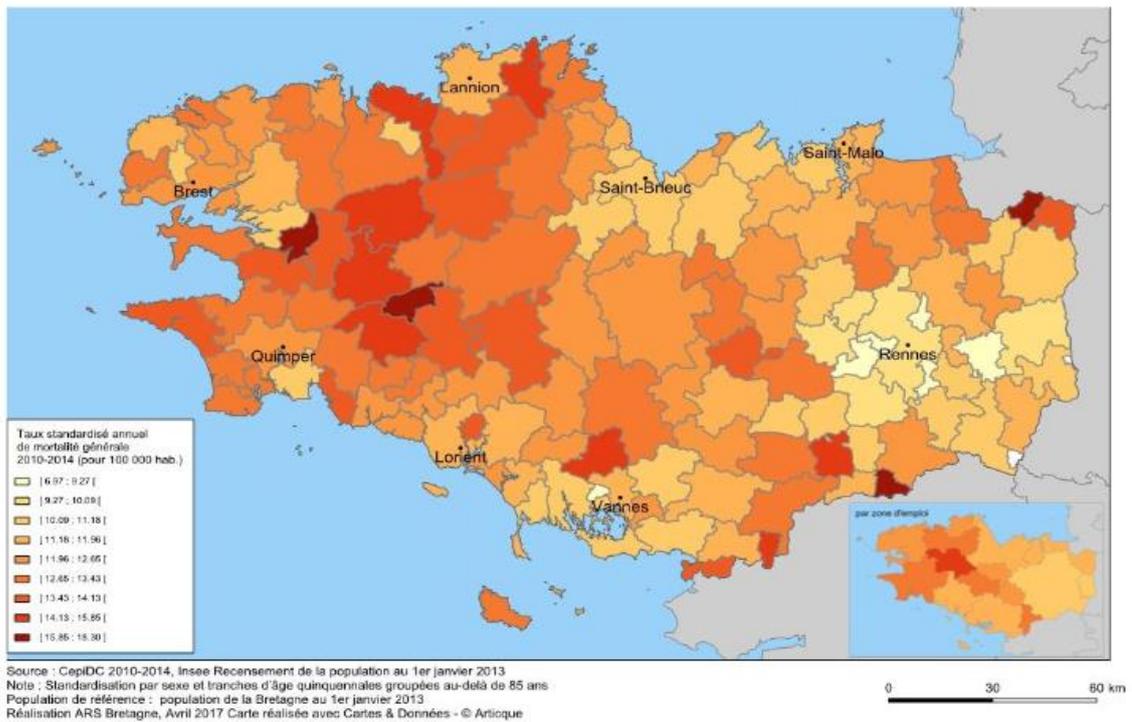
	2008	2013	2019
Nombre d'emplois dans la zone	70 645	71 648	72 971
Actifs ayant un emploi résidant dans la zone	77 403	79 081	80 890
Indicateur de concentration d'emploi	91,3	90,6	90,2
Taux d'activité parmi les 15 ans ou plus en %	60,2	60,4	59,6

Source : Insee – dossier complet « agglomération Fougères ».

## Annexe n° 2. Le contexte sanitaire local

### Carte n° 3 : Taux de mortalité standardisé

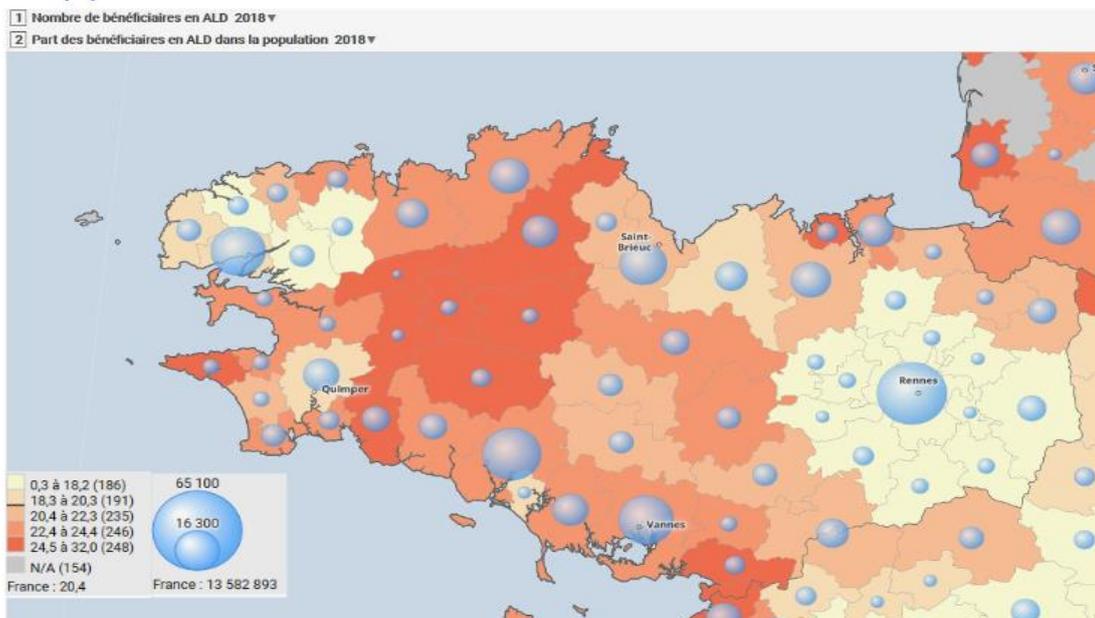
#### Taux de mortalité standardisé



Source : ARS Bretagne – Atlas de la santé 2020.

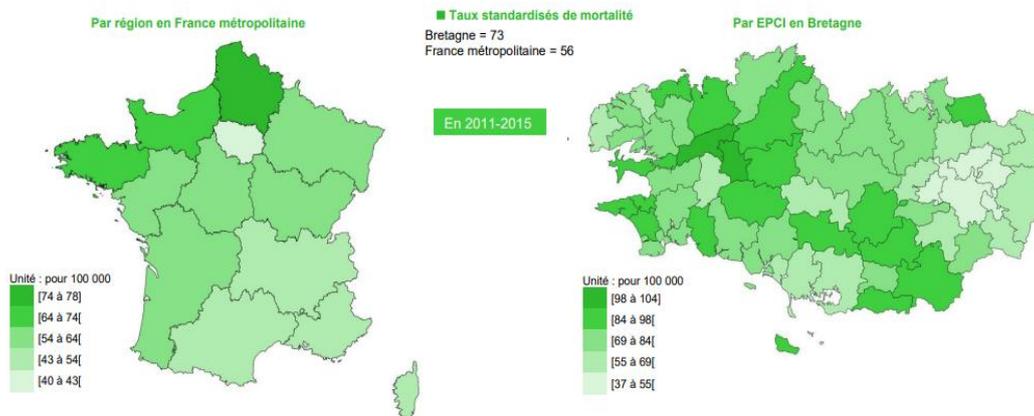
### Carte n° 4 : Affections de longue durée en Bretagne

#### Part de la population en ALD



Source : ARS Bretagne – Atlas de la santé 2020.

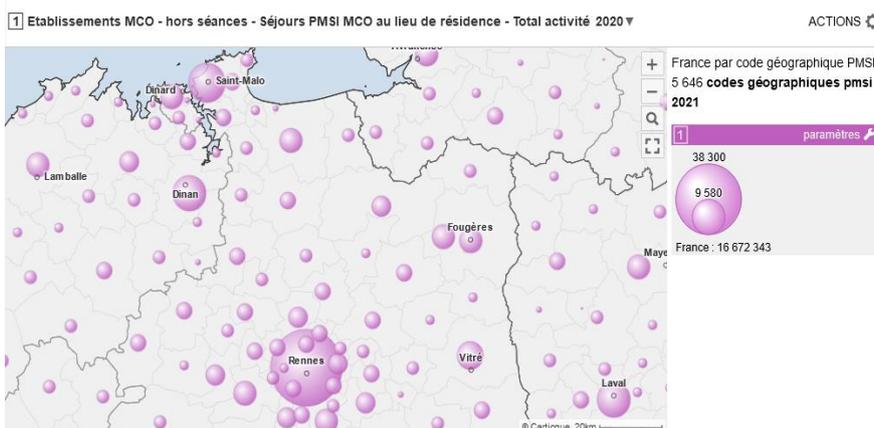
### Carte n° 5 : Mortalité prématurée en Bretagne



Source : Insee, Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne. Standardisation sur la structure d'âge de la population française au RP 2006 – Recensement de population de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

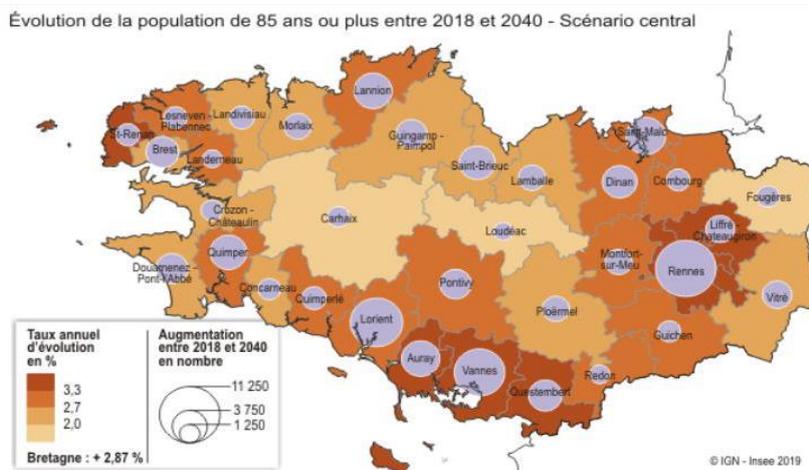
Source : ARS Bretagne – Atlas de la santé 2020.

### Carte n° 6 : Consommation de soins en établissements de santé



Source : scan santé – (PMSI 2021).

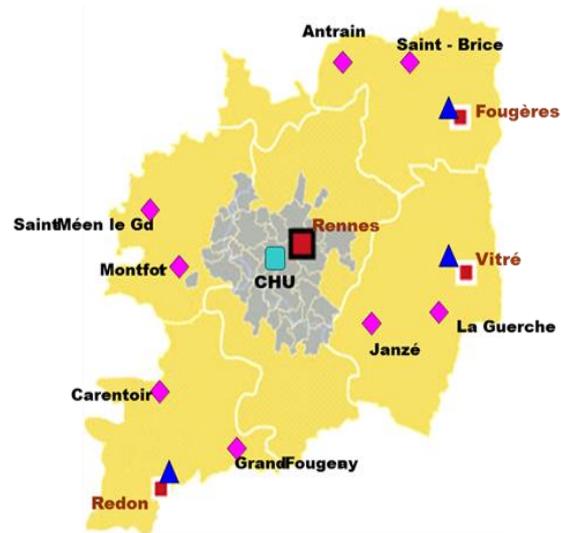
### Carte n° 7 : Perspectives d'évolution du vieillissement en Bretagne



Source : projet d'établissement 2002-2026.

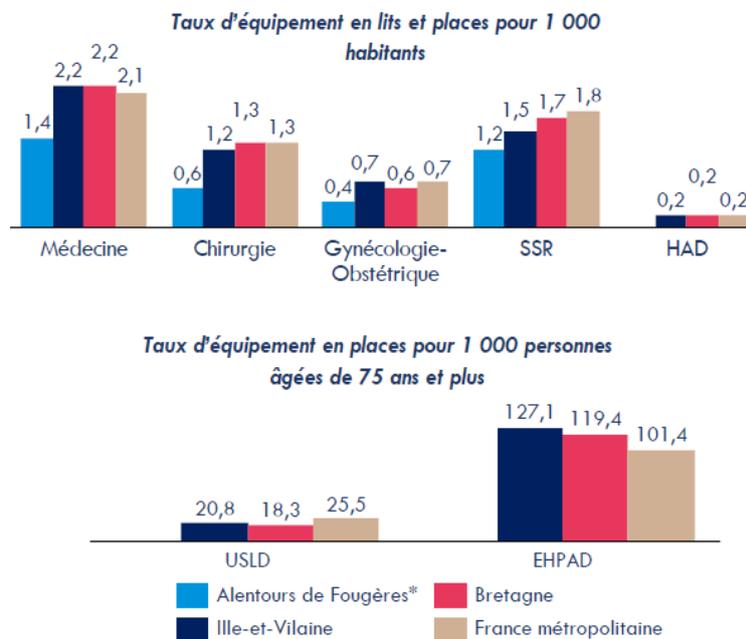
### Annexe n° 3. Structure médico-administrative

Carte n° 8 : GHT de Haute Bretagne



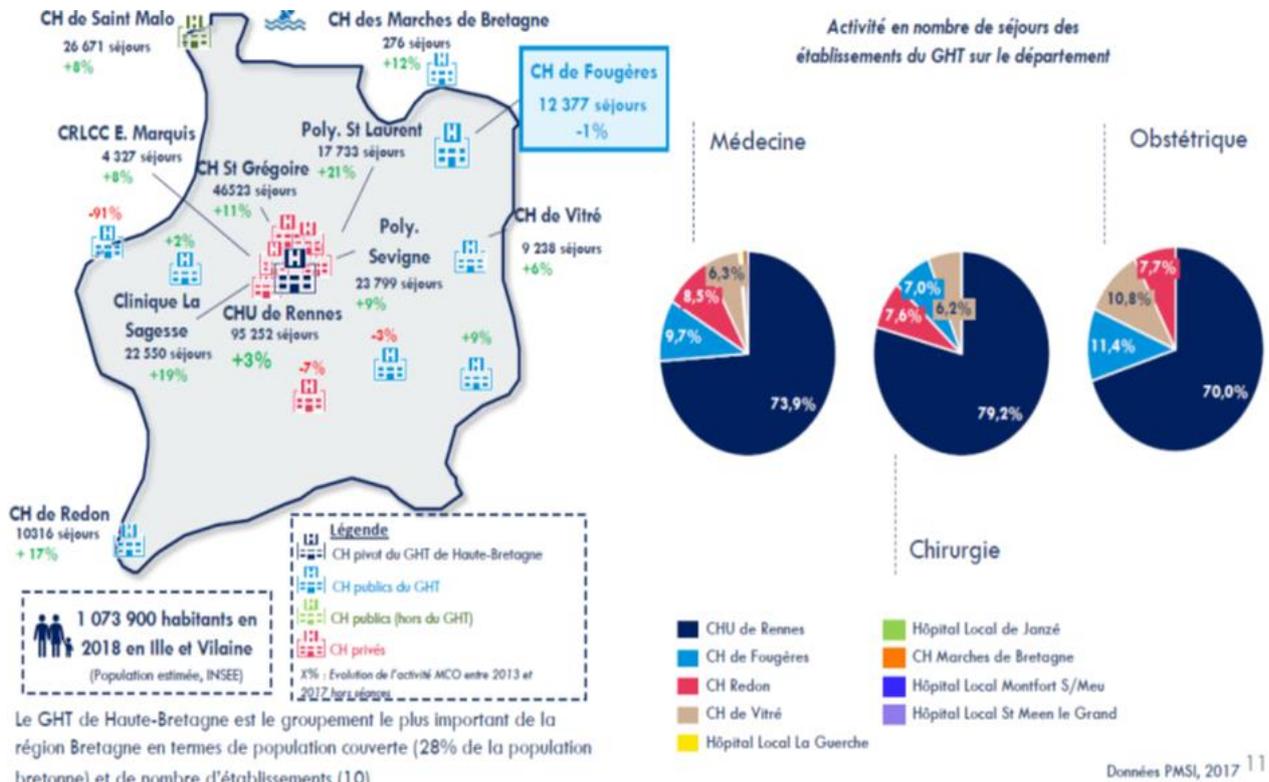
Source : centre hospitalier de Fougères.

Graphique n° 1 : Comparatif sur le taux d'équipements



Source : CHF - projet d'établissement 2022-2026.

Graphique n° 2 : Comparatif CH Fougères/ GHT Haute Bretagne



## Annexe n° 4. Ressources humaines

**Tableau n° 6 : Evolution des effectifs médicaux (en ETPR)**

PERSONNEL MEDICAL	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	0,00	0	0	1,90	0	0
PH	40,90	41,99	40,96	39,36	37,30	37,31
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	0,00	3,39	3,13	1,98	1,70	1,68
Praticiens contractuels et nouveaux praticiens contractuels en CDI	2,20	0	0	0	0	0
<b>TOTAL 1 - PERMANENTS</b>	<b>43,10</b>	<b>45,38</b>	<b>44,09</b>	<b>43,24</b>	<b>39,00</b>	<b>38,99</b>
Praticiens contractuels et nouveaux praticiens contractuels en CDD	0	0	0	0	0	16,46
Assistants et assistants associés	13,57	9,01	8,22	7,49	14,60	0,99
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	0,20	4,46	4,30	5,93	2,00	0
Autres praticiens à recrutement contractuel	0	0	0	0,93	0	0
Praticiens à recrutement contractuel et nouveaux praticiens contractuels sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	0	2,23	1,65	5,02	9,66	7,47
Attachés et attachés associés en CDD	0	1,52	3,42	0,78	0	0,06
Praticiens associés	0	0,77	1,02	0	0	0
Internes + FFI	12,79	13,60	14,84	14,71	15,67	16,00
Intérim médical		3,10		0	0	0
<b>TOTAL 2 - NON PERMANENTS</b>	<b>26,56</b>	<b>34,69</b>	<b>33,45</b>	<b>34,86</b>	<b>41,93</b>	<b>40,98</b>
<b>TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2+3)</b>	<b>69,66</b>	<b>80,07</b>	<b>77,54</b>	<b>78,10</b>	<b>80,93</b>	<b>79,97</b>

Source : EPRD.

**Tableau n° 7 : Evolution des effectifs médicaux (en ETPR)**

PERSONNEL NON MEDICAL (en ETPR)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Titulaires et stagiaires</b>						
Personnels administratifs	70,20	77,41	75,47	76,01	78,60	74,53
Personnels des services de soins	430,65	436,52	439,75	439,82	449,55	451,90
Personnels éducatifs et sociaux	2,50	3,90	3,12	2,58	4,15	2,17
Personnels techniques et ouvriers	54,00	53,58	52,47	57,81	57,13	27,47
Personnels médico-techniques	27,80	25,72	25,88	27,11	27,20	58,78
<b>TOTAL 1</b>	<b>585,15</b>	<b>597,13</b>	<b>596,69</b>	<b>603,33</b>	<b>616,63</b>	<b>614,85</b>
<b>Contrats à durée indéterminée</b>						
Personnels administratifs	17,00	13,01	13,69	15,12	18,97	20,24
Personnels des services de soins	69,50	64,39	82,98	102,41	96,81	77,46
Personnels éducatifs et sociaux	5,32	4,60	5,20	5,26	4,90	4,00
Personnels techniques et ouvriers	21,80	20,02	21,81	18,30	16,30	5,41
Personnels médico-techniques	7,10	4,58	4,98	5,78	5,50	17,87
<b>TOTAL 2</b>	<b>120,72</b>	<b>106,60</b>	<b>128,66</b>	<b>146,87</b>	<b>142,48</b>	<b>124,98</b>
<b>TOTAL "PERSONNEL PERMANENT" (1 et 2)</b>	<b>705,87</b>	<b>703,73</b>	<b>725,35</b>	<b>750,20</b>	<b>759,11</b>	<b>739,83</b>
<b>Contrats à durée déterminée</b>						
Personnels administratifs	5,40	8,29	5,44	6,53	6,72	8,67
Personnels des services de soins	35,40	48,86	35,76	30,18	36,77	58,04
Personnels éducatifs et sociaux	1,60	1,06	1,44	1,21	2,97	1,43
Personnels techniques et ouvriers	4,73	7,28	4,61	4,66	7,30	2,76
Personnels médico-techniques	2,00	2,76	1,99	2,38	4,00	5,12
Sous-total CDD	49,13	68,25	49,24	44,96	57,76	76,02
Intérim non médical	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	2,00
<b>TOTAL 3</b>	<b>49,13</b>	<b>68,25</b>	<b>49,24</b>	<b>44,96</b>	<b>61,76</b>	<b>78,02</b>
Contrats soumis à disposition particulière	20,40	4,37	3,51	0,00	0,00	3,00
Apprentis	0,00	0,00	1,00	0,90	1,00	0,00
<b>TOTAL 4</b>	<b>20,40</b>	<b>4,37</b>	<b>4,51</b>	<b>0,90</b>	<b>1,00</b>	<b>3,00</b>
<b>TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (1,2,3 et 4)</b>	<b>775,40</b>	<b>776,35</b>	<b>779,10</b>	<b>796,06</b>	<b>821,87</b>	<b>820,85</b>

Source : EPRD.

**Tableau n° 8 : Intérim du personnel non médical**

Personnel non médical		
2018	Nombre de journées d'intérim	371
	Dépenses d'intérim	141 236
	Nombre d'ETP rémunérés	1.79
2019	Nombre de journées d'intérim	287
	Dépenses d'intérim	69 324
	Nombre d'ETP rémunérés	1.39
Taux d'évolution des dépenses 2019 / 2018		-49.08 %
2020	Nombre de journées d'intérim	735
	Dépenses d'intérim	224 229
	Nombre d'ETP rémunérés	3.55
Taux d'évolution des dépenses 2020 / 2019		223.45%

Source : bilan social 2020.

**Tableau n° 9 : Evolution de l'absentéisme (en nombre de jours d'absences)**

	2 017	2 018	2 019	2 020	2021
Abs Irreguliere Non justifiée	3	3	34	59	103
Accident De Trajet		16	308	19	4
Accident Du Travail	1 079	1 253	1 305	1 572	1 160
Auto Abs Non Payee	6	4	8	154	
C.LD 1/2 Trait Cong		150	337		
C.L.M	326	1 351	3 191	2 451	1 939
Cgé paternité Accueil	11	55	66	22	36
Congé L Durée	1 094	945	730	366	
Congé présence parentale		176	258		
Congé sans traitement	28			7	
Déb CFP 1ère an Rém.Cont	236	12			105
Déb.1er CFP 1an Rem.DJ/M	39				
Grave Maladie	365	327	644	513	
Greve En Jours Non rémunéré	22	15	13	7	17
Maintien 1/2 traitement					68
Mal.payée 100% /Carence					14
Mal.rapport ALD ss carenc		10	78	152	23
Maladie 1ère période		259	41	116	54
Maladie avec carence		9 590	8 306	8 926	11 272
Maladie ordinaire	9 624	409		3 180	
Maladie Prof.	1 083	337	772	763	380
Maladie Prof. 1/1 Tr	167	62	58		14
Maladie Zéro Traite		36		9	3
Maternite	3 828	2 800	2 785	3 087	3 178
Maternite Payee tps part	337	139	574	389	378
Réserve sanitaire payé	36			13	9
Suspension Plein Tra	38				
Total général	18 322	17 949	19 508	21 805	18 757
En ETP	50	49	53	60	51
Nombre d'ETP	757	767	780	799	806
Taux d'absentéisme	6,63%	6,41%	6,85%	7,48%	6,37%

Source : CHF.

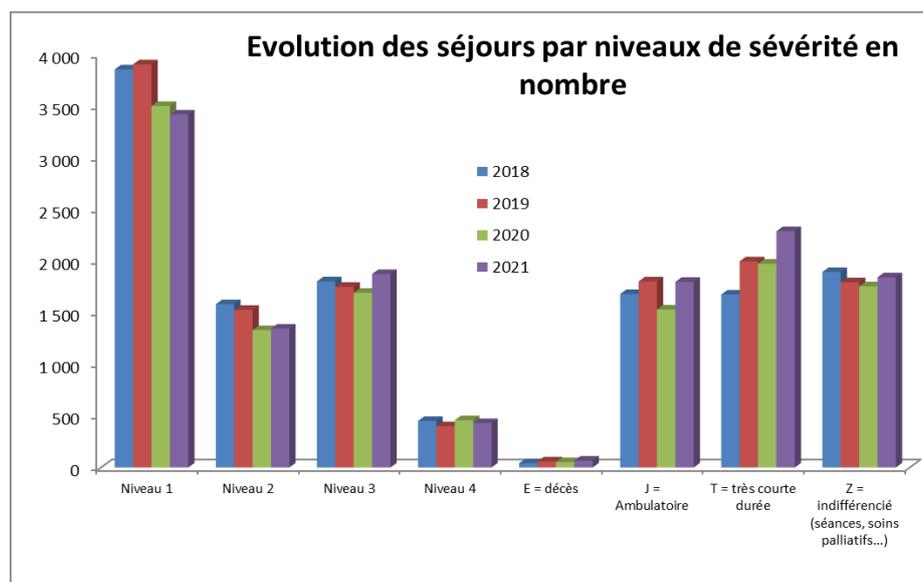
## Annexe n° 5. L'activité médicale

Tableau n° 10 : Evolution de l'activité 2017-2021

Activité globale - Source PMSI							
Aide		2017	2018	2019	2020	2021	
📍	CI-A1	Nombre de RSA de médecine (HC)	7 014	6 927	6 939	6 301	6 448
📍	CI-A2	Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1 690	1 649	1 663	1 425	1 482
📍	CI-A3	Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	956	926	851	827	782
📍	CI-A4	Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	1 551	1 609	1 797	1 918	2 248
📍	CI-A5	Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 012	1 173	1 319	1 129	1 315
📍	CI-A6	Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	154	120	163	203	166
📍	CI-A7	Nombre de séances de chimiothérapie	378	302	201	87	186
📍	CI-A8	Nombre de séances de radiothérapie	0	0	0	0	0
📍	CI-A9	Nombre de séances d'hémodialyse	0	0	0	0	0
📍	CI-A10	Nombre de séances autres	170	274	288	402	446
📍	CI-A11	Nombre d'accouchements	799	763	739	752	696
📍	CI-A12	Nombre d'actes chirurgicaux	2 271	2 310	2 494	2 171	2 338
📍	CI-A13	Nb d'ATU	20 723	20 819	20 985	16 897	19 701
📍	CI-A14	Nombre d'actes d'endoscopies	1 767	1 697	1 679	1 574	1 501
📍	CI-A15	Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	106	103	103	97	97

Source : Hospidiag (données au 24 novembre 2022).

Graphique n° 3 : Niveaux de sévérité



Source : CHF – rapports d'activité.

Tableau n° 11 : Indicateurs de performance hospitalière

	2019	2020	2021
Taux de chirurgie ambulatoire	52,3%	53,4%	54,8%
DMS en Médecine	4,87	5,08	4,76
DMS en Chirurgie	3,34	3,46	3,18
DMS en Obstétrique	3,55	3,39	3,52
IP DMS en Médecine	1,1	1,11	1,08
IP DMS en Chirurgie	1,2	1,24	1,20
IP DMS en Obstétrique	1	1,08	1,02

Source : CHF – rapports d'activité.

Tableau n° 12 : Parts de marché sur la zone d'attractivité

A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité							
 Cliquez pour voir la zone d'attractivité sur une carte							
Rang	Champ	Catégorie	FINESS	Libellé	Part de marché établissement		
					2018	2019	2020
1	DGF	CH	350000030	CH FOUGERES	65,2	59,6	60,3
2	DGF	CHR	350005179	CHRU DE RENNES	18	19,6	18
3	OQN	CLI	350002192	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	3,3	4,3	4,9
4	OQN	CLI	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	2,5	3,7	4
5	OQN	CLI	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	2	1,8	2,1
6	DGF	CH	350048518	CH DES MARCHES DE BRETAGNE	0,2	2,1	1,8
7	DGF	CLCC	350002812	CLCC E. MARQUIS	1,3	1	1,5
8	DGF	CH	500000054	CH AVRANCHES GRAINVILLE	0,8	1,2	1
9	DGF	CH	350000055	CH VITRE	0,9	0,8	0,9
10	DGF	EBNL	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	0,7	0,6	0,7
11	DGF	CH	350000022	CH ST MALO	0,2	0,7	0,6
12	DGF	CH	530000371	CH LAVAL	0,9	0,5	0,4
A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité							
 Cliquez pour voir la zone d'attractivité sur une carte							
Rang	Champ	Catégorie	FINESS	Libellé	Part de marché établissement		
					2018	2019	2020
1	DGF	CH	350000030	CH FOUGERES	39	38,2	39,1
2	DGF	CHR	350005179	CHRU DE RENNES	21,4	21,5	21,2
3	OQN	CLI	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	13	14,5	14,3
4	OQN	CLI	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	9,1	9,1	7,3
5	OQN	CLI	350002192	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	2,3	2,4	3,5
6	DGF	EBNL	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	2,4	2,8	2,7
7	OQN	CLI	500000146	HÔPITAL PRIVÉ DE LA BAIE	2	1,5	1,7
8	DGF	CH	350000055	CH VITRE	1,9	1,5	1,5
9	OQN	CLI	530031962	POLYCLINIQUE DU MAINE	1,6	1	1,3
10	DGF	CLCC	350002812	CLCC E. MARQUIS	0,9	1,4	1,1
11	DGF	CH	500000054	CH AVRANCHES GRAINVILLE	1,2	0,9	0,8
12	DGF	CH	350000022	CH ST MALO	0,3	0,3	0,6

**A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité**



Cliquez pour voir la zone d'attractivité sur une carte

Rang	Champ	Catégorie	FINESS	Libellé	Part de marché établissement		
					2018	2019	2020
1	DGF	CH	350000030	CH FOUGERES	59.7	59.7	61
2	DGF	CHR	350005179	CHRU DE RENNES	15.4	11.7	13.3
3	OQN	CLI	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	7	8.9	9
4	DGF	EBNL	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	5.5	7.5	7.1
5	DGF	CH	530000074	CH NORD-MAYENNE	4.1	3.6	2.8
6	DGF	CH	350000055	CH VITRE	4.3	3.5	2.4
7	DGF	CH	500000054	CH AVRANCHES GRANVILLE	0.9	1.7	1.3
8	DGF	CH	530000371	CH LAVAL	2	1.2	0.9
9	DGF	CH	350000022	CH ST MALO	0.1	0.6	0.7
10	APa	CHR	750100208	HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES	.	0.3	0.2
11	OQN	CLI	060780590	CLINIQUE DU PALAIS	.	.	0.1
12	DGF	CHR	140000100	CHU COTE DE NACRE CAEN	0.1	0.1	0.1

**A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité**



Cliquez pour voir la zone d'attractivité sur une carte

Rang	Champ	Catégorie	FINESS	Libellé	Part de marché établissement		
					2018	2019	2020
2	DGF	CH	350000030	CH FOUGERES	21.5	21.7	20.5
1	OQN	CLI	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	22.3	23	23.4
3	OQN	CLI	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	14.4	15.3	16.2
4	OQN	CLI	500000146	HÔPITAL PRIVÉ DE LA BAIE	14.5	14.3	12.7
5	DGF	CHR	350005179	CHRU DE RENNES	8.2	7.8	8
6	OQN	CLI	350002192	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	6	5.6	7.6
7	DGF	EBNL	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	4.3	3.6	3.2
8	DGF	CLCC	350002812	CR.LCC E. MARQUIS	1.5	1.7	1.3
9	DGF	CH	350000055	CH VITRE	1.5	1.1	1.1
10	OQN	CLI	530031962	POLYCLINIQUE DU MAINE	0.9	0.7	1
11	DGF	CH	500000054	CH AVRANCHES GRANVILLE	0.4	0.7	0.6
12	OQN	CLI	220005599	POLYCLINIQUE DU PAYS DE RANCE	.	0.4	0.5

**A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)**



Cliquez pour voir la zone d'attractivité sur une carte

Rang	Champ	Catégorie	FINESS	Libellé	Part de marché établissement		
					2018	2019	2020
1	DGF	CH	350000030	CH FOUGERES	41.7	39.6	38.1
2	DGF	CHR	350005179	CHRU DE RENNES	22.2	21.1	20.9
3	OQN	CLI	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	6.7	9	9.3
4	DGF	CLCC	350002812	CR.LCC E. MARQUIS	8.5	8.7	9
5	OQN	CLI	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	6.3	6.5	5.8
6	DGF	CH	350000055	CH VITRE	3	2.6	3.4
7	DGF	EBNL	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	1.5	1.3	2.1
8	DGF	CH	350048518	CH DES MARCHES DE BRETAGNE	0.1	2.1	1.8
9	OQN	CLI	350002192	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	1.5	1.2	1.7
10	OQN	CLI	500000146	HÔPITAL PRIVÉ DE LA BAIE	1.4	1.9	1.5
11	OQN	CLI	530031962	POLYCLINIQUE DU MAINE	2.2	0.9	1.5
12	DGF	CH	500000054	CH AVRANCHES GRANVILLE	0.3	0.6	0.8

**A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité**



Cliquez pour voir la zone d'attractivité sur une carte

Rang	Champ	Catégorie	FINESS	Libellé	Part de marché établissement		
					2018	2019	2020
9	DGF	CH	350000030	CH FOUGERES	10.2	5.7	2.3
1	DGF	CLCC	350002812	CR.LCC E. MARQUIS	27.3	31.6	24.9
2	DGF	CHR	350005179	CHRU DE RENNES	16.3	15.4	16.7
3	OQN	CLI	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	11.4	13.1	13.9
4	OQN	CLI	500000146	HÔPITAL PRIVÉ DE LA BAIE	14	12.2	12.8
5	OQN	CLI	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	7.3	8.2	8.5
6	DGF	CH	350000055	CH VITRE	7.8	8.2	8.1
7	DGF	CH	500000054	CH AVRANCHES GRANVILLE	2.9	1.7	3.7
8	OQN	CLI	530031962	POLYCLINIQUE DU MAINE	1.1	1.4	3.7
10	OQN	CLI	350002192	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	.	0.5	0.9
11	OQN	CLI	350000196	CLINIQUE DE LA COTE D'EMERAUDE	0.2	.	0.7
12	DGF	CH	610780165	CH FLERS	.	0.3	0.5

Source : Hospidag (octobre 2022).

## Annexe n° 6. Evolutions financières

Tableau n° 13 : Evolution (en €) des résultats (2017-2021)

Budgets	Libellé	Domaine	2017	2018	2019	2020	2021	% moyen	% 2017 - 2021
Budget H	Budget général	Charges de FCT	56 124 291	57 874 133	58 114 793	61 408 507	65 888 421	4,1%	17,4%
		P° de FCT	55 091 377	55 018 466	55 938 427	59 519 985	63 345 989	3,6%	15,0%
		Résultat	-1 032 914	-2 855 667	-2 176 366	-1 888 521	-2 542 432	25,3%	146,1%
Budget B0		Charges de FCT	2 764 777	2 785 352	2 895 688	2 817 357	2 984 917	1,9%	8,0%
		P° de FCT	2 626 082	2 600 505	2 594 402	2 753 046	2 825 634	1,8%	7,6%
		Résultat	-138 695	-184 847	-301 286	-64 311	-159 283	3,5%	14,8%
Budget E0		Charges de FCT	6 457 163	6 467 133	6 443 119	7 430 494	7 492 975	3,8%	16,0%
		P° de FCT	6 398 335	6 520 395	6 590 964	7 593 289	7 706 524	4,8%	20,4%
		Résultat	-58 828	53 261	147 844	162 795	213 549	#NOMBRE!	-463,0%
Budget P0		Charges de FCT	392 139	391 928	446 782	483 967	461 584	4,2%	17,7%
		P° de FCT	363 443	386 409	398 669	455 972	601 278	13,4%	65,4%
		Résultat	-28 697	-5 520	-48 113	-27 995	139 694	#NOMBRE!	-586,8%
Budget P1		Charges de FCT	308 550	270 952	280 904	316 023	365 726	4,3%	18,5%
		P° de FCT	343 453	311 210	303 661	269 940	362 716	1,4%	5,6%
		Résultat	34 903	40 258	22 757	-46 083	-3 010	#NOMBRE!	-108,6%
Budget P2		Charges de FCT	0	0	67 619	221 869	363 098	#DIV/0!	#DIV/0!
		P° de FCT	0	0	67 619	189 780	384 336	#DIV/0!	#DIV/0!
		Résultat	0	0	0	-32 089	21 238	#DIV/0!	#DIV/0!
Budget C0		Charges de FCT	1 590 103	1 582 685	1 638 691	1 662 814	1 887 420	4,4%	18,7%
		P° de FCT	1 675 318	1 684 062	1 801 973	1 813 111	2 090 422	5,7%	24,8%
		Résultat	85 215	101 377	163 282	150 297	203 002	24,2%	138,2%
Budget A0		Charges de FCT	455	0	0	0	0	-100,0%	-100,0%
		P° de FCT	380	0	0	0	0	-100,0%	-100,0%
		Résultat	-75	0	0	0	0	-100,0%	-100,0%
Résultat global			-1 139 090	-2 851 138	-2 191 881	-1 745 908	-2 127 242	16,9%	86,7%

Source : états financiers.

Tableau n° 14 : Aides non reconductibles de l'ARS (budget principal)

NOTIFICATIONS BUDGETAIRES - BUDGET PRINCIPAL		Caractère	2017	Caractère	2018	Caractère	2019	Caractère	2020	Caractère	2021
FIR	Assistants spécialistes post-internat	NR	182 000 €	NR	135 000 €	NR	94 500 €				
	PET - Prime d'Exercice Territorial	NR	20 631 €	NR	38 881 €	NR	42 492 €	NR	34 921 €	NR	21 020 €
	Pédiatre partagé sur le territoire	NR	55 000 €								
	Simulation en santé	NR IFPS	14 323 €								
	Primes multi-sites	NR	18 480 €								
	Education thérapeutique du patient	NR	12 500 €								
MIGAC	Reversement mise en service	AC NR	89 766 €			AC NR	171 688 €				
	Accompagnement soutien fin d'exercice	AC NR	1 000 000 €	AC NR	1 000 000 €	AC NR	670 000 €	AC NR	850 000 €		
	Hôpital numérique	AC NR	127 500 €								
Total			1 520 200 €		1 173 881 €		978 680 €		884 921 €		21 020 €

Source : CHF.

**Tableau n° 15 : Aides non reconductibles de l'ARS (Ehpad et USLD)**

NOTIFICATIONS BUDGETAIRES - BUDGET USLD		Intitulé	Caractère	2017	2018	2019	2020	2021
USLD	Crédits non reconductibles - renouvellement des conventi	USLD	CNR	130 263 €	130 263 €	130 000 €	130 000 €	
	SEGUR : revalorisation des personnels non médicaux	USLD	CNR					176 515,00 €
	SEGUR : revalorisation des personnels médicaux	USLD	CNR					4 808,00 €
	Surcoûts COVID	USLD	CNR				89 454 €	43 784,00 €
	SEGUR : revalorisation des personnels non médicaux	USLD	CNR					4 969,00 €
	COVID 19 - Compensation des surcoûts d'exploitation	USLD	CNR					13 683,00 €
EHPAD	Prime COVID	EHPAD	NR				77 344 €	
	perte de recettes hébergement COVID	EHPAD	NR				17 705 €	13 710 €
	CNR Médicaments et DM	EHPAD	NR				12 000 €	
	CNR Dépenses de personnel non perennes	EHPAD	NR				25 000 €	
	CNR COVID 19 - pertes de recettes hébergement	EHPAD	NR				8 891 €	
	CNR COVID 19 - complément prime COVID	EHPAD	NR				21 156 €	
	CNR COVID 19 - surcout covid + masques	EHPAD	NR				218 067 €	
	CNR COVID Surcoûts personnel	EHPAD	NR					20 875 €
	CNR COVID surcoûts petit matériel	EHPAD	NR					2 845 €
	Compensation pertes de recettes	EHPAD	NR					140 326 €
	Médicaments	EHPAD	NR					10 000 €
	Formation	EHPAD	NR					20 835 €
	COVID frais logistique	EHPAD	NR					9 906 €
	COVID petit matériel médical	EHPAD	NR					24 164 €
	COVID renfort personnel	EHPAD	NR					112 340 €
		CLACT	EHPAD	NR			27 400 €	
	Molécules onéreuses	EHPAD	NR		35 520 €	35 520 €		
	Crédits non reconductibles	EHPAD	NR		15 000 €			
<b>Total</b>				<b>130 263 €</b>	<b>180 783 €</b>	<b>192 920 €</b>	<b>599 617 €</b>	<b>598 760 €</b>

Source : CHF.

**Tableau n° 16 : Résultats comptables corrigés des aides non reconductibles**

	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul 2017-2021
résultats comptables (tous budgets confondus)	- 1 139 090 €	- 2 851 138 €	- 2 191 881 €	- 1 745 908 €	- 2 127 242 €	- 10 055 258 €
aides de l'ARS non reconductibles budget principal	1 520 200 €	1 173 881 €	978 680 €	884 921 €	21 020 €	4 578 702 €
aides de l'ARS non reconductibles EHPAD et USLD	130 263 €	180 783 €	192 920 €	599 617 €	598 760 €	1 702 343 €
résultats retraités des aides ARS non reconductibles	- 2 789 553 €	- 4 205 802 €	- 3 363 481 €	- 3 230 446 €	- 2 747 022 €	- 16 336 303 €

Source : CHF.

**Tableau n° 17 : Evolution des dépenses d'intérim**

INTERIM NON MEDICAL	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2021-2017
Budget principal	47 882,97 €	99 687,83 €	66 029,91 €	216 715,24 €	264 628,06 €	464%
Budget EHPAD	5 813,71 €	13 920,60 €	2 000,35 €	4 566,40 €	32 458,38 €	433%
Budget USLD	10 941,55 €	27 627,72 €	1 294,06 €	2 946,95 €	30 064,54 €	172%
<b>TOTAL INTERIM NON MEDICAL</b>	<b>47 882,97 €</b>	<b>99 687,83 €</b>	<b>66 029,91 €</b>	<b>216 715,24 €</b>	<b>264 628,06 €</b>	<b>452%</b>

INTERIM MEDICAL	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2021-2017
Budget principal	1 491 270,04 €	1 803 802,83 €	2 187 143,36 €	3 052 226,18 €	3 657 360,67 €	145%
Budget EHPAD	10 612,43 €	61 365,27 €	8 775,83 €		46 806,50 €	318%
Budget USLD	18 929,69 €	25 164,18 €	12 142,30 €			
Budget Centre de Santé de Fougères				30 832,21 €		
Budget Centre de Santé de Louvigné du Désert				13 683,61 €	17 226,20 €	
<b>TOTAL</b>	<b>1 520 812,16 €</b>	<b>1 890 332,28 €</b>	<b>2 208 061,49 €</b>	<b>3 096 742,00 €</b>	<b>3 721 393,37 €</b>	<b>145%</b>

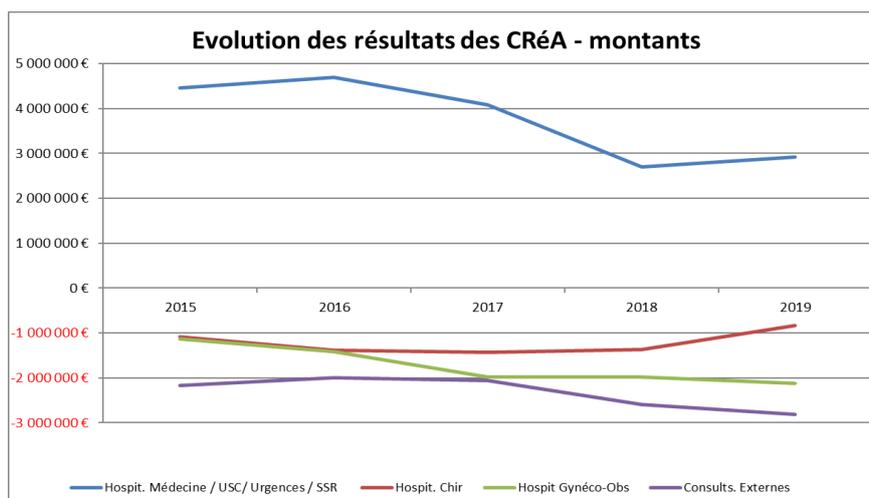
Source : CHF.

Tableau n° 18 : La rentabilité des pôles médicaux (CREA)

	2017	2018	2019
<b>POLE 1 : Médecine-urgences-imagerie</b>			
Urgences SMUR UHCD	-40 559 €	47 473 €	-47 870 €
Médecine (Cardiologie, AVC, Pneumologie, Gastro-Endocrin-Diabéto, Médecine 2, Consultations Externes de médecine)	1 523 947 €	855 896 €	573 988 €
Soins Palliatifs	486 168 €	110 955 €	299 532 €
<b>Total Pole 1</b>	<b>1 969 557 €</b>	<b>1 014 324 €</b>	<b>825 650 €</b>
<b>POLE 2 : Interventionnel et ambulatoire</b>			
Surveillance continue	-407 534 €	-486 403 €	-532 616 €
Chirurgie ambulatoire	-486 286 €	-686 705 €	-752 878 €
Chirurgie hospitalisation complète	-949 328 €	-675 553 €	-80 394 €
Consultations externes de chirurgie	-908 683 €	-1 075 796 €	-939 461 €
Consultations externes d'anesthésie	-126 836 €	-234 088 €	-340 209 €
<b>Total Pole 2</b>	<b>-2 878 666 €</b>	<b>-3 158 544 €</b>	<b>-2 645 559 €</b>
<b>POLE 3 : Gériatrie</b>			
Gériatrie	1 680 212 €	1 212 125 €	1 406 752 €
SSR	7 369 €	-75 301 €	-60 410 €
<b>Total Pole 3</b>	<b>1 687 581 €</b>	<b>1 136 824 €</b>	<b>1 346 342 €</b>
<b>POLE 4 : Femme et enfant</b>			
Pédiatrie néonatalogie	-89 023 €	-60 104 €	91 170 €
Gynécologie obstétrique IVG	-2 082 844 €	-2 151 175 €	-2 454 712 €
<b>Total Pole 4</b>	<b>-2 171 867 €</b>	<b>-2 211 279 €</b>	<b>-2 363 542 €</b>
Psychiatrie	94 €	-5 720 €	-5 284 €
<b>TOTAL</b>	<b>-1 393 301 €</b>	<b>-3 224 395 €</b>	<b>-2 842 393 €</b>

Source : CHF – CREA 2019.

Graphique n° 4 : Evolution des résultats par pôle médical



Source : CHF – CREA 2019.

Tableau n° 19 : Aides de l'ARS (MIGAC)

<b>NOTIFICATIONS BUDGETAIRES - BUDGET PRINCIPAL</b>		2017	2018	2019	2020	2021
MIGAC	Aides à l'investissement mesures nationales	1 300 208 €	1 300 208 €	1 300 208 €	1 300 208 €	1 300 208 €
	Reversement mise en service	89 766 €		171 688 €		
	Biosimilaires					1 517 €
	Prime SEGUR ( Complément Traitement Indemnitaire ) des PNM				605 228 €	
	Primes COVID pour les agents de la FPH				662 000 €	
	COVID : compensation des tests RTPCR				296 105 €	460 646 €
	COVID 19 : Vaccination					957 263 €
	COVID : compensation pour perte de recettes T2				440 911 €	323 999 €
	COVID : dotations forfaitaires pour compenser les charges et pertes de recettes				120 000 €	
	SURCOUTS COVID				1 060 827 €	1 528 998 €
	IESPE - Indemnité d'engagement de service public				30 843 €	
	Accompagnement soutien fin d'exercice	1 000 000 €	1 000 000 €	670 000 €	850 000 €	
	Prime "Grand âge" pour les aides-soignants				20 683 €	20 683 €
	Programme SIMPHONIE		4 000 €	4 000 €		
	Prime pour les personnels non médicaux des services d'urgence et SMUR			122 997 €		
	Parcours d'admissions directes des personnes âgées				129 333 €	134 986 €
	Soutien exceptionnel au fonctionnement des urgences en période estivale			23 606 €		
	PASS				13 204 €	
	Revalorisation des personnels des IFPS / SEGUR					79 368 €
	SEGUR : péréquation EPS					483 706 €
	Prime d'encadrement et prime managériale					13 555 €
	Programme SIMPHONIE					15 000 €
	Relèvement de l'indice minimal de traitement					5 155 €
	Docteurs juniors					1 333 €
	SEGUR - Mesure Attractivité					132 406 €
	SEGUR - Sécurisation des organisations et des environnements					196 925 €
	Prime Grand âge pour les aides-soignants					4 848 €
	COVID 19 - restitution de la sous-exécution de la part tarif MCO					169 348 €
	SMUR	1 010 396 €	986 450 €	965 375 €	957 660 €	
	Rémunération et charges organisations syndicales	25 794 €	25 794 €	25 794 €	25 794 €	25 794 €
	Actes dentaires, actes de biologie	4 516 €	21 092 €	24 733 €	27 424 €	28 165 €
	Financement des internes : stages hospitaliers	203 470 €	200 064 €	123 083 €	223 242 €	223 242 €
	Etudes médicales - stages hospitaliers					37 536 €
	Consultations hospitalières d'addictologie	39 552 €	39 552 €	39 552 €	39 552 €	39 552 €
	Hôpital numérique	127 500 €				
	Consultations hospitalières d'addictologie - SEGUR					2 668 €
	Acquisition et maintenance des moyens zonaux des ét de santé		5 040 €	9 520 €		5 040 €
	Avances sur mesures non notifiées : reprise					-53 024 €
	PASS	40 001 €	40 001 €	40 001 €	40 001 €	40 001 €
	<b>TOTAL MIGAC</b>	<b>3 841 203 €</b>	<b>3 622 201 €</b>	<b>3 520 557 €</b>	<b>6 843 015 €</b>	<b>6 178 918 €</b>

Source : CHF.

<b>NOTIFICATIONS BUDGETAIRES - BUDGET USLD</b>		Intitulé	2017	2018	2019	2020	2021
USLD	Base USLD	USLD	1 074 894 €	1 074 894 €	1 074 894 €	1 035 269 €	1 035 269,00 €
	Crédits non reconductibles - renouvellement des conventi	USLD	130 263 €	130 263 €	130 000 €	130 000 €	
	SEGUR : revalorisation des personnels non médicaux	USLD					176 515,00 €
	Prime Grand âge	USLD				30 575 €	30 575,00 €
	SEGUR : revalorisation des personnels médicaux	USLD					4 808,00 €
	Surcoûts COVID	USLD				89 454 €	43 784,00 €
	SEGUR : revalorisation des personnels non médicaux	USLD					4 969,00 €
	Renouvellement des conventions tripartites	USLD			-39 625 €		267 467,00 €
	COVID 19 - Compensation des surcoûts d'exploitation	USLD					13 683,00 €
<b>Total USLD</b>		<b>1 205 157 €</b>	<b>1 205 157 €</b>	<b>1 165 269 €</b>	<b>1 285 298 €</b>	<b>1 577 070,00 €</b>	

Source : CHF.

<b>NOTIFICATIONS BUDGETAIRES - BUDGET EHPAD</b>		Intitulé	2017	2018	2019	2020	Notifications 2021
EHPAD	Base nette	EHPAD	2 199 043 €	2 199 043 €	2 199 043 €	2 199 043 €	2 614 623 €
	Actualisation	EHPAD				24 189 €	27 976 €
	Réforme de tarification suite à coupe PATHOS	EHPAD				216 420 €	190 316 €
	Mesures nouvelles PGA + SEGUR + IDE de NUIT	EHPAD				174 971 €	
	Prime COVID	EHPAD				77 344 €	
	perte de recettes hébergement COVID	EHPAD				17 705 €	13 710 €
	CNR Médicaments et DM	EHPAD				12 000 €	
	CNR Dépenses de personnel non perennes	EHPAD				25 000 €	
	CNR COVID 19 - pertes de recettes hébergement	EHPAD				8 891 €	
	CNR COVID 19 - complément prime COVID	EHPAD				21 156 €	
	CNR COVID 19 - surcout covid + masques	EHPAD				218 067 €	
	Mesures SEGUR	EHPAD					293 483 €
	SEGUR MED	EHPAD					-1 846 €
	CNR COVID Surcouts personnel	EHPAD					20 875 €
	CNR COVID surcouts petit matériel	EHPAD					2 845 €
	Mesures SEGUR 2021	EHPAD					38 817 €
	SEGUR MED	EHPAD					36 360 €
	SEGUR Attractivité	EHPAD					4 844 €
	SEGUR Interressements	EHPAD					24 416 €
	Compensation pertes de recettes	EHPAD					140 326 €
	Médicaments	EHPAD					10 000 €
	Formation	EHPAD					20 835 €
	COVID frais logistique	EHPAD					9 906 €
	COVID petit matériel médical	EHPAD					24 164 €
	COVID renfort personnel	EHPAD					112 340 €
	CLACT	EHPAD				27 400 €	
	Molécules onéreuses	EHPAD			35 520 €	35 520 €	
Crédits non reconductibles	EHPAD			15 000 €			
total EHPAD				2 249 563 €	2 261 963 €	2 994 786 €	3 583 991 €

Source : CHF.

Tableau n° 20 : Evolutions bilancielle (en €)

BIENS	2017	2018	2019	2020	2021	FINANCEMENTS	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Biens stables</b>						<b>Financements stables</b>					
Immobilisations incorporelles	1 694 738	1 821 765	1 918 447	1 948 438	1 940 299	Apports	10 703 386	10 703 386	10 703 686	10 708 040	19 694 957
Immobilisations corporelles brutes :						Excédents affectés à l'investissement	4 320 693	4 320 693	4 320 693	4 320 693	4 320 693
- Terrains	550 149	529 107	529 107	529 107	529 107	Amortissements :					
- Constructions	88 132 734	90 275 660	90 338 624	90 645 528	90 773 099	- Immobilisations incorporelles	1 414 252	1 559 239	1 706 941	1 822 765	1 874 487
- Installations techn., matériel, outillage	15 890 095	16 101 639	17 013 666	16 833 512	17 278 398	- Terrains (agencements, aménagements)	78 231	78 231	78 231	78 231	78 231
- Autres	5 613 641	5 850 004	6 081 969	6 322 379	6 458 203	- Constructions	39 766 665	42 054 926	44 491 818	46 906 549	49 289 824
Immobilisations corporelles en cours	1 155 517	14 066	19 853	462	126 027	- Installations techn., matériel, outillage	13 619 097	14 343 260	14 928 568	14 916 662	15 619 049
Immobilisations financières						- Autres	4 542 629	4 812 780	5 110 717	5 447 839	5 754 127
Immobilisations affectées et participations	4 562	4 556	4 551	4 540	4 531	Subventions d'investissements	1 455 406	1 324 268	1 305 472	1 564 375	2 006 115
Autres immobilisations financières	4 543	2 493	2 493	2 493	7 192 027	Dettes financières (à long terme)	42 830 849	40 472 717	39 619 046	37 212 914	34 771 435
Charges à répartir	0	0	0	0	0	Dépréciation des immobilisations	0	0	0	0	0
						Droits de l'affectant	0	0	0	0	0
TOTAL II	113 045 980	114 599 290	115 908 711	116 286 459	124 301 692	TOTAL I	118 731 209	119 669 500	122 265 172	122 978 069	133 408 918
Fonds de roulement d'investissement négatif (II - I)	0	0	0	0	0	Fonds de roulement d'investissement positif (I - II)	5 685 230	5 070 211	6 356 462	6 691 610	9 107 226
Actifs stables d'exploitation						Financements stables d'exploitation					
Créances article 58						Réserves de trésorerie	2 252 631	2 252 631	2 252 631	2 252 631	2 252 631
Créances sur l'Etat (secteur psy)						Réserves de compensation	477 872	477 872	477 872	477 872	477 872
						Résultat de l'exercice	-1 139 090	-2 851 138	-2 191 881	-1 745 908	-2 127 242
						Report à nouveau excédentaires	376 051	454 560	561 018	719 867	970 274
						Provisions réglementées	6 006 534	6 971 814	6 999 214	7 266 714	7 266 714
						Report à nouveau déficitaire (signe -)	-3 741 271	-4 958 870	-7 916 466	-10 267 196	-12 263 511
						Provisions pour risques et charges	1 692 427	2 691 414	3 099 772	3 791 559	3 794 962
						Autres dépréciations	80 613	119 563	147 202	147 202	147 202
TOTAL IV	0	0	0	0	0	TOTAL III	6 005 767	5 157 847	3 429 363	2 642 742	518 903
Fonds de roulement d'exploitation négatif (IV - III)	0	0	0	0	0	Fonds de roulement d'exploitation positif (III - IV)	6 005 767	5 157 847	3 429 363	2 642 742	518 903
Fonds de roulement net global négatif	0	0	0	0	0	Fonds de roulement net global positif	11 690 997	10 228 058	9 785 824	9 334 352	9 626 129
Valeurs d'exploitation						Dettes d'exploitation					
Stocks	728 737	755 795	817 488	980 225	1 016 832	Avances reçues	448 423	280 924	492 602	328 303	614 543
Hospitalisés et consultants (valeur brute)	962 381	874 333	866 836	1 051 147	998 433	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	2 420 314	3 041 551	2 673 022	4 184 996	13 615 595
Caisse pivot (hors article 58)	3 658 739	6 787 235	6 565 132	6 009 741	7 299 882	Dettes fiscales et sociales	2 077 216	1 696 905	1 722 916	4 051 800	2 691 127
Autres tiers payants	2 107 062	1 855 938	2 443 933	1 776 160	2 002 641	Dettes diverses d'exploitation					
Créances admises en non valeur	0	0	0	0	0	Dettes sur immobilisations	496 910	43 619	90 531	60 648	163 625
Autres	3 653 865	586 828	867 402	1 380 668	2 151 503	Produits constatés d'avance	0	0	0	0	0
Créances diverses	1 058 287	926 788	1 764 628	1 387 107	11 664 810	Autres	170 482	160 096	1 125 553	174 978	149 435
Créances sur immobilisations	0	0	0	0	0	Recettes à classer	253 145	184 532	99 383	1 146 400	1 300 875
Charges constatées d'avance	0	0	0	0	0	TOTAL V	5 866 490	5 407 627	6 204 008	9 947 125	18 535 199
Dépenses à classer	144 194	149 007	257 157	4 732	8 720						
TOTAL VI	12 313 266	11 935 924	13 582 576	12 589 779	25 142 821						
Besoin en fonds de roulement (VI - V)	6 446 776	6 528 296	7 378 569	2 642 655	6 607 622	Excédent de financement (V - VI)	0	0	0	0	0
Liquidités						Financements à court terme					
Valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0	Fonds déposés par hospitalisés et hébergés	94 242	106 523	47 941	9 000	2 910
Disponibilités	5 581 169	4 029 289	2 666 678	6 900 240	3 208 878	Intérêts courus	242 706	223 004	211 481	199 542	187 460
						Ligne de trésorerie					
						Autres SC classe 5					
TOTAL VIII	5 581 169	4 029 289	2 666 678	6 900 240	3 208 878	TOTAL VII	336 948	329 527	259 422	208 542	190 370
Trésorerie positive (VIII - VII)	5 244 221	3 699 761	2 407 256	6 691 698	3 018 507	Trésorerie négative (VII - VIII)	0	0	0	0	0
TOTAL DES BIENS (I+IV+VI+VIII)	130 940 415	130 564 502	132 157 965	135 776 478	152 653 390	TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	130 940 415	130 564 502	132 157 965	135 776 478	152 653 390

Source : états financiers

**Tableau n° 21 : Dettes fournisseurs (en nombre de jours d'exploitation)**

	Région			Catégorie		Typologie	
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2017	59.5	29.9	76.3	38.1	89.9	51.1	96.3
2018	76.5	32.2	76.5	42	97.1	58	107.5
2019	70.1	48.5	86.2	42	112.2	58	116.5
2020	105.7	42.6	104.6	43.2	110.1	56.1	110.9

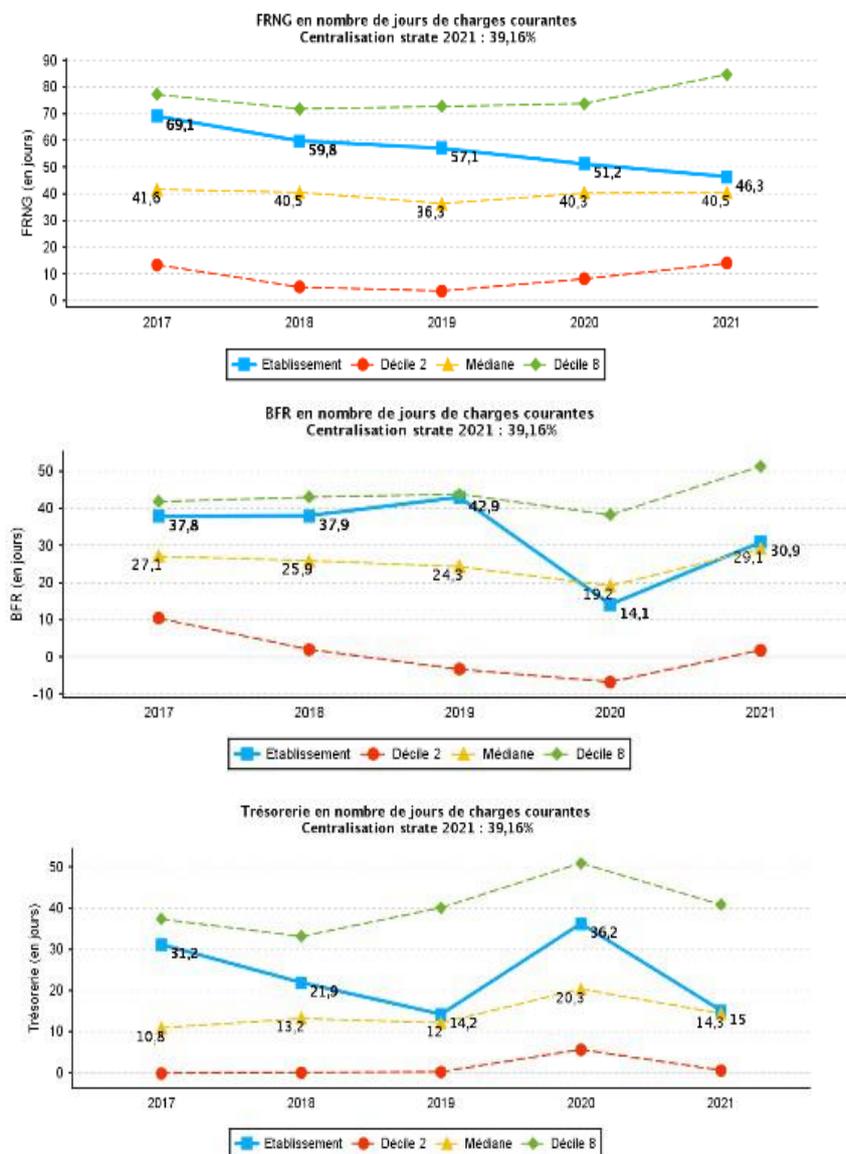
Source : Hospidiag (au 24 novembre 2022).

**Tableau n° 22 : Indicateurs de capacité financière**

VOLET 1 - FICHE FINANCIERE		2019	2020	2021
<b>1</b>	<b>GRANDEURS BILANTIELLES AU 31.12</b>			
12	FRNG ( en Keuros )	9 675	9 223	9 495
13	FRNG ( ressources / emplois ) ( en % )	108.3	107.9	108.1
14	BFR ( en Keuros )	7 379	2 531	4 556
15	Trésorerie ( en Keuros )	2 407	6 692	3 193
<b>2</b>	<b>RATIOS LIES A LA DETTE</b>			
22a	Remboursement annuité K / Amortissements ( en % )	70.1	66.9	0
22b	Coefficient d autofinancement courant ( en % )	101.3	99.8	101.1
23	Taux d intérêt de la dette ( en nombre )	3.2	3.1	2.3
<b>3</b>	<b>INVESTISSEMENTS</b>			
30	Actifs immobilisés bruts ( en Keuros )	115 902	116 279	117 013
31	Amortissements de l exercice ( en Keuros )	3 501	3 597	0
32	Taux de renouvellement des immobilisations ( en % )	1.2	1.0	0.6
33	Taux de vétusuté des équipements ( en % )	86.8	87.9	86.3
34	Taux de CAF ( en % )	2.6	3.7	1.7
35	Taux de marge brute ( en % )	4.0	5.2	2.9
36	Poids des amortissements / Marge brute ( en % )	137.2	100.7	0
37	Poids des frais financiers / Marge brute ( en % )	50.0	33.8	44.9
<b>7</b>	<b>INDICATEURS DU DECRET DU 27 JUIN 2008</b>			
70	Niveau du résultat comptable corrigé (budget principal)	- 4.4	- 3.5	- 2.4
71	Niveau de la CAF brute (toutes activités)	2.4	3.6	1.7
72	Niveau de la CAF nette (toutes activités)	- 823	149	- 744
8	DECRET DGOS/DGFIP DU 14/12/2011			
80	Indépendance financière ( en % )	64.5	64.1	64.9
81	Durée apparente de la dette ( en annee )	24.3	14.6	31.5
82	Poids de la dette ( en % )	61.4	53.9	53.7

Source : DGFIP.

Graphique n° 5 : Evolution des indicateurs bilanciaux



Source : Finances publiques – DGFIP.

Tableau n° 23 : Indicateurs d'alerte/endettement

DECRET DGOS/DGFIP DU 14/12/2011	2018	2019	2020	2021	Critères de référence
Indépendance financière (en %)	62,5	64,5	64,1	54,9	< à 50%
Durée apparente de la dette (en années)	16,06	24,29	14,57	43,70	< à 10 ans
Ratio encours de la dette/Total des produits (en %)	63,80%	61,40%	53,90%	47,40%	< à 30%

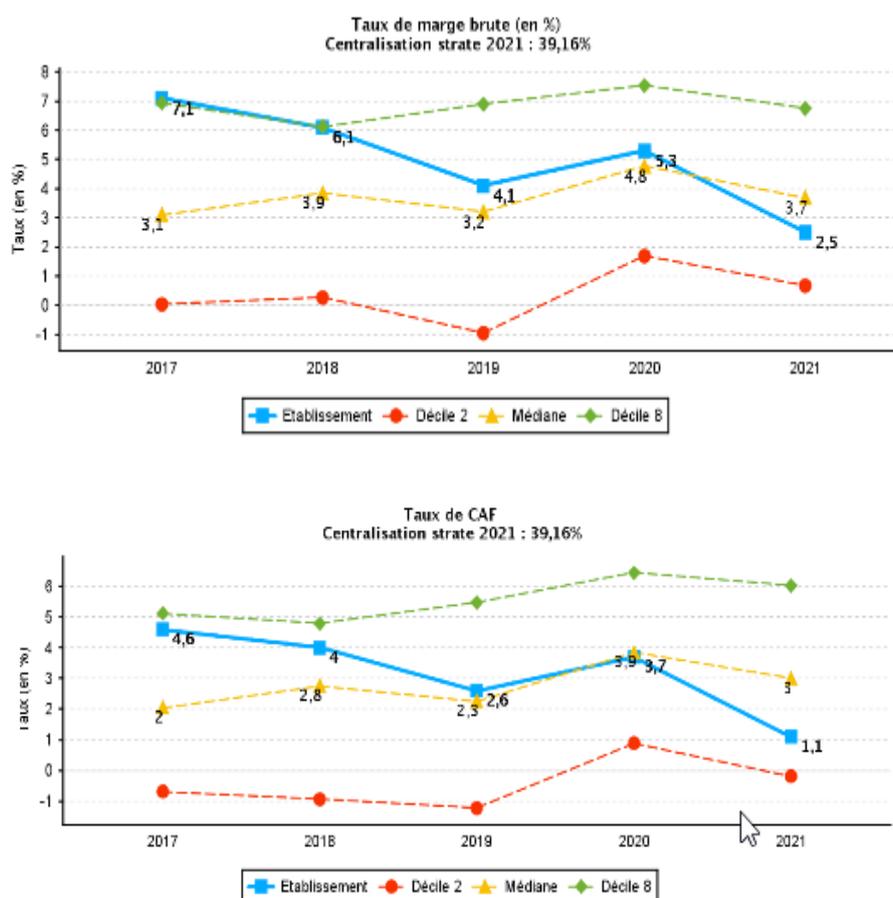
Source : CHF.

Tableau n° 24 : Tableau des emprunts en cours (au 31/12/2021)

Type	Référence CHF	Référence établissement bancaire	Prêteur	Date de souscription	Montant initial	Capital amorti	Intérêts	Capital restant dû	Durée
Emprunt	07/01-2	MIN248816EUR	DEXIA CL	08/08/2007	1 926 000,00 €	128 400,00 €	7 870,20 €	96 300,00 €	15
Emprunt	03/2	MIN212432EUR	DEXIA CL	31/12/2003	517 000,00 €	25 850,00 €	2 995,06 €	58 162,50 €	20
Emprunt	09/1	MON264413EUR	DEXIA CL	01/04/2009	2 000 000,00 €	100 000,00 €	36 821,62 €	750 000,00 €	20
Emprunt	09/2	MPH264451EUR	DEXIA CL	03/04/2009	1 286 000,00 €	64 299,96 €	2 325,20 €	471 533,75 €	20
Emprunt	10/1	BCME - 10M/3,62%	ARKEA	10/10/2010	10 000 000,00 €	359 908,74 €	249 715,90 €	6 672 273,19 €	25
Emprunt	10/2	85100421	CE	10/07/2010	10 000 000,00 €	347 892,50 €	272 545,34 €	6 988 504,56 €	25
Revolving	11/1	110344	CACIB ex BFT	06/09/2011	4 000 000,00 €	131 251,34 €	126 616,28 €	2 970 712,87 €	26
Revolving	09-5	34760839	CACIB ex BFT	26/04/2010	9 300 000,00 €	334 505,31 €	266 990,77 €	6 181 636,07 €	25
Emprunt	11/3	43009837	CREDIT AGRICOLE	03/08/2011	1 564 000,00 €	156 400,00 €	3 851,35 €	0,00 €	10
Emprunt	11/2	0 013 753 X	CE	02/08/2011	7 750 000,00 €	265 928,97 €	49 382,42 €	5 561 591,67 €	25
Emprunt	13/2	10000055527	CREDIT AGRICOLE	26/09/2013	650 000,00 €	24 469,28 €	8 627,77 €	475 751,05 €	25
Emprunt	13/1	4585247	CE	25/04/2013	650 000,00 €	30 506,95 €	11 173,45 €	422 511,71 €	20
Emprunt	05/02 Ream	MON505168EUR	SFIL	05/10/2015	5 130 100,00 €	392 066,67 €	62 830,62 €	2 721 999,98 €	20
Emprunt	42238407	42238407	ARKEA	13/07/2017	1 600 000,00 €	80 000,00 €	29 870,00 €	1 400 000,00 €	20
<b>TOTAL</b>					<b>56 373 100,00 €</b>	<b>2 441 479,72 €</b>	<b>1 131 615,98 €</b>	<b>34 770 977,35 €</b>	

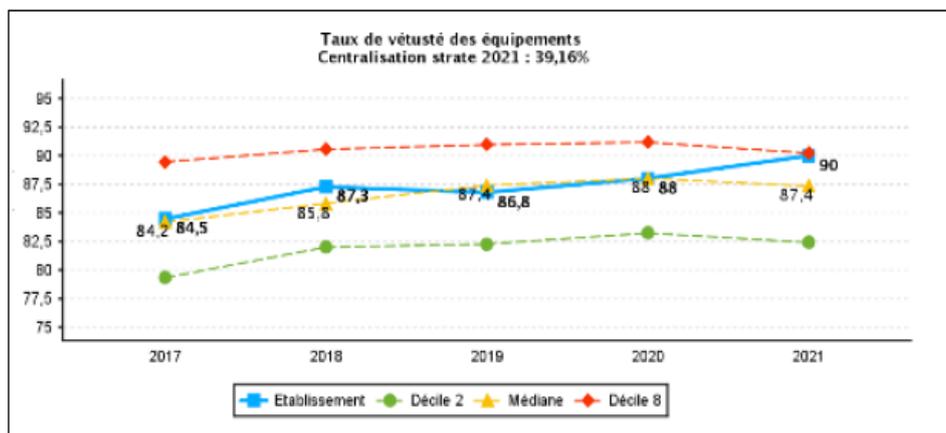
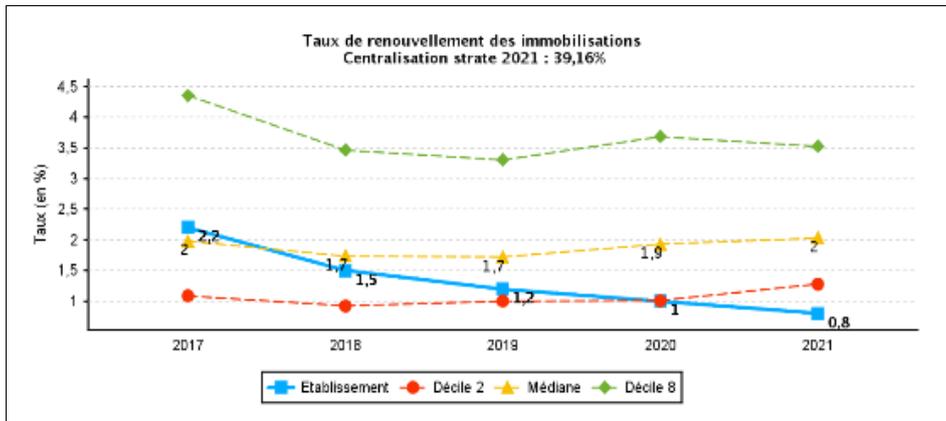
Source : CHF.

Graphique n° 6 : Situation de l'autofinancement



Source : Finances publiques – DGFIP.

Graphique n° 7 : Niveaux de vétusté



Source : Finances publiques – DGFIP.

Tableau n° 25 : Résultats, CAF et tableau de financement

SYNTHESE RESULTATS	Résultats 2018	Résultats 2019	Résultats 2020	Résultats 2021
Budget principal	-2 855 667 €	-2 176 366 €	-1 888 521 €	-2 542 432 €
Budget DNA	0 €	0 €	0 €	0 €
Budget IFPS	101 377 €	163 282 €	150 297 €	203 002 €
Budget USLD	-184 847 €	-301 286 €	-64 311 €	-159 283 €
Budget EHPAD	53 261 €	147 844 €	162 795 €	213 549 €
Budget CSAPA	-5 520 €	-48 113 €	-27 995 €	139 694 €
Budget Centre de Santé Fougères	40 258 €	22 757 €	-46 083 €	-3 010 €
Budget Centre de Santé Louvigné du Désert		0 €	-32 089 €	21 238 €
<b>Résultats</b>	<b>-2 851 138 €</b>	<b>-2 191 881 €</b>	<b>-1 745 908 €</b>	<b>-2 127 242 €</b>

Capacité d'Autofinancement	2018	2019	2020	2 021,00 €
Résultats cumulés	-2 851 138 €	-2 191 881 €	-1 745 908 €	-2 127 242 €
VNC	21 042 €	0 €	0 €	0 €
Dotations aux amortissements & provisions	5 573 135 €	4 639 888 €	4 556 005 €	3 665 481 €
Produits des cessions d'éléments d'actifs	-81 100 €	0 €	-99 120 €	-3 749 €
Quote part des subventions virée au résultat	-141 788 €	-141 788 €	-156 218 €	-158 260 €
Reprises sur amortissements, dépréciations et provis	0 €	-675 400 €	0 €	-159 618 €
<b>CAF</b>	<b>2 520 152 €</b>	<b>1 630 819 €</b>	<b>2 554 759 €</b>	<b>1 216 613 €</b>
<b>CAF Nette</b>	<b>162 020 €</b>	<b>-822 852 €</b>	<b>148 627 €</b>	<b>-1 224 867 €</b>

TABLEAU DE FINANCEMENT	2018	2019	2020	2021
Remboursement des dettes financières	2 358 132 €	2 453 671 €	2 406 132 €	2 441 480 €
Immobilisations	1 718 766 €	1 342 678 €	1 122 640 €	884 497 €
Autres emplois	0 €	0 €	0 €	8 986 917 €
<b>Total des emplois</b>	<b>4 076 898 €</b>	<b>3 796 349 €</b>	<b>3 528 772 €</b>	<b>12 312 894 €</b>
CAF	2 520 152 €	1 630 819 €	2 554 759 €	1 216 613 €
Emprunts	0 €	1 600 000 €	0 €	0 €
Dotations et subventions	10 650 €	123 292 €	419 476 €	9 586 917 €
Autres ressources	83 156 €	4 €	103 065 €	1 801 140 €
<b>Total des ressources</b>	<b>2 613 958 €</b>	<b>3 354 116 €</b>	<b>3 077 300 €</b>	<b>12 604 670 €</b>
<b>Apport ou Prélèvement au fonds de roulement</b>	<b>-1 462 940 €</b>	<b>-442 233 €</b>	<b>-451 472 €</b>	<b>291 777 €</b>

Source : CHF – Etats financiers.

Tableau n° 26 : Plan global pluriannuel de financement

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Produits de l'activité (73 et 7471 du CRPP) <i>Evol NN-1</i>	47 394 616 € 4,47%	48 145 309 € 1,58%	47 091 686 € -2,19%	47 803 073 € 1,51%	48 528 689 € 1,52%	49 268 816 € 1,53%
Charges de personnel (CRPP) <i>Evol NN-1</i>	48 081 515 € 8,86%	48 651 821 € 1,19%	48 224 504 € -0,88%	48 465 627 € 0,50%	48 707 955 € 0,50%	48 951 495 € 0,50%
Produits courants de fonctionnement (EJ) <i>Evol NN-1</i>	71 396 104 €	72 956 964 €	72 262 440 €	73 218 330 €	74 191 975 €	75 183 717 €
Charges nettes courantes de fonctionnement (EJ) <i>Evol NN-1</i>	70 360 799 €	71 635 940 € 1,81%	70 895 094 € -1,03%	71 335 687 € 0,62%	71 842 648 € 0,71%	72 353 468 € 0,71%
<b>MARGE BRUTE PREVISIONNELLE</b> <i>Taux prévisionnel de marge brute (6% CPOM Etat-ARS / 8% COPERMO)</i>	1 035 305 € 1,43%	1 321 024 € 1,79%	1 367 346 € 1,87%	1 882 643 € 2,54%	2 349 327 € 3,13%	2 830 248 € 3,72%
Aides ponctuelles (données bench)						
Aides investissements (données Bench)						
Aides Ponctuelles (saisies par l'établissement)	- €	1 300 208 €	1 300 208 €	1 300 208 €	1 300 208 €	1 300 208 €
Aides Investissement (saisies par l'établissement)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
<b>MARGE BRUTE PREVISIONNELLE hors aides</b> <i>Evol NN-1</i>	1 035 305 €	20 816 € - 1 014 489 €	67 138 € 46 322 €	582 435 € 515 298 €	1 049 119 € 466 684 €	1 530 040 € 480 922 €
Taux prévisionnel de marge brute hors aides	1,72%	0,03%	0,11%	0,93%	1,65%	2,37%
Amortissements + Frais Financiers	4 879 795 €	4 687 838 €	4 586 988 €	4 536 988 €	4 473 988 €	4 408 988 €
Couverture des Amo+FF par la Marge Brute	21%	28%	30%	41%	53%	64%
Solde Marge brute hors aide* - (Amort. + F.Financiers)	- 3 844 491 €	- 4 667 023 €	- 4 519 851 €	- 3 954 553 €	- 3 424 869 €	- 2 878 948 €
Solde + aides investissement	- 3 844 491 €	- 4 667 023 €	- 4 519 851 €	- 3 954 553 €	- 3 424 869 €	- 2 878 948 €
<b>RESULTAT COMPTABLE PREVISIONNEL</b> dont Projection du résultat du CRPP	- 3 603 133 €	- 3 103 110 €	- 2 975 786 €	- 2 409 840 €	- 1 880 156 €	- 1 334 235 €
<b>CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT PREVUE</b> <i>Evol NN-1</i>	- 217 552 €	285 661 € 503 213 €	412 985 € 127 324 €	978 930 € 565 946 €	1 508 614 € 529 684 €	2 054 535 € 545 922 €
Taux de CAF	-0,30%	0,39%	0,57%	1,33%	2,02%	2,72%
<b>CAF - Dettes Financières</b>	- 2 571 678 €	- 1 984 459 €	- 1 820 155 €	- 1 294 847 €	- 824 212 €	- 344 749 €
<b>CAF - Dettes Financières - Investissements courants</b>	- 2 571 678 €	- 3 169 459 €	- 3 005 155 €	- 2 479 847 €	- 2 009 212 €	- 1 529 749 €

Source : EPRD 2022.

## Annexe n° 7. Les soins de premier recours

Tableau n° 27 : Capacitaire 2020 et 2021 du CHF

Type de prise en charge	Activités	2020		2021	
		Lits	Places	Lits	Places
MCO	Endoscopie				
	Médecine	96		96	
	Court séjour gériatrique	35		35	
	Unité d'hospitalisation de courte durée	8		8	
SSR	Moyen séjour	25		25	
USLD	Long séjour	49		49	
Ehpad	Maison de retraite	159		159	
Autre (à préciser)	Chirurgie Hospitalisation Complète	28		28	
Autre (à préciser)	Gynécologie-Obstétrique - Pédiatrie/néonatalogie	28		28	
Autre (à préciser)	Unité ambulatoire médico-chirurgicale		14		14
	<b>TOTAL</b>	<b>428</b>	<b>14</b>	<b>428</b>	<b>14</b>

Source : CHF.

Tableau n° 28 : Les consultations externes (nombre d'actes et de consultations)

Discipline	2017	2018	2019	2020	2021
Généralistes	104	32	53	33	11
Neurologie	175	125	141	153	176
Dermatologie	0	0	0	338	566
Chirurgie orthopédique	4196	4427	4397	3840	4366
<i>dont activité libérale</i>	442	405	496	481	494
Chirurgie viscérale	1706	1726	1856	1622	1715
<i>dont activité libérale</i>	367	342	372	288	288
Cardiologie	4025	4642	4672	3807	4173
<i>dont activité libérale</i>	1254	1228	1370	1212	1229
Etc.	42976	41950	41781	37616	38275

Source : CHF.

**Tableau n° 29 : Densité en praticiens**

<i>Densité pour 10 000 habitants</i>	Fougères	Zone d'emploi de Fougères	France
Omnipraticiens	7.8	6.3	8.7
Infirmiers	13.2	11.2	15.2
Masseurs Kinésithérapeutes	14.6	8.4	11
Chirurgiens-dentistes	9.3	4.5	5.3
Orthophonistes	48.7	32	31.3
Sages-femmes	NC	NC	NC

Professionnels libéraux <sup>3</sup>	Omnipraticiens	IDE	Masseurs-kinésithérapeutes	Chirurgiens-dentistes	Orthophonistes	Sages-femmes
Fougères	16	27	30	19	10	2
Zone d'emploi de Fougères	43	77	58	31	22	4

Source : CHF – projet d'établissement.



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