



Le 3 octobre 2016

Le président

à

Dossier suivi par : Valérie Ménard

T 02 99 59 85 58

valerie.menard@crtc.ccomptes.fr

Réf. : 2015-099

Objet : observations définitives relatif à l'examen de la
gestion du centre hospitalier de Paimpol

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le directeur

du centre hospitalier de Paimpol

36, chemin de Kerpruns

CS 20091

22501 Paimpol

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Paimpol concernant les exercices 2011 et suivants pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance, dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet ainsi qu'au directeur départemental des finances publiques.

Jean-Louis HEUGA



NOTIFICATION FINALE DU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

sur la gestion du centre hospitalier de Paimpol

au cours des exercices 2011 et suivants

EN L'ABSENCE DE REPONSE DANS LE DELAI LEGAL

SOMMAIRE

Rapport d'observations définitives

p. 1 à 52

SOMMAIRE

1.	L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT	6
1.1.	PRESENTATION	6
1.2.	L'ACTIVITE ET LES PARTS DE MARCHE	7
1.3.	LE PILOTAGE STRATEGIQUE	9
2.	LA SITUATION FINANCIERE ET BUDGETAIRE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1.	L'EXECUTION BUDGETAIRE	12
2.2.	LA FIABILITE DES COMPTES	13
2.3.	L'ANALYSE FINANCIERE	14
2.4.	LE CONTRAT DE RETOUR A L'EQUILIBRE ET LES MESURES DE REDRESSEMENT	20
3.	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	23
3.1.	PRESENTATION	23
3.3.	L'INTERIM	25
3.4.	AVANCEMENTS D'ECHELONS	25
3.5.	AVANCEMENTS DE GRADES	26
3.6.	LE BILAN SOCIAL	26
3.7.	LE REGIME INDEMNITAIRE	27
3.8.	LA PERMANENCE DES SOINS ET TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS	29
4.	LA COMMANDE PUBLIQUE	30
4.1.	LE CHAMP DU CONTROLE	30
4.2.	L'ORGANISATION DE LA COMMANDE PUBLIQUE	30
4.3.	L'EXPRESSION DES BESOINS ET LE CHOIX DE LA PROCEDURE	30
4.4.	LES MODES DE PUBLICITE, LES DELAIS ET LE DEPOT DES CANDIDATURES ET DES OFFRES	32
4.5.	LA SELECTION DES CANDIDATURES ET DES OFFRES	32
4.6.	L'INFORMATION DES CANDIDATS RETENUS	32
5.	LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER	33
5.1.	LE PILOTAGE STRATEGIQUE DU SIH	33
5.2.	L'ORGANISATION DE LA FONCTION INFORMATIQUE	34
5.3.	LE DEPLOIEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION	38
5.4.	LE COUT DES SYSTEMES D'INFORMATION	39
5.5.	LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN HOPITAL NUMERIQUE	40

Centre hospitalier de Paimpol
OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE
DES COMPTES DE BRETAGNE
Exercices 2011 et suivants

La chambre régionale des comptes de Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion de Centre hospitalier de Paimpol à compter de l'exercice 2011. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 3 juillet 2015.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 4 février 2016 avec M. Patrick RÉMY, ordonnateur, ainsi qu'avec MM. Jean Pierre PÉRON et Guy CROISSANT, anciens ordonnateurs.

Lors de sa séance du 23 février 2016, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 1^{er} avril 2016 à l'ordonnateur ainsi qu'à ses deux prédécesseurs.

Une communication administrative a été adressée à l'ARS Bretagne.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 5 juillet 2016, a arrêté ses observations définitives.

RÉSUMÉ

La chambre régionale des comptes a examiné la gestion du centre hospitalier Max Querrien de Paimpol (CHMQ) pour la période 2011 à 2015. L'établissement est doté de 100 lits et places de courts séjours et de 74 lits et places de soins de suite et de réadaptation. Le secteur personnes âgées compte un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 258 lits et une unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits répartis sur quatre sites différents dont un se trouve sur l'île de Bréhat. Le centre hospitalier emploie près de 650 équivalents temps pleins et dispose d'un budget principal de 34 M€ et de trois budgets annexes.

Les capacités de l'établissement ont été profondément modifiées suite à la fermeture de la chirurgie en 2010 et du service de pédiatrie fin 2014 au profit d'une offre de soins de suite et de réadaptation élargie et du développement des hospitalisations de jours.

L'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), en progression entre 2011 et 2014 notamment grâce au développement de l'ambulatoire (+ 2,9 %), marque le pas en 2015 (-4,6 %). Il en va de même du service de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui voit cependant ses séjours progresser de plus de 28 % depuis 2011.

Le pilotage stratégique de l'établissement s'est amélioré, les pôles médicaux étant destinataires d'informations régulières et bénéficiant prochainement d'une délégation de gestion. En revanche, l'établissement qui ne disposait plus de projet d'établissement depuis 2008, a finalisé un nouveau document en juin 2015 dont le contenu demeure peu précis.

En raison de son périmètre restreint et de l'absence de spécialités médicales, l'activité de l'établissement demeure fragile et très sensible à l'arrivée ou au départ des personnels médicaux. Son attractivité sur le territoire reste assez faible (42 %) et la concurrence des autres établissements du territoire est importante. L'activité du service des urgences et le nombre de consultations externes sont en recul depuis 2011. Par ailleurs, les faibles taux d'occupation des services de médecine ont conduit à une nouvelle réduction capacitaire de 10 lits en 2016.

La situation financière est par ailleurs fortement dégradée et ce, malgré une aide substantielle de l'ARS sur cette période. Le déficit consolidé de l'établissement est de près de 1 M€ en 2014, les pertes cumulées s'élevant au total à 9,2 M€. Le budget principal affiche à la clôture de l'exercice 2015 un déficit de 4,3 M€ dont une partie s'explique par une opération de remboursement anticipé d'un emprunt structuré dont le coût de sortie devrait représenter au minimum une charge nette de 1,3 M€ pour l'établissement.

La situation financière de l'EHPAD est elle aussi déséquilibrée (-170 000 € en 2015) et ne bénéficie pas dans le cadre de la nouvelle convention tripartite des financements correspondant aux charges réellement constatées.

Compte tenu de ces éléments, les capacités d'autofinancement brutes et nettes sont désormais négatives et le fonds de roulement ne couvre plus le besoin en fonds de roulement, fragilisant d'autant la trésorerie de l'établissement.

Les divers contrats de retour à l'équilibre mis en place depuis 2008 et les nombreux changements capacitaires opérés depuis lors n'ont pas à ce jour permis au centre hospitalier de Paimpol de renouer avec l'équilibre financier. Les surcoûts de fonctionnement liés aux problèmes de recrutement médical dans les services des urgences et en radiologie notamment posent désormais la question d'un nouveau partage des activités médicales sur le territoire et d'une meilleure mutualisation des ressources avec les autres établissements de la communauté hospitalière de territoire (CHT).

La gestion administrative est globalement satisfaisante et appelle peu d'observations.

La masse salariale progresse plus vite que les effectifs, sous l'effet notamment d'une politique généreuse en terme d'avancement de grade et d'échelons. Les forts problèmes de recrutements du personnel médical engendrent par ailleurs des dépenses d'intérim croissantes.

L'examen de la commande publique a montré la nécessité d'améliorer la formalisation des achats ainsi que la formation des agents, via notamment une mutualisation de cette fonction avec le centre hospitalier de Tréguier.

Le pilotage stratégique du système d'information hospitalier (SIH) est désormais assuré à l'échelle communautaire. Le CHMQ a fait le choix d'une filière informatique intégrée offrant à ce jour un niveau d'informatisation des services satisfaisant. L'établissement dispose d'une équipe qualifiée et consacre une part importante de ses ressources au SIH compte tenu de ses difficultés financières. Le choix de la CHT d'harmoniser le dossier patient à l'échelle communautaire pose néanmoins la question de son financement par le CHMQ au regard des importants investissements réalisés par l'établissement dans ce domaine.

Recommandations

Sur le fondement des observations du rapport, la chambre formule les recommandations suivantes :

- 1- Respecter des règles relatives aux durées d'amortissement des frais d'études et d'insertion (§ 2.2.1) ;
- 2- Fiabiliser les données du bilan social (§ 3.6) ;
- 3- Etablir des certificats administratifs à l'appui des régularisations d'éléments de paie (§ 3.7.2) ;
- 4- Formaliser les procédures d'achats via l'établissement d'un guide de la commande publique (§ 4.1.2) ;

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.

1. L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

1.1. PRESENTATION

1.1.1. L'établissement et son territoire

Le centre hospitalier Max Querrien de Paimpol (CHMQ) est un établissement public de santé de proximité du territoire de santé n° 7 comptant 482 lits et places dont 100 lits et places de courts séjours¹ et 74 lits et places de soins de suite et de réadaptation (SSR)². L'établissement dispose d'un service d'accueil des urgences et d'une antenne SMUR. Le secteur personnes âgées se compose d'un EHPAD de 258 lits (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 30 lits. Une résidence de l'EHPAD se trouve sur l'île de Bréhat.

En sus des services d'hospitalisation, l'établissement gère trois équipes mobiles de soins palliatifs, de soins gériatriques et de plaies chroniques.

Le centre hospitalier de Paimpol fait partie de la Communauté Hospitalière de Territoire d'Armor (CHT) qui regroupe également les hôpitaux de Saint-Brieuc, Guingamp, Lannion et Tréguier. Ce cadre a permis de formaliser et de dynamiser la coopération inter hospitalière et de favoriser la mise en place de nombreuses filières médicales à l'échelle du territoire. Le CHMQ est à ce titre signataire, via sa participation au GCS groupe hospitalier d'Armor, de près d'une vingtaine de conventions organisant la prise en charge des patients à l'échelle du territoire et ce, pour chaque spécialité médicale.

Depuis décembre 2015, l'établissement est en direction commune avec le centre hospitalier de Tréguier.

1.1.2. L'adaptation des capacités

L'activité du centre hospitalier de Paimpol a été fortement restructurée au cours de la dernière décennie, l'établissement ayant cessé son activité chirurgicale en 2010 et son activité pédiatrique fin 2014. La maternité, fermée en 2003, a fait place à un centre périnatal de proximité de cinq lits. Ces restructurations ont conduit à la perte de 27 lits de courts séjours entre 2010 et 2015 et à la création de 24 lits de SSR.

L'établissement dispose aujourd'hui d'un service de radiologie doté d'un scanner et d'un service de biologie qui assure également les analyses du centre hospitalier de Tréguier.

L'activité de blanchisserie est assurée par le syndicat interhospitalier de Tréguier.

¹ 26 lits de médecine, 30 lits de courts séjours gériatriques, 14 lits de plaies chroniques, six lits de surveillance continue, 10 lits de Médecine post-accueil, quatre lits d'UHCD, quatre lits de soins palliatifs et six places d'hôpital de jour.

² 40 lits de SSR polyvalent, 18 lits de SSR cardiovasculaire, six lits de péri-chirurgie, cinq lits de suite de couche et cinq places d'hôpital de jour.

1.2. L'ACTIVITE ET LES PARTS DE MARCHE

1.2.1. L'évolution de l'activité

1.2.1.1. Le contexte territorial

L'activité de l'établissement est fortement dépendante de l'évolution de la population du bassin de vie. Cette dernière n'a cessé de diminuer ces dix dernières années, la population des neuf communes constituant le bassin d'attractivité du centre hospitalier ayant diminué de 2 % sur cette période.

La population prise en charge est par ailleurs vieillissante, la part des plus de 75 ans pour la seule commune de Paimpol étant passée de 16 % en 2007 à 19,3 % en 2012. L'âge moyen des patients pris en charge en 2014 était de 60 ans pour le secteur MCO³ et 65 ans pour le secteur SSR⁴. Ces moyennes sont plus fortes s'agissant des seuls services de médecine et de court séjour gériatrique dont la moyenne d'âge des patients est de 71 et 85 ans en 2013.

Enfin, la proximité du littoral fait que l'établissement doit faire face à un afflux de touristes en juillet et en août, complexifiant d'autant l'organisation de l'offre de soins pendant cette courte période.

1.2.1.2. L'activité d'hospitalisation

Après une forte chute de l'activité entre 2010 et 2011 suite à la fermeture du plateau technique, le nombre total de séjours MCO⁵ (annexe 1) progresse à nouveau entre 2011 et 2014 (+2,9 %), l'activité d'hospitalisation complète (-4 %) reculant au profit de l'activité ambulatoire (+46 %).

Si l'activité du service des urgences diminue sur l'ensemble de la période de -3,4 %, le nombre d'ATU, à savoir le nombre de passages non suivis d'hospitalisation, reste stable. Le service des urgences reste la principale porte d'entrée des patients dans l'établissement puisque 74,3 % des hospitalisations complètes provenaient de ce mode d'entrée en 2014, situant l'établissement largement au-dessus de la moyenne de sa catégorie (2^{ème} décile : 47,3 %, 8^{ème} décile : 66,5 %⁶)

L'activité de soins de suite et de réadaptation progresse fortement sur la période (31,8 %) suite au démarrage de l'activité de réadaptation cardiaque en 2012. Ce dynamisme s'est d'ailleurs traduit par une progression de 8 % du nombre de journées produites entre 2011 et 2014⁷.

Les données d'activité provisoires de 2015 montrent néanmoins un léger fléchissement de l'activité. Le nombre de séjours MCO (RSA+ séances), de 5021 en 2015, représente une baisse d'activité de 4,7 % par rapport à 2014 et constitue le niveau d'activité le plus bas depuis 2011.

Il en est de même s'agissant de l'activité SSR qui recule de 2,6 % entre 2014 et 2015.

³ Médecine, chirurgie, obstétrique (l'établissement continuant de réaliser de petits actes relevant de la classification chirurgicale ou obstétricale bien que n'ayant plus de services dédiés à ces spécialités).

⁴ Soins de suite et de réadaptation.

⁵ Exprimées en nombre de résumés standardisés de sortie (RSA).

⁶ Le 2^{ème} décile correspond aux établissements rencontrant les taux les plus faibles, le 8^{ème} décile correspondant aux établissements connaissant les taux les plus importants.

⁷ 2011 : 20 961 journées, 2014 : 22 724 journées.

1.2.1.3. L'activité externe

Si l'activité externe (annexe 2) voit sa valorisation progresser dans l'ensemble de 11 % entre 2011 et 2014, l'analyse de cette dernière montre que le nombre de consultations diminue (-21,3 %) depuis 2011 au profit des actes externes. Il est à noter toutefois que la quasi-totalité des spécialités médicales est touchée par la baisse du nombre de consultations alors que la hausse des actes produits se concentre sur la seule activité de médecine polyvalente.

L'ordonnateur a précisé que le CHMQ ne disposant pas de spécialités médicales en propre, celui-ci restait entièrement dépendant des consultations avancées réalisées par les praticiens d'autres établissements et par conséquent des éventuelles contraintes rencontrées par ses partenaires.

1.2.2. Les durées moyennes de séjour (DMS) et les taux d'occupation

Les taux d'occupation des services de médecine (67,6 % en 2014) demeurent assez faibles et sont nettement inférieurs à la moyenne de référence⁸.

Le service de médecine polyvalente mais également celui de court séjour gériatrique, dont l'objectif est précisément de concentrer la prise en charge gériatrique en vue d'une plus grande fluidité des séjours, connaissent tous les deux des durées de prise en charge plus élevées que la moyenne⁹.

L'analyse de productivité IP-DMS¹⁰ de l'établissement confirme également ce manque de performance.

Pour l'activité de médecine, ce taux s'est dégradé depuis 2011¹¹ et s'approche de la moyenne des établissements les moins productifs en 2014¹².

S'agissant de l'activité de soins de suite et de réadaptation, les taux d'occupation sont en revanche variables. Si le SSR polyvalent et le secteur des plaies chroniques (SSR jusqu'en juillet 2014) connaissent des taux satisfaisants, les taux d'occupation des lits de suite de couches de la maison périnatale sont faibles.

Ce service, créé en 2003 suite à la fermeture de la maternité, dispose de cinq lits dédiés aux femmes ayant accouché dans une maternité de la CHT et souhaitant terminer leur séjour à Paimpol. Avec un taux d'occupation de seulement 42 % en 2014, la pertinence d'une telle structure peut se poser à moyen terme.

⁸ 2^{ème} décile : 74,6 (établissements les moins performants), 8^{ème} décile 88,7 (établissements les plus performants) (Source hospidiag).

⁹ Pour 2014 : Médecine A : +26%, CSG : +7% de la durée moyenne des RUM.

¹⁰ L'IP-DMS en MCO rapporte le nombre de journées de court séjour réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

¹¹ 2011 : 1,109, 2014 : 1,109.

¹² 2014 : 8^{ème} décile (1,126).

Le service de péri-chirurgie a également vu ses DMS fortement progresser passant de 11,6 jours en 2011 à plus de 15 jours en 2014 pour un nombre de séjours réduit de moitié (122 en 2014).

Concernant le secteur personnes âgées, les taux d'occupation sont de 96,2 % pour l'EHPAD en 2014 et de 97,18 % pour l'USLD. En terme de GIRS (groupe iso-ressources, rassemblant dix variables mesurant la perte d'autonomie physique et psychique), l'EHPAD a vu la proportion de ses résidents les plus dépendants (GIR 1 et 2) augmenter entre 2011 et 2014 passant respectivement de 41,5 % à 52,8 %. Le GMP¹³ est passé de 646 en 2013 à 699 en 2014.

Au sein de l'USLD, 59 % des personnes prises en charges en 2014 étaient classées en GIR 1 et 27 % en GIR 2. Le GMP a toutefois diminué entre 2013 et 2014 passant de 957 à 849.

1.2.3. L'évolution des parts de marché

Les parts de marché du centre hospitalier de Paimpol concernant le champ MCO sont relativement faibles et s'élèvent à 28,1 % de sa zone d'attractivité¹⁴, l'offre de soins dans le domaine chirurgical et obstétrical étant désormais limitée à de petits actes d'hôpital de jour et à l'activité de la maison périnatale.

La zone d'attractivité de l'établissement est relativement faible (neuf communes), signe également d'une forte concurrence sur le territoire de santé n° 7.

S'agissant de la seule activité de médecine, l'établissement n'attire que 42 % de la patientelle de la zone d'attractivité et voit ses parts de marché s'effriter depuis 2010. Seule la ville centre, Paimpol, ainsi que cinq autres communes¹⁵ environnantes connaissent des taux de fuite inférieurs à 50 %.

Le centre hospitalier de Paimpol est fortement concurrencé sur son territoire par les centres hospitaliers de Saint-Brieuc et de Guingamp qui réalisaient respectivement 22,3 % et 14,3 % des hospitalisations du bassin en 2014.

A l'inverse, l'attractivité de l'établissement en matière de soins de suite et de réadaptation est croissante de par la mise en place de filières de soins sur le territoire.

1.3. LE PILOTAGE STRATEGIQUE

1.3.1. Le CPOM

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) couvre la période 2013/2017 et fait suite à un précédent contrat (2007/2011).

¹³ GIR moyen pondéré.

¹⁴ 14 868 hospitalisations dont 4 717 réalisées par le CHMQ pour 46 066 habitants en 2013.

¹⁵ Pleubian, Ploubalzenec, Plouezec, Lezardrieux et Plourivo.

Le contrat actuel vise à conforter le centre hospitalier en qualité de structure de premier recours et de proximité en mettant l'accent notamment sur la montée en charge de l'activité de soins de suite (plaies chroniques, cardiologiques), l'organisation de la filière gériatrique et le développement des consultations spécialisées avancées. Le document préconise par ailleurs le développement de coopérations avec d'autres établissements de la CHT portant notamment sur le partage de personnels médicaux entre les structures.

L'examen du CPOM révèle toutefois une grande disparité dans la précision des objectifs poursuivis.

Si les éléments visant à apprécier le pilotage interne de l'établissement sont quantifiés et chiffrés pour toute la durée du contrat, tel n'est pas le cas des objectifs de coopération inter hospitalière avec les autres établissements de la CHT portant notamment sur le partage de postes médicaux.

S'agissant de ce dernier point, le contrat ne fixe aucun objectif précis mais renvoie simplement à l'évolution du nombre de personnels partagés sans préciser d'ailleurs l'existant pour chaque spécialité médicale. Cette imprécision se retrouve également sur des projets plus spécifiques tels que « *développer la complémentarité des laboratoires* » ou bien « *assurer l'aval de l'UNC de Saint-Brieuc* » pour lesquels aucune précision n'est fournie par le contrat.

1.3.2. Le projet d'établissement

L'article L. 6143-2 du CSP dispose que les établissements de santé doivent définir un projet d'établissement qui « *prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs* ».

Le centre hospitalier de Paimpol n'a disposé d'aucun projet d'établissement entre 2006 et 2015.

Un nouveau projet d'établissement pour la période 2015/2019 a été adopté par les instances de l'établissement en juin 2015 et transmis à l'ARS fin 2015 pour validation.

Le projet est articulé autour de sept volets concernant l'activité médicale, la prise en charge des patients, la qualité des soins, le développement durable, la gestion des ressources humaines, le projet architectural et le système d'information.

La feuille de route de l'établissement pour les cinq prochaines années est fortement contrainte par une situation financière très fortement dégradée. Dans ce contexte, le projet médical, colonne vertébrale du projet d'établissement, vise essentiellement à conforter les activités existantes, à renforcer les partenariats avec les professionnels de santé du territoire et à améliorer la qualité de prise en charge du patient.

L'examen des mesures envisagées montre que beaucoup d'entre elles ont une portée très générale voir imprécise, le document n'indiquant pas les pistes concrètes de leur mise en œuvre. Ainsi, quand le projet médical préconise de développer l'alternative à l'hospitalisation, de réduire les durées moyennes de séjour, d'améliorer la communication et la coopération avec les médecins libéraux ou de favoriser la mutualisation du temps médical, il ne détaille pas précisément les moyens d'actions concrets pour y parvenir.

Ce même niveau d'imprécision se retrouve également dans le volet visant à améliorer la prise en charge de la qualité des soins des patients qui se contente de préconiser le renforcement d'instances ou d'outils existants déjà (COMEDIMS, COPRAQ, COVIR, CLIAS, CBI) sans autres éléments de détails.

S'agissant des quelques mesures plus concrètes portant sur le renforcement ou le développement de l'activité médicale, elles ne sont accompagnées d'aucune donnée chiffrée d'activité prévisionnelle et ne proposent pas d'évaluation des coûts et des recettes attendues. Tel aurait pu être le cas du SSR cardiovasculaire dont le projet propose de réviser les capacités, ce qui ne saurait se faire à moyens constants.

Cette critique concerne également le projet architectural qui se limite à rappeler la nécessité d'adapter les locaux du SSR cardio-vasculaire et de l'USLD (V80) sans évoquer le coût de ces opérations et les pistes éventuelles de financement.

1.3.3. Le conseil de surveillance

Conformément à l'article R. 6143-11 du code de la santé publique, le conseil de surveillance se réunit bien quatre fois par an, ses réunions donnant lieu à la rédaction de comptes rendus précis.

En revanche, il n'est pas présenté de rapport d'activité par le directeur comme le prévoit pourtant l'article L. 6143-1 du CSP. Si une présentation de l'activité est bien réalisée sur la base d'un diaporama, le conseil ne dispose pas d'un rapport écrit plus complet sur l'évolution de l'activité de l'établissement.

1.3.4. La gouvernance de l'établissement

Suite à la refonte de son organigramme en décembre 2015, l'équipe de direction compte désormais, outre le chef d'établissement, cinq directeurs adjoints et un directeur des soins. Ceux-ci partagent pour moitié leur temps de travail avec le centre hospitalier de Tréguier, exception faite du directeur en charge des finances partagé à 50 % avec le centre hospitalier de Saint-Brieuc.

L'établissement est structuré en trois pôles (courts séjours, personnes âgées et pôle administratif et technique) animés par des bureaux de pôles se réunissant régulièrement sans toutefois disposer jusqu'à présent de contrats d'objectifs ou de délégation de gestion.

Le service des finances produit chaque mois un tableau de bord d'activité à destination des services. Le dialogue de gestion s'organise autour de deux à trois rencontres annuelles afin de faire le point sur l'activité et les projets.

L'établissement a développé une comptabilité analytique lui permettant de produire chaque année des comptes de résultats analytiques par service.

Fin 2015, l'établissement a décidé de mettre en place un premier niveau de délégation de pôle portant sur la gestion des effectifs contractuels, le pool de remplacement et la gestion des heures supplémentaires. Cette démarche s'accompagnera en 2016 d'une production mensuelle de tableaux de bords à destination des chefs et cadres de pôles.

1.3.5. L'information médicale

Le département d'information médicale est rattaché à la direction des finances et compte 3,4 ETP dont trois techniciens de l'information médicale et 0,4 temps d'ingénieur hospitalier. L'encadrement médical du DIM est assuré par un médecin DIM du centre hospitalier de Saint-Brieuc.

Le codage des actes est centralisé pour l'activité MCO et partiellement centralisé pour l'activité de SSR. L'établissement dispose également d'un requêteur complémentaire dans le logiciel Orbis PMSI, ainsi que du logiciel DIM Expert pour vérifier les anomalies de codage. L'exhaustivité du codage s'est améliorée en 2015 puisque 99,56 % des séjours produits au 30 octobre 2015 avaient été codés.

Des actions ont par ailleurs été mises en place par l'établissement pour améliorer la qualité et la vitesse de codage telle qu'une charte relative au contenu et délai de réalisation du compte rendu d'hospitalisation. L'exhaustivité est suivie deux fois par mois par le service du DIM et transmise aux médecins concernés.

Le contrôle CPAM effectué fin 2015 n'a révélé qu'un très faible taux d'erreur de codage et confirme donc la pertinence de l'organisation mise en place.

2. LA SITUATION FINANCIERE ET BUDGETAIRE DE L'ETABLISSEMENT

Le CHMQ compte un budget principal et trois budgets annexes concernant un EPHPAD, un USLD et un institut de formation d'aides-soignants (IFAS) qui représentent 25 % des produits et charges d'exploitation des budgets consolidés.

Conformément à son engagement pris suite au dernier contrôle de la chambre, le CHMQ a supprimé le budget DNA en 2009.

2.1. L'EXECUTION BUDGETAIRE

La prévision budgétaire a été évaluée à partir des taux d'exécution du budget principal.

Les taux d'exécution des dépenses de la section de fonctionnement sont satisfaisants. La prévision initiale des recettes est toutefois moins juste et a fait l'objet de corrections à la baisse non justifiées en 2011 et 2012 expliquant des taux de réalisation de 106 et 105 % pour ces deux exercices.

Les taux d'exécution de la section d'investissement du budget principal sont en revanche plus faibles, les emplois du tableau de financement ayant été exécutés en moyenne à 54 %. Par ailleurs, si le tableau de financement des investissements affiche des taux d'exécution des ressources plus élevés que la prévision sur la période (121 %), ceux-ci doivent être relativisés compte tenu des volumes importants d'annulation de crédits votés lors des décisions modificatives et portant sur plus de 33 % des crédits inscrits initialement.

2.2. LA FIABILITE DES COMPTES

2.2.1. La comptabilité patrimoniale

L'état de l'actif au 31 décembre 2014 produit par le comptable et le centre hospitalier est en cohérence avec le compte financier.

En revanche, les frais d'études « compte 2031 » et les frais d'insertion « compte 2033 » sont respectivement amortis sur des durées de 15 et 30 ans. Cette pratique ne respecte pas les termes de l'instruction M21 qui prévoit que ces frais sont virés au compte 23 ou au 21 pour être amortis dès le début de la réalisation de l'investissement ou bien intégralement amortis l'année d'abandon du projet.

Il a été observé par ailleurs une différence entre le débit des comptes 681 (tous budgets) et le crédit du compte 28 relatif à la comptabilisation des amortissements en 2012 et 2013. En réponse, l'ordonnateur a produit les régularisations effectuées sur le compte 28 sur ces deux exercices.

2.2.2. Les provisions

L'analyse des comptes de provisions appelle les remarques qui suivent.

Sur le plan de la fiabilité des comptes, les opérations de dotations et de reprises concernant les risques provisionnés sont exactes sur les exercices 2011 à 2014 à l'exception des reprises faites sur le compte de provision C/142 pour renouvellement d'immobilisations du SSR qui n'ont pas été faites en conformité avec le plan d'amortissements.

Par ailleurs, si le risque de taux lié à la présence d'un emprunt à risque a bien fait l'objet d'une provision en 2013, d'autres risques restent à ce jour non couverts.

Tel est le cas des jours de CET pour lesquels l'établissement disposait fin 2014 d'une provision couvrant 76 % des jours épargnés par les personnels médicaux¹⁶ et 49,2 % pour les personnels non médicaux¹⁷.

L'établissement n'a par ailleurs pas constitué de provision pour les créances irrécouvrables alors même que le risque de non-recouvrement progresse notamment entre 2013 et 2014¹⁸.

Enfin, s'agissant de la provision pour le risque chômage des personnels non titulaires, elle n'est pas constituée à ce jour alors que le risque est avéré, le centre hospitalier versant chaque année plus de 100 000 € d'indemnités chômage¹⁹.

¹⁶ Provision : 267 129 €, cout théorique : 489 300 €.

¹⁷ Provision : 108 837 €, cout théorique : 221 085 €.

¹⁸ C/ 416 en 2013 : 121 564 €, en 2014 : 184 149 €.

¹⁹ Au titre de 2013, il a été versé 109 300 €.

2.2.3. Les restes à recouvrer

Les restes à recouvrer sur hospitalisés et consultants au 31 décembre 2014 sont composés de 1 132 titres dont le montant n'excède pas 100 €. La moyenne par cote des 523 titres de moins de 20 € est de 12,57 € et celle des 609 titres de 20 € à 100 € est de 40,81 €.

Une autorisation permanente de poursuites a été délivrée au comptable le 15 janvier 2013, l'autorisant à poursuivre le recouvrement des titres de recettes subséquents par l'émission d'actes de poursuites.

Malgré les poursuites engagées par le comptable, de nombreux titres sont manifestement irrécouvrables. De 2012 à 2014, les admissions en non-valeur représentent moins de 1 000 € par an alors que le montant des impayés qui ne font plus l'objet de poursuites à ce jour représente plus de 25 k€.

2.2.4. c/519 la ligne de trésorerie

Les intérêts payés au titre du déblocage de la ligne de trésorerie sont imputés à tort au compte 66111²⁰ et se sont élevés à plusieurs milliers d'euros selon les exercices. Il conviendrait de rectifier l'imputation de ces intérêts

2.3. L'ANALYSE FINANCIERE

2.3.1. La situation financière globale de l'établissement

Les résultats annuels consolidés de l'établissement montrent une situation financière dégradée sur l'ensemble de la période (annexe 3), l'exercice 2014 clôturant avec un déficit d'exploitation consolidé de - 966 453 €. Ce déficit concerne à la fois le budget principal et l'EHPAD, soit les deux budgets les plus importants de la structure.

Le taux de marge brute consolidé du CHMQ est très faible passant de 4,34 % en 2011 à 0,61 % en 2014.

Les résultats provisoires de l'exercice 2015 marquent une aggravation de ce déficit suite notamment à une opération de remboursement anticipé d'un emprunt à risque représentant une charge financière conséquente (cf. infra). Si le déficit prévisionnel du budget principal s'établit pour cet exercice à - 4,2 M€, le déficit structurel, hors opération exceptionnelle liée à l'emprunt, s'établit à - 2,3 M€.

Les difficultés financières du centre hospitalier sont en fait antérieures à 2011 puisque les exercices 2009 et 2010 affichaient déjà des déficits respectifs de -1,05 M€ et -1,3 M€. Début 2015, le déficit cumulé du centre hospitalier s'établissait à - 9,2 M€²¹. La mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre dès 2008 a permis à l'établissement de bénéficier d'aides de la part de l'ARS améliorant, pour un temps, sa situation financière.

²⁰ Au lieu du compte spécifique 6615.

²¹ Report à nouveau déficitaire à la clôture 2014.

2.3.2. La situation financière du budget principal

Sur la période 2011 à 2014, la situation financière du budget principal s'est progressivement dégradée (annexe 4) passant d'un résultat apparent proche de l'équilibre en 2011 à un déficit représentant 2,5 % des produits de gestion en 2014.

Ces résultats incluent toutefois des aides annuelles non reconductibles attribuées au titre du contrat de retour à l'équilibre ainsi qu'un soutien ponctuel à la trésorerie. Pour la période examinée, ces aides représentent une somme cumulée de 4,6 M€.

	2011	2012	2013	2014
CRE		1 000 000	1 100 000	1 201 000
Trésorerie	1 313 080			
Total	1 313 080	1 000 000	1 100 000	1 201 000

Source : comptes financiers

Hors aides exceptionnelles, le déficit structurel de l'établissement serait de 2 M€ en 2014 et représenterait alors plus de 6 % des produits de gestion²².

2.3.2.1. L'évolution des recettes

Les recettes de l'établissement progressent dans leur ensemble de 4,6 % entre 2011 et 2014 soit à un rythme moindre que celui des dépenses (7,2 %), expliquant le déficit constaté.

Les recettes liées à l'activité médicale, stables entre 2011 et 2013, progressent de 6 % entre 2013 et 2014 sous l'effet notamment de la valorisation à partir du 1^{er} juillet 2014 de l'activité de plaies chroniques en tarification à l'activité et non plus en dotation annuelle de financement.

La valorisation de l'activité externe progresse quant à elle de 11,5 % entre 2011 et 2014.

En revanche, la dotation annuelle de financement (DAF), finançant les services de soins de suite et de réadaptation, est en fort recul (-23,8 %) depuis 2011 correspondant à la fois à la non reconduction de crédits exceptionnels versés en 2011 et au débasage de 443 000 € au titre du financement des plaies chroniques.

La baisse des dotations MIGAC (-25,1 %) s'explique par le transfert des financements²³ imputés en MIG au profit du Fonds Interrégional de Financement (FIR) comptabilisé au titre 3, qui progresse de ce fait de plus 45 % depuis 2011.

Au final, les financements par dotations et subventions (FIR) hors mesures exceptionnelles liées au contrat de retour à l'équilibre ont dans leur ensemble reculé de 9 % sur la période.

²² Déficit de 2 M€ un total des produits d'exploitation de 32,3 M€ (Hors aide ARS).

²³ Centre périnataux de proximité, éducation thérapeutique, permanence des soins, Equipes mobiles de soins palliatifs et gériatrie.

Les recettes de titre 2 « produits versés par les mutuelles et les patients » et qui correspondent aux règlements effectués par les malades et leurs mutuelles au titre des tickets modérateurs, des forfaits journaliers et actes ou consultations externes, progressent de 14,8 %. Si l'établissement a vu ses tarifs journaliers baisser à la demande de l'ARS, l'ouverture de lits supplémentaires de SSR cardio-vasculaires à la mi 2012 a généré des recettes complémentaires. La révision des tarifs de laboratoire auprès du centre hospitalier de Tréguier a également dégagé de nouvelles recettes en 2014.

Les recettes de titre 3 progressent fortement sous l'impact du transfert d'une partie des financements MIG (titre 1) en FIR comptabilisés en titre 3.

2.3.2.2. L'évolution des charges

Les charges de fonctionnement évoluent plus rapidement (+7,2 %) que les produits entre 2011 et 2014.

Si les dépenses de personnel restent maîtrisées sur l'ensemble de la période (3 %), les autres postes de dépenses connaissent une progression soutenue depuis 2011.

Les charges à caractère médical, retraitées des recettes liées aux dispositifs médicaux payés en sus, progressent de 15 % entre 2011 et 2014.

Si les dépenses de médicaments ont fortement diminué sur la période en raison de la baisse des rétrocessions, les charges de sous-traitance générale et de location de matériel médical ont doublé en quatre ans. Ces hausses s'expliquent principalement par les reversements faits au GCS pour la prise en charge des consultations externes ainsi que par les loyers versés au titre de la location du scanner et du mammographe.

Les charges à caractère hôtelier et général évoluent également de 13 % sur la période. Les plus fortes progressions concernent les prestations extérieures à l'établissement, ce dernier ayant notamment dû faire face à des charges exceptionnelles d'externalisation de la cuisine durant des travaux de réfection et assumer les frais de location d'un échographe ainsi que des locaux temporaires pour le SSR cardiologique.

Le recours à la location de matériels ou de biens immobiliers traduit une réelle difficulté pour l'établissement d'investir par ses propres moyens.

Les dépenses de titre 4 sont en forte progression sur la période (+37 %). La hausse principale s'explique par une régularisation de taxe sur les salaires et de TVA opérée en 2013 et 2014 et qui se traduit au final par un bénéfice net de l'établissement de 75 k€. Les frais financiers évoluent de 12,3 % depuis 2011 et correspondent à la progression de l'encours de l'établissement passant de 12,1 M€ en 2011 à 13,4 M€ en 2014. Enfin, les provisions pour couverture des CET sont également en forte augmentation passant de 50 000 € en 2011 à 175 000 € en 2014.

2.3.3. La situation financière des budgets annexes

2.3.3.1. L'EHPAD

Le centre hospitalier de Paimpol dispose d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de 258 lits répartis sur quatre sites : la résidence des Embruns comptant 98 lits, les Terres Neuvas de 82 lits, le « Ty Tud Coz » (TTC) de 31 lits et la résidence Kreiz Armor située sur l'île de Bréhat et comptant 47 lits. L'EHPAD propose par ailleurs un accueil de jour dédié à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies assimilées.

La structure affiche un déficit d'exploitation de -150 k€ en 2014 (annexe 5), le déficit cumulé fin 2014 s'élevant 235 603 €.

Par ailleurs, l'analyse des comptes de l'EHPAD par section tarifaire montre que les trois sections soins, dépendance et hébergement ressortent déficitaires à la clôture de l'exercice 2014²⁴.

Cette dégradation des résultats de la structure pour personnes âgées s'explique par une progression des dépenses (14,4 %) plus soutenue que celle des recettes (12,3 %) entre 2011 et 2014.

Cette hausse est particulièrement importante s'agissant des dépenses de personnel (+16 % entre 2011 et 2014).

Les dépenses à caractère médical progressent également de 14 % sur la période, les postes de sous-traitance générale et de location de matériel évoluant très fortement.

Il en est de même s'agissant des charges hôtelières et générales qui voient les frais de services extérieurs croître de plus de 150 k€ en quatre ans.

L'analyse des CRéA 2014 montre que les deux plus petites structures (Bréhat et TTC) enregistrent un déficit conséquent de respectivement -550 k€ et -660 k€, ces deux résidences ne présentant pas la taille critique suffisante pour supporter des coûts fixes de fonctionnement.

Les coûts de personnel rapportés au nombre de lits sont élevés s'agissant de ces petites unités, TTC requérant quasiment deux fois plus de personnel que les deux plus grandes résidences. Ces coûts fixes de fonctionnement sont également élevés pour l'EHPAD situé sur l'île de Bréhat dont les fonctions supports ne peuvent être aisément mutualisées.

Ces éléments expliquent la très grande disparité des coûts de fonctionnement des quatre EHPAD, les résidences Bréhat et TTC connaissant des coûts d'exploitation par lits respectivement supérieurs de 25 et 45 % à ceux des Embruns.

Sur le plan de la fréquentation, l'EHPAD de Bréhat connaît des taux d'occupation plus faibles que les trois autres structures²⁵ et donc une recette par lit également inférieure aux autres sites²⁶. La résidence a par ailleurs souffert en 2014 d'une capacité réduite de trois lits due à des travaux de mise aux normes.

²⁴ Hébergement : -42 334,63 €, Dépendance : 145 295,07 €, Soins : -47 973,58 €

²⁵ Bréhat : 88,33 en 2013, 91,03 % en 2014, Les embruns (98,85 % en 2014), RTN (98,26 % en 2014), TTC (97,9 % en 2014) ;

²⁶ Bréhat : 32 k€ par lit en 2014, Les embruns : 40 k€ par lit en 2014.

Enfin, la convention tripartite couvrant la période 2015/2019 risque de ne pas favoriser un retour à l'équilibre de l'EHPAD. En effet, la base financière retenue pour bâtir la nouvelle convention prend en compte un niveau de dépenses d'exploitation inférieur de 500 k€ aux dépenses réalisées en 2014 pour une recette de tarification supérieure au total (Hébergement et dépendance) de 133 k€ par rapport à 2014. Le document table notamment sur un nombre de journées prévisionnel (91 257) supérieur au réalisé 2014 (90 620). Dans ce contexte, l'évolution tarifaire proposée en 2015 (1,7 %) par rapport à 2014 ne suffira pas à couvrir les charges d'exploitation de la résidence.

2.3.3.2. Les autres budgets annexes

Les deux autres budgets annexes concernant l'USLD et l'institut de formation des aides-soignants sont équilibrés sur la période et n'appellent pas de remarques particulières.

2.3.1. L'autofinancement

La capacité d'autofinancement brute du budget principal devient négative à partir de 2014²⁷, l'autofinancement dégagé par les autres budgets annexes n'étant plus suffisant pour maintenir une capacité d'autofinancement consolidée positive cette même année. L'établissement ne dispose plus depuis 2012 des ressources nécessaires pour faire face au remboursement du capital de sa dette.

Compte tenu de ces éléments, la capacité d'autofinancement nette du centre hospitalier est négative dès 2012 passant de - 0,5 M€ en 2012 à -1,2 M€ en 2014 (annexe 6).

En 2015, le compte financier provisoire indique une insuffisance de financement de -5,677 M€ dont une partie s'explique par l'opération de refinancement d'un emprunt structuré (cf. infra).

2.3.2. Le tableau de financement

Malgré une politique d'investissement réduite s'élevant en moyenne à 0,8 M€ par an et un recours à l'emprunt pour un montant cumulé de 5,3 M€, le tableau de financement n'est équilibré que par un prélèvement sur le fonds de roulement lors des exercices 2013 et 2014 (annexe 7).

Ce niveau d'investissement faible explique que le taux de renouvellement des immobilisations soit limité (1,68 %) et se situe à un niveau nettement plus faible que la moyenne de référence (3,10 %).

2.3.3. L'endettement

L'encours de la dette est stable entre 2011 et 2014 (annexe 8). En revanche, sa soutenabilité n'est plus assurée à partir de 2012 en raison de la chute de l'autofinancement brut, qui devient négatif à partir de 2014. L'établissement est d'ailleurs astreint à une demande d'autorisation préalable auprès l'ARS pour toute levée d'emprunt, ce qui lui a d'ailleurs été refusé en 2014.

Le ratio d'indépendance financière, qui rapporte l'encours de dette de l'établissement à ses fonds propres, s'est lui aussi fortement dégradé passant de 67,14 % en 2011 à 80,6 % en 2014.

²⁷ CAF brute budget principal : -155 385 €.

L'encours de la dette a par ailleurs été profondément modifié en 2015 suite à un remboursement anticipé d'un emprunt structuré. En effet, si de près de 80 % de l'encours était jugé sans risque fin 2014 (1A), un emprunt au capital restant dû de près de 2,5 M€ présentait une incertitude élevée justifiant son classement en F6 par la charte Gissler.

Alors même que le centre hospitalier n'exerçait aucune activité impliquant des devises étrangères et ne disposait pas dès 2008 d'une assise financière lui permettant de prendre des risques en matière de taux de change, celui-ci a souscrit un emprunt pour une durée de 25 ans incluant une barrière sur le taux de change Euro/ Franc Suisse.

Fixé sur un taux avantageux de 2,9 % jusqu'en 2016, ce produit risquait de présenter une charge financière conséquente après cette date. L'établissement a d'ailleurs passé une provision pour risque et charge en 2013 d'un montant de 2,24 M€.

Par courrier du 9 novembre 2015, l'ARS a autorisé la désensibilisation de l'emprunt dont l'indemnité de remboursement anticipé s'élève à 5,5 M€ pour un capital restant dû de seulement 2,3 M€.

L'établissement compte à ce jour sur une aide exceptionnelle de la DHOS pouvant représenter jusqu'à 75 % de l'indemnité précitée mais dont le montant n'était pas connu à la clôture de l'exercice 2015. Cette aide conditionne la viabilité de l'opération puisque les seules ressources propres de l'établissement ne suffiront pas à couvrir le coût de sortie de cet emprunt.

Dans le meilleur des cas, le reste à charge pour l'établissement sera de 1,3 M€ et s'ajoutera au déficit structurel prévisionnel de 2016.

Pour couvrir son besoin de financement, l'établissement a procédé à la levée d'un nouvel emprunt de 8,5 M€ auprès de la SFIL portant son encours au 31 décembre 2015 à près de 21 M€.

2.3.4. Les soldes intermédiaires de gestion et l'analyse du bilan

Les soldes intermédiaires de gestion confirment la dégradation de la situation financière de l'établissement. En 2014, l'excédent brut d'exploitation est négatif (-882 097 €).

Le taux de marge brute du budget principal est également très faible (1,13 %) et ne permet pas sur la période de couvrir les frais financiers.

Le fonds de roulement net global (FRNG) s'améliore de 2011 à 2013 pour connaître une dégradation à partir de 2014 sous l'effet d'une baisse des financements stables liés notamment à l'accroissement du report à nouveau déficitaire et de l'absence de recours à l'emprunt. Le FRNG représente 28,4 jours de charge d'exploitation en 2014 plaçant le CHMQ proche des établissements les moins bien classés de la catégorie²⁸.

²⁸ Hospidag : CHMQ pour 2014 : 28,4 jours de charges d'exploitation, 2^{ème} décile de la catégorie : 25,6.

De plus, le besoin en fonds de roulement (BFR) progresse de 20 % sur la période et devient supérieur au FRNG à partir de 2014 signe que les financements stables de l'établissement ne suffisent plus à financer ses besoins de fonctionnement. De ce fait, la trésorerie bilancielle, déjà négative depuis 2012, se dégrade fortement en 2014.

	2011	2012	2013	2014
FRNG	3 322 491	3 403 131	4 327 239	3 150 820
BFR	3 156 417	3 635 678	4 045 259	3 787 000
Trésorerie	166 074	- 232 547	281 980	- 636 180

Source : comptes financiers

2.3.5. L'EPRD 2015 et le plan global de financement pluriannuel

L'EPRD 2015 prévoyait un déficit d'exploitation prévisionnel de 2,2 M€ pour le budget H et une insuffisance d'autofinancement de 1,3 M€.

Le déficit prévisionnel du budget principal, représentant 6,5 % des produits de gestion et présentant une capacité d'autofinancement brute et nette négative, a conduit l'ARS à rejeter l'EPRD 2015 initial.

Le nouvel EPRD, approuvé expressément par l'ARS, ne revoit que très partiellement les prévisions puisque le déficit du budget principal s'élève à 2,1 M€ et que la marge brute et la capacité d'autofinancement demeurent négatives. Le niveau d'investissement prévisionnel a en revanche été fortement revu à la baisse pour s'établir à seulement 942 k€ contre 2,3 M€ initialement.

Ce niveau d'investissement demeure largement en deçà des besoins de renouvellement des équipements du centre hospitalier estimés dans son PPI 2014/2018 à une dépense moyenne annuelle de plus d' 1 M€ par an. Ce dernier, déjà largement revu à la baisse suite aux différents plan de retour à l'équilibre mis en place depuis 2008, concentre l'investissement sur la restructuration de locaux prévus au projet médical (consultations, hôpital de jour, extension du SSR cardio), sur les équipements du SIH ainsi que sur les travaux de mise en conformité et de sécurité des bâtiments.

2.4. LE CONTRAT DE RETOUR A L'EQUILIBRE ET LES MESURES DE REDRESSEMENT

2.4.1. Le bilan du contrat de retour à l'équilibre pour la période 2010/2016

Conformément aux dispositions du décret du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé, le centre hospitalier de Paimpol a été amené à élaborer conjointement avec l'ARS Bretagne un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Ce document, négocié initialement pour la période 2008 à 2010, a été prolongé par trois fois pour la période 2010-2013, 2012-2014 puis 2014-2016. Les trois premiers contrats n'ont jamais été formellement signés par un représentant de l'ARS.

Ce contrat prévoyait pour la période examinée des mesures de redressement de la situation financière de l'établissement passant par l'arrêt, la transformation, la restructuration ou la création de certaines activités médicales.

Entre 2010 et 2014, le centre hospitalier de Paimpol a profondément renouvelé son organisation et son activité.

Les mesures les plus importantes mises en œuvre depuis 2010 portent sur l'arrêt de l'activité chirurgicale et la fermeture du plateau technique attendant, la création d'un service de plaies chroniques et de péri chirurgie (14 lits), d'un service de soins de suite et de réadaptation cardiovasculaire de 18 lits, ainsi que d'un service unique comprenant des lits d'unité hospitalisation de courte durée (4) et de soins continus (6). Parallèlement, l'établissement a procédé à la réorganisation de l'hôpital de jour et des consultations externes et identifié deux nouveaux lits de soins palliatifs.

En revanche, certaines de ces activités nouvelles comme la péri-chirurgie ou la prise en charge des plaies chroniques se sont avérées également déficitaires, le changement du mode financement de cette dernière en juillet 2014 n'ayant pas permis de combler les pertes cumulées antérieurement.

Par ailleurs, les économies de charges de fonctionnement liées à la mise en œuvre du plan social élaboré en 2011 ont été en partie atténuées par les nouveaux recrutements opérés dans le cadre du démarrage d'activités nouvelles.

Dans ce contexte, l'équilibre financier n'a pu être rétabli. L'objectif du CRE 2012/2014 de limiter le déficit d'exploitation à près de 0,2 M€ en 2014 s'est traduit dans les faits par un déficit de 0,8 M€ malgré une aide conséquente de l'ARS.

2.4.2. Le plan de retour à l'équilibre 2014-2016

Les nouvelles mesures devant être mises en place entre 2014 et 2016 ciblent les secteurs en difficulté devant faire l'objet d'une réorganisation ou d'une fermeture. Ainsi, le contrat prévoyait-il l'arrêt de l'activité de pédiatrie fin 2014 ainsi que des mesures touchant plus particulièrement l'activité de consultations externes, les services de plaies chroniques ou de médecine polyvalente. Le contrat prévoyait également une baisse du recours à l'intérim médical.

A ce jour, l'établissement a d'ores et déjà pu faire basculer son activité de plaies chroniques du financement forfaitaire à la tarification à l'activité et diminuer la masse salariale du budget principal (sept ETP en moins entre 2014 et 2015). Une démarche de mutualisation est également initiée avec les autres établissements de la CHT puisque la stérilisation sera à l'avenir sous traitée au centre hospitalier de Saint-Brieuc.

Des économies de fonctionnement sont également attendues en médecine polyvalente dont les taux d'occupation assez faibles (73 % en 2014) ont conduit à la fermeture de 10 lits au 1^{er} janvier 2016 et à la suppression de six ETP avec pour objectif de réaliser le même niveau d'activité.

Les mesures restant à mettre en œuvre concernent le financement des consultations externes et des consultations avancées, qui fonctionnent essentiellement par le bais d'intervenants extérieurs. L'étude des CRéA montre que cette activité représentait un coût net de 722 k€ en 2013 et de 562 k€ en 2014, les recettes liées à l'activité ne couvrant pas la seule rémunération du personnel médical intervenant.

Compte tenu de ces éléments, le contrat de retour à l'équilibre prévoit une suppression des consultations à faible activité ainsi qu'une renégociation des conditions de partage des recettes générées par ces consultations avancées lorsqu'elles donnent lieu à une hospitalisation dans un autre établissement. S'agissant des seules consultations avancées, l'établissement envisage de négocier dans le cadre de la CHT une suppression des remboursements des praticiens mis à disposition compte tenu de l'activité générée ou bien la mise en commun au sein d'un GCS des moyens liés à ce service. L'objectif de l'établissement grâce à cette réorganisation est de stabiliser le déficit à 250 k€ par an.

Par ailleurs, l'établissement est sur le point de combler une partie de ses besoins en praticiens pour le service des urgences. La mise en place fin 2015 d'une solution de téléradiologie doit permettre de diminuer de manière conséquente le coût de la permanence des soins.

L'efficacité de ces mesures reste toutefois limitée, le nouveau contrat de retour à l'équilibre revoyant d'ailleurs son ambition à la baisse avec un déficit d'exploitation à l'horizon 2016 somme toute conséquent (-746 k €). De plus, le vote de l'EPRD 2015 sur la base d'un déficit de + 2 M€ marque clairement l'insuffisance de ces mesures par rapport à la réalité économique de l'établissement.

L'ARS confirme cette analyse dans sa lettre du 27 juillet 2015 en actant que « *les mesures inscrites dans le CRE s'avèrent indispensables mais insuffisantes pour résorber le déficit structurel de l'établissement* » et qualifie la situation financière de ce dernier de « *critique* ».

2.4.3. Les perspectives

2.4.3.1. Les pistes mises en œuvre

Le plan triennal adressé à l'établissement fin 2015 prend acte des limites du plan de retour à l'équilibre et ajoute de nouvelles mesures de redressement.

Outre les fermetures de lits de médecine évoquées précédemment, le plan constate l'impossibilité de réduire le déficit de l'établissement par les seules mesures de réorganisation interne et propose donc une mutualisation des fonctions supports avec le centre hospitalier de Tréguier. Ces regroupements concerneraient notamment la pharmacie, la cuisine, la téléphonie et le standard.

Les recherches d'économie s'appuient également sur le regroupement à l'échelle communautaire des fonctions achats et de certaines fonctions d'expertise.

L'établissement a de son côté initié diverses actions auprès des médecins libéraux afin de renforcer les filières d'adressage de patients vers les services de médecine et augmenter ainsi l'activité. Des réunions d'informations ont été organisées et une lettre de liaison électronique va être diffusée au cours du premier trimestre 2016.

Ces démarches de communication, de mutualisation, de regroupement et de partage de l'activité à l'échelle communautaire, voir territoriale doivent être approfondies tant il est clair aujourd'hui que le CHMQ ne dispose plus des ressources propres permettant de financer l'intégralité de son offre médicale actuelle.

2.4.3.2. Les nouvelles pistes de réflexion

Aux mesures déjà évoquées avec les autorités de tutelles, il pourrait être associé une nouvelle réflexion sur l'organisation et le coût du service des urgences.

L'analyse des CRéA de l'établissement montre que cette activité accuse à ce jour d'importantes pertes financières (-318 000 € en 2014) sans pour autant être concernée par des mesures de réorganisation.

L'activité limitée des urgences (- de 15 000 passages) ne suffit plus à compenser les coûts fixes de fonctionnement inhérents à ce service.

La présence d'une antenne SMUR dans l'établissement conduit au maintien d'une double présence médicale et au recours grandissant à l'intérim médical pour assurer la couverture du service, ce dernier souffrant d'un déficit chronique de deux postes de PH sur un effectif de 8,82 ETP.

Ce coût de fonctionnement doit être mis en lien avec l'activité du SMUR de Paimpol. Celui-ci a réalisé en 397 sorties en 2014 dont seulement 19 % (75) entre 00h00 et 8h00 du matin représentant en moyenne une sortie toutes les cinq nuits.

Conscient de ces difficultés, l'établissement cherche à stabiliser son équipe médicale en procédant à de nouveaux recrutements et a fait appel aux médecins volontaires du CHMQ pour assurer des gardes aux urgences. Ces efforts risquent néanmoins d'être fragilisés par la récente réforme du temps médical des personnels urgentistes qui nécessitera le recrutement de deux ETP supplémentaires.

Dans ce contexte, l'établissement pourrait poursuivre, en lien avec l'ARS Bretagne, la réflexion débutée avec les autres établissements du territoire sur une réorganisation des services d'urgences à l'échelle communautaire permettant d'adapter la permanence des soins d'urgence à la réalité de l'activité. Cette réorganisation pourrait notamment se traduire par une fermeture du SMUR la nuit entre 21h00 et 6h00 du matin afin d'économiser le coût d'une seconde ligne de garde médicale ainsi que le maintien sur place d'un équipage SMUR.

3. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

3.1. PRESENTATION

Fin 2015, l'organigramme de la direction des ressources humaines a été complètement remanié. Celle-ci comprend désormais huit agents placés sous la direction d'un directeur adjoint (0,5 ETP) et d'un attaché d'administration hospitalière partagé avec le centre hospitalier de Tréguier.

En matière de gestion individualisée des emplois et des compétences²⁹, le CHMQ a entamé depuis 2013 un travail de rédaction de fiches de postes au niveau de la communauté hospitalière de territoire. L'établissement a mis en place un référentiel des compétences et chaque agent de l'établissement dispose actuellement d'une fiche de mission servant de support à l'entretien professionnel effectué via Gesform. Le CHMQ a pour objectif d'achever cette démarche pour 2017.

3.2. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE

3.2.1. L'évolution des effectifs

Les effectifs de l'ensemble du centre hospitalier (budget principal et budgets annexes) sont stables entre 2011 et 2014 (annexe 9).

Cette évolution est toutefois marquée par une forte disparité entre les personnels non médicaux, en faible diminution sur la période (-2 %), et les personnels médicaux dont les effectifs reculent de 19 % depuis 2011. Cette baisse traduit les difficultés de l'établissement à recruter de nouveaux praticiens, notamment pour les services d'imagerie et les urgences.

A partir de 2015, les effectifs connaissent un recul global de 3 % par rapport à 2014 suite notamment à la fermeture de la pédiatrie en décembre 2014 n'impactant au final que le seul budget général

ETPR du budget principal	2011	2012	2013	2014	Evol11/14	2015
Personnel médical	43,61	38,47	37,15	35,21	-19 %	35,57
Personnel non médical	419,27	412,77	408,57	412,57	-2 %	402,9
Total	462,88	451,24	445,72	447,78	-3 %	438,47

Sources : comptes financiers (Fichiers Ancre)

L'EHPAD voit au contraire ses effectifs globaux progresser de 6 % sur la période. Cette évolution concerne les agents permanents de la structure (titulaires et CDI) dont le nombre évolue de 21 % en 4 ans alors que le nombre de contractuels de courte durée diminue de 12 %.

L'ordonnateur a précisé que cette progression des effectifs à partir de l'exercice 2012 correspondait à l'affectation réelle de personnels travaillant à l'EHPAD mais imputés de manière erronée au budget principal et non à la création de nouveaux postes. Ce niveau d'emploi, stable en 2015, est en revanche supérieur de 8,75 ETP aux effectifs arrêtés par la convention tripartite 2015/2019 (156,74 ETP).

	2011	2012	2013	2014	Evol11/14	2015
Personnel médical	2,5	2,6	2,65	2,67	7 %	2,55
Personnel non médical	153,87	160,47	162,26	163,18	6 %	162,94
Dont permanents	98,41	109,15	108,38	119,09	21 %	119,07
Dont CDD	49,92	48,65	52,31	44,09	-12 %	41,06
Dont CAE	5,54	2,67	1,57	0	-100 %	2,34
Total	156,37	163,07	164,91	165,85	6 %	165,49

Sources : comptes financiers (Fichiers Ancre)

²⁹ Instaurée par la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels.

3.2.2. L'évolution de la masse salariale

Le coût des effectifs totaux du CHMQ progresse de 3 % entre 2011 et 2014 (annexe 10). A ces dépenses, il convient toutefois d'ajouter les frais liés à la rémunération de personnels extérieurs ou bien intervenants par le biais de l'intérim. Ce dernier poste a d'ailleurs connu une forte augmentation depuis 2011 en raison des problèmes récurrents de recrutement de personnels médicaux. Compte tenu de ces éléments, le coût total de la masse salariale progresse de 6 % entre 2011 et 2014.

La rémunération des effectifs non médicaux progresse de 5,6 % entre 2011 et 2014, l'évolution des effectifs expliquant 1,5 % et l'effet prix 4,1 %.

La baisse des effectifs médicaux (-19 %) ne s'est pas traduite par une baisse des rémunérations dans les mêmes proportions (-9 %), la rémunération moyenne ayant progressé de près de 13 %.

S'agissant du seul budget principal, la masse salariale paraît dans son ensemble maîtrisée puisque le total des dépenses, intérim et personnel extérieurs compris, ne progresse que de 3 % entre 2011 et 2014.

La baisse des effectifs non médicaux du budget principal ne s'est toutefois pas traduite par une baisse des charges de personnel, signe d'une progression des charges afférentes aux salaires ainsi que du GVT de l'établissement.

3.3. L'INTERIM

Sur la période 2011-2015, les frais d'intérim ont fortement augmenté passant de 165 000 € en 2011 à 1,2 M€ en 2015, représentant pour ce dernier exercice 2,5 % des charges de personnel contre seulement 0,5 % en 2011.

Ce recours à l'intérim concerne principalement le secteur des urgences consommant à lui seul 850 k€ de frais d'intérim en 2015. Les autres dépenses concernent le service de radiologie et plus ponctuellement le court séjour gériatrique.

L'analyse du turnover³⁰ du personnel de l'établissement montre que la rotation médicale s'accroît sur la période 2011-2014, passant de 3,80 % à 5,63 % en 2014, alors que celle du personnel non médical est en diminution constante pour atteindre 4,65 % en 2014.

3.4. AVANCEMENTS D'ECHELONS

L'article 67 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose que « *l'avancement d'échelon (...) est fonction à la fois de l'ancienneté et de la valeur professionnelle des fonctionnaires* ».

³⁰ $[(\text{nombre d'arrivées d'agents} + \text{nombre de départs}) / 2] / \text{Effectif physique moyen de année } n.$

Ce même article précise que « *l'avancement d'échelon à l'ancienneté maximale est accordé de plein droit. L'avancement d'échelon à l'ancienneté réduite peut être accordé au fonctionnaire dont la valeur professionnelle le justifie* ».

Outre les règles fixées par les textes, le CHMQ applique un avancement à la durée réduite dite « intermédiaire » située entre la durée moyenne et la durée minimale. L'établissement applique une réduction de la durée d'avancement variable selon l'ancienneté et la notation de l'agent pouvant aller de 1 à 11 mois.

En 2013, 35 % des agents promus ont bénéficié d'une réduction d'échelon à la durée minimale et 50 % à la durée intermédiaire contre 15 % à la durée moyenne. En 2014, le pourcentage d'agents promus à l'ancienneté minimale baisse légèrement passant à 27 %, le pourcentage d'agents promus à la durée intermédiaire s'élevant à 62 % contre 11 % à la durée moyenne. Aucun agent n'a été promu à la durée maximale.

L'ordonnateur a estimé le surcoût lié à la pratique de la durée à l'avancement intermédiaire à 88 000 € en 2015. Il a toutefois précisé qu'un changement de politique en la matière devait se faire de manière concertée au sein du GHT.

3.5. AVANCEMENTS DE GRADES

En application du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la FPH, le nombre maximum d'avancements de grade au sein des corps de la FPH est déterminé par application d'un taux fixé par arrêté ministériel³¹.

En 2013 et 2014, plus de 95 % des agents pouvant bénéficier d'une promotion de grade ont été promus, ce chiffre incluant six agents bénéficiant d'un droit à l'avancement automatique.

3.6. LE BILAN SOCIAL

Le centre hospitalier de Paimpol produit chaque année un bilan social conformément aux dispositions du code du travail (L. 2323-68³² applicables aux EPS de plus de 300 salariés).

Le décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012³³ a opéré une refonte du bilan social des hôpitaux publics en allégeant et simplifiant les documents existants, l'instruction n° DGOS/RH3/DGCSB/2013/15 du 2 janvier 2013 détaillant le contenu du bilan social et les indicateurs obligatoires.

Il ressort de l'analyse des bilans sociaux 2013 et 2014 un manque de fiabilité des données dû au non-respect des dispositions de l'instruction concernant le calcul des taux de rotations du personnel³⁴ (indicateur n° 7) et à des erreurs de chiffres et incohérences sur les indicateurs ayant fait l'objet du contrôle : indicateur n° 5 (CET), n° 6 (absentéisme), n° 11 (formation), n° 19 et 19-1 (accidents du travail), n° 19-2 (congé maladie liés aux accidents du travail).

³¹ Le dernier arrêté en date étant celui du 26 mars 2015 modifiant l'arrêté du 11 octobre 2007 déterminant les taux de promotions dans certains corps de la FPH

³² Article L. 2323-68 : Dans les entreprises et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2321-1 ainsi que dans les entreprises mentionnées à l'article L. 2323-77, l'employeur établit et soumet annuellement au comité d'entreprise un bilan social lorsque l'effectif habituel de l'entreprise est au moins de trois cents salariés.

³³ Et arrêté du 5 décembre 2012.

³⁴ Prise en compte dans le nombre de départs des CDD de remplacement et des emplois saisonniers.

3.6.1. Absentéisme

L'absentéisme, toutes causes confondues, est en hausse entre 2011 et 2014 (annexe 11) tant pour le personnel médical (15,2 %) que non médical (10,3 %).

Si le nombre de jours d'absence par agent des personnels non médicaux toutes causes confondues est proche de la moyenne de la strate³⁵, l'absentéisme des personnels médicaux est en revanche plus marqué³⁶.

Ce dernier s'explique principalement par une absence pour congés longue maladie et longue durée très élevée (6,9 jours par agent en 2013 contre une moyenne de 1,5), l'absence pour maladie ordinaire étant proche de la moyenne de référence.

S'agissant des personnels non médicaux, l'absence pour motif médical progresse de 11,2 % entre 2011 et 2014, la plus forte évolution concernant les absences pour cause de longue maladie (28 %). L'absence pour maladie ordinaire, en hausse de 8 % sur la période, représentait près de 15 jours par agent en 2013 contre une moyenne de référence de 12,29 jours par agent.

3.6.2. Formation

Le nombre moyen de jours de formation par agent a progressé sur la période 2011-2014 pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux et s'établit à 6,05 jours en 2014 pour les personnels non médicaux et à 3,61 jours pour les personnels médicaux.

L'établissement dispose d'un plan de formation conformément aux dispositions de l'article 6 du décret n° 2008-824 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Pour 2015, ce document fixe les grands axes de développement de la formation et décline les actions prévues, le nombre d'agents et l'enveloppe prévisionnelle consacrée.

Par ailleurs, le CHMQ et le centre hospitalier de Tréguier ont signé en juillet 2015 une charte de formation professionnelle qui a vocation à présenter le cadre, les règles et les pratiques en matière de formation professionnelle tout au long de la vie. Elle concerne l'ensemble des agents non médicaux et sages-femmes (titulaires et non titulaires).

3.7. LE REGIME INDEMNITAIRE

3.7.1. Le versement de la prime spécifique

Le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents précise dans son article 1 « *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* ». Cette disposition exclut par conséquent les agents non titulaires du bénéfice de cette prime.

³⁵ Pour 2013, CHMQ : 26,7 jours par agent (base 674 effectifs, bilan social 2013), Strate : 25,7 jours par agent, source : bilans sociaux 2013, ATIH.

³⁶ Pour 2013, CHMQ : 12,9 jours par agent (base 51 effectifs, base bilan social 2013), Strate : 7,69 jours par agent, source : bilans sociaux 2013, ATIH.

L'instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière précise que les établissements doivent cesser de verser les primes et indemnités auxquelles ils n'ont pas droit statutairement. Toutefois, le même niveau de rémunération doit être garanti à ces agents, par le biais d'avenants aux contrats de ces derniers.

L'analyse des fiches de paie des agents non titulaires sur l'année 2013 montre que 24 agents (principalement des infirmières) ont bénéficié du versement de la prime spécifique.

Cette pratique a pris fin en 2015.

3.7.2. Les agents titulaires

Le contrôle du régime indemnitaire a porté sur un échantillon de 13 agents titulaires médicaux et non médicaux.

L'examen des bulletins de paie et des arrêtés de primes n'appelle pas d'observations à l'exception de l'absence de certificats administratifs à l'appui de régularisations d'éléments de paie pour cinq agents et l'absence d'arrêté individuel pour le versement d'une indemnité forfaitaire pour un technicien supérieur. S'agissant du versement de la PFR du directeur des soins en 2013, les montants versés n'étaient pas cohérents avec les décisions individuelles présentes dans le dossier de l'agent. Ces décisions, restées à la direction du CH de Saint-Brieuc, ont été produites en fin d'instruction.

3.7.3. Les agents contractuels

Le contrôle a porté sur un échantillon de 11 contrats concernant des personnels médicaux et non médicaux. Il a été vérifié que les dispositions réglementaires de recrutement des agents figuraient bien dans les contrats.

Les dispositions contractuelles en matière de régime indemnitaire n'appellent pas d'observations, à l'exception du contrat d'un praticien exerçant au sein du service de SSR.

Recruté sur la base d'une rémunération de praticien contractuel 4^{ème} échelon +10 %, il a bénéficié de janvier à octobre 2013 du paiement de quatre plages additionnelles par mois (1 270,20 €) ainsi que d'un paiement de neuf plages additionnelles complémentaires pour un montant de 2 858,17 €.

Contrairement aux dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2003 relatif à l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins, le paiement des quatre plages additionnelles fixes par mois ne correspondait pas à un temps de travail effectif mais représentait bien une rémunération complémentaire au traitement de base prévu par le statut de praticien contractuel.

En marge de cette rémunération, l'établissement a payé les plages de temps additionnelles (9) réellement effectuées durant la même période.

L'examen des tableaux de service de 2013 montre que le trop perçu correspond à 15 plages additionnelles pour l'année 2013 soit 4 762,50 € (317,50*15).

L'ordonnateur a justifié cette pratique par le souhait de recruter un praticien expérimenté mais ne souhaitant pas passer le concours de praticien hospitalier.

3.8. LA PERMANENCE DES SOINS ET TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS

Un contrôle du temps de travail des personnels médicaux est réalisé à chaque quadrimestre par la direction des affaires médicales. Il se fait sur la base des tableaux mensuels et dans le cadre du calcul du temps additionnel dont le paiement est effectué au quadrimestre.

Pour le service des urgences, le temps additionnel est calculé et payé de façon annuelle en raison de l'organisation en fédération avec des temps partagés de praticiens.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, la direction des affaires médicales a mis en place un outil informatisé qui calcule le temps de travail et le temps additionnel.

La rémunération de la permanence des soins a été vérifiée sur la base des justificatifs fournis pour quatre praticiens.

S'agissant de la rémunération des astreintes et des déplacements, il a été constaté une concordance entre les tableaux mensuels d'astreintes médicales et les éléments de paie contrôlés. Un seul praticien était rémunéré durant la période de contrôle sur la base des déplacements effectifs, les autres bénéficiant de rémunérations forfaitaires.

L'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié précise pour le suivi des déplacements des astreintes que chaque praticien effectuant une astreinte à domicile enregistre, selon des modalités arrêtées par le directeur sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, les informations suivantes :

- l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte ;
- ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital ;
- le nom pour chaque malade soigné et, par référence à la nomenclature des actes médicaux, l'indication des soins dispensés.

La mise en œuvre de ces dispositions été vérifiée pour ce praticien au titre de 2013 et n'appelle d'observations.

4. LA COMMANDE PUBLIQUE

4.1. LE CHAMP DU CONTROLE

Les contrôles ont porté sur 20³⁷ marchés listés en annexe 12 et notifiés entre 2011 et 2014 inclus. Ils ont tous été attribués selon une procédure adaptée à l'exception de deux. Ils ont été sélectionnés sur la base des listes annuelles établies par le centre hospitalier dans le cadre de l'article 133 du code des marchés publics (CMP). L'échantillon représente environ 40 % des marchés notifiés (20/51). Les exemples qui illustrent les observations utilisent comme référence les numéros (1 à 20) des marchés de cette liste.

4.2. L'ORGANISATION DE LA COMMANDE PUBLIQUE

La commande publique est placée sous la responsabilité du directeur des services économiques. Il n'y a pas de commission³⁸ ou de réunions informelles pour l'attribution des marchés à procédure adaptée, les plus nombreux pour l'hôpital. Les procédures sont mises en œuvre et suivies par un adjoint des cadres et une secrétaire qui n'ont pas suivi de formation sur les marchés publics ces cinq dernières années. Les directions concernées procèdent à l'analyse des marchés les concernant.

Le centre hospitalier de Paimpol n'a pas formalisé sa politique d'achats au sein d'un guide de la commande publique ou de procédure d'achats. Or, de nombreux services sont concernés par l'achat public : magasins généraux, cuisine, informatique, pharmacie, soit pour rédiger le cahier des charges et étudier les offres, soit pour passer les bons de commande et les rapprocher des bons de livraison.

Les services concernés par l'achat ont une connexion au logiciel Hexagone d'AGFA, lequel enregistre notamment tous les prix unitaires retenus lors de la signature des marchés à bons de commande, les bons de commande et les bons de livraison.

L'organisation du service a été revue le 1^{er} janvier 2016. La commande publique est désormais placée sous la responsabilité d'un directeur des services économiques et d'une attachée d'administration hospitalière communs entre le centre hospitalier de Tréguier et celui- de Paimpol.

Par ailleurs, le centre hospitalier adhère à plusieurs groupements d'achats (équipements de laboratoire, gaz naturel, achats services techniques) dont il n'est pas coordinateur.

4.3. L'EXPRESSION DES BESOINS ET LE CHOIX DE LA PROCEDURE

La détermination des besoins à satisfaire au sens de l'article 5 du code des marchés publics permet de choisir la procédure à mettre en œuvre correspondant le mieux au montant et aux caractéristiques de la prestation à réaliser.

³⁷ Dont douze en marchés allotis (n° 1 : 3 lots, n° 2 : 22 lots, n° 3 : 3 lots, n° 4 : 32 lots, n° 5 : 2 lots, n° 7 : 2 lots, n° 8 : 6 lots, n° 9 : 22 lots, n° 10 : 3 lots, n° 13 : 3 lots, n° 16 : 22 lots, n° 17 : 26 lots) passés selon la procédure adaptée et 8 marchés à 1 lot passés pour 6 selon la procédure adaptée, 1 selon la procédure formalisée, et 1 sur simple consultation, soit au total : 154 dossiers (146 lots et 8 marchés à 1 lot).

³⁸ Commission d'appel d'offres pour les marchés passés en procédure adaptée supprimée par la réforme de décembre 2008.

Compte tenu de la situation financière tendue de l'établissement, le plan d'investissement est réduit au strict renouvellement des équipements indispensables au fonctionnement de l'établissement ainsi qu'aux mises aux normes.

Sur les 20 marchés du panel choisi, les besoins sont correctement évalués sous réserve des quelques cas suivants :

L'analyse des mandats payés en 2014 montre que la pharmacie de l'établissement a procédé à l'achat de médicaments auprès de deux laboratoires sans conclure un marché public ou procéder à une mise en concurrence contrairement aux dispositions en vigueur de l'article 39 du code des marchés publics³⁹.

De plus, les marchés à bons de commande n° 1 pour les fluides médicaux, n° 2, 9 et 16 pour les produits alimentaires et n° 3 et 13 pour les transports sanitaires ont été passés sous la forme de procédure adaptée alors même que les pièces des marchés n'indiquaient aucun seuil minimum ou maximum.

Si l'article 77 du code des marchés publics laisse la possibilité au pouvoir adjudicateur de conclure des marchés à bons de commande sans aucune indication de seuil, l'absence de ces mentions fait que la valeur estimée du besoin est réputée excéder le seuil de procédure formalisée et ce, même si le marché est inférieur aux seuils européens⁴⁰. L'article 27-VI du code fait ainsi obstacle à ce qu'un marché à bons de commande conclu sans maximum soit passé selon une procédure adaptée.

Par ailleurs, des marchés d'achats de produits alimentaires (2, 9 et 16) ont été conclus pour une période d'un an pour des montants avoisinant le seuil de procédure formalisée⁴¹. Si cette périodicité permet à l'établissement de se soustraire au formalisme prévu par l'article 26 du code des marchés publics, elle demande en contrepartie un investissement récurrent des équipes en charge de la commande publique eu égard au nombre important de lots. Il pourrait être opportun d'allonger la durée de ces marchés.

Enfin, s'agissant du marché n° 6 relatif au montage, démontage et la location d'un bâtiment modulaire, le centre hospitalier n'a procédé à aucune nouvelle consultation entre l'avis d'appel à la concurrence et la signature définitive du contrat alors même que la superficie du bâtiment avait augmenté et que la durée de location était passée de 12 à 36 mois⁴². La société retenue initialement a de fait été la seule sollicitée pour formuler une nouvelle proposition.

Cette modification de l'objet du marché, représentant une hausse de 60 % de son prix initial, constituait une modification substantielle qui nécessitait la passation d'un nouveau marché⁴³.

³⁹ Achats réalisés auprès du laboratoire SANOFI pour 19 997, 63 € et le laboratoire Roche pour 18 976,31 €. Seuil des marchés prévu à l'article 39 du CMP : 15 000 €.

⁴⁰ CE n° 385033 du 17 décembre 2014, communauté de communes du canton de Varilhes.

⁴¹ Respectivement 188 230 € HT, 175 725 € HT et 157 186 € HT.

⁴² Montant passé de 82,2 K€ HT à 186,2 K€ HT entre la consultation de 2011 et la proposition de 2012 de la même société.

⁴³ CE 22 avril 1983, Auffret, req. n° 21509 et CE 4 avril 2005, Cne de Castellar, req. n° 265784 (art. 5 du CMP).

4.4. LES MODES DE PUBLICITE, LES DELAIS ET LE DEPOT DES CANDIDATURES ET DES OFFRES

Le mode de publicité est le profil acheteur : achatpublic.com, Ouest-France et le BOAMP pour la majeure partie des marchés. L'analyse des 541 offres reçues en réponse aux 20 marchés, soit 154 lots de l'échantillon retenu montre que l'hôpital reçoit une moyenne de 3,51 offres par marché non alloti ou par lot. Dans presque un tiers⁴⁴ des dossiers traités, il n'a reçu qu'une ou deux offres.

Les délais de réception des offres ont permis une mise en concurrence satisfaisante même si pour trois marchés⁴⁵, le délai accordé n'a été que de 15 jours, délai cependant toléré pour les MAPA.

Le registre des plis est bien tenu à l'exception du marché espaces verts n° 11 dont la seule offre retenue n'a pas été enregistrée.

4.5. LA SELECTION DES CANDIDATURES ET DES OFFRES

Les règlements de la consultation des marchés du centre hospitalier retiennent habituellement plusieurs critères pondérés : valeur technique, prix, délai. Le choix et la mise en œuvre des critères de jugement des offres appellent les remarques qui suivent :

La méthode de notation utilisée pour les deux à trois autres critères que le prix, représentant ensemble de 40 à 50 % de la cotation des marchés n° 13 (lots 1 et 2), n° 3 (lots 1 et 2), n° 20 n'est pas pertinente. Toutes les offres sont en effet classées ex-aequo sur ces autres critères. Le choix s'est finalement porté sur l'offre la « moins disante » par une sélection sur le seul critère du prix, et non la mieux disante via une sélection sur l'ensemble des critères.

Pour le marché n° 5, lots 1 et 2, seul le critère du prix a été analysé (représentant 50 % de l'ensemble des cotations), les trois autres critères n'ont pas été analysés.

Pour les marchés n° 1 (lots 1, 2 et 3), n° 3 (lots 1 et 2), n° 13 (lots 1 et 2), n° 19, la notation retenue pour le critère prix n'est pas pertinente, l'écart existant entre le nombre de points attribués (30, 35, 40, 50, 60) ne rendant pas compte de l'écart réel entre les offres financières proposées.

Les quatre critères de choix inscrits dans le cahier des charges n'ont pas été analysés par fournisseur pour les différents lots composant les marchés de produits alimentaires n° 2, 9 et 16 et les produits d'entretien et lessiviels n° 4 et 17. Seule, une appréciation littérale par lot et non par fournisseur a été indiquée.

Enfin, aucune pondération des critères de jugement des offres n'a été présentée lorsque le résultat de la consultation n'a conduit qu'à une seule offre. Il s'agit notamment des marchés n° 11, 13 (lot n°3) et 14.

4.6. L'INFORMATION DES CANDIDATS RETENUS

La notification aux candidats est correctement réalisée, sous réserve du cas ponctuel suivant.

⁴⁴ 17 offres à 1 lot et 33 offres à 2 lots sur les 154 offres.

⁴⁵ N° 7, 12 et 15.

Pour le marché n° 3 (lots 1, 2 et 3), la lettre d'information a été adressée le même jour aux candidats non retenus et au candidat retenu alors qu'il était réclamé à celui-ci de fournir dans un délai de 10 jours les certificats sociaux et fiscaux manquant à son dossier administratif.

Or, la notification a pour effet de délier les entreprises de leur engagement et en cas de défaut de production des documents par l'attributaire, le candidat placé en 2^{ème} position ne serait plus lié par son offre s'il a déjà reçu notification du rejet de son offre.

Dans ces conditions, il serait prudent de respecter le délai de réclamation des pièces au titulaire avant d'informer les candidats évincés.

5. LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

5.1. LE PILOTAGE STRATEGIQUE DU SIH

5.1.1. Les documents stratégiques

Le pilotage stratégique du système d'information hospitalier du centre hospitalier de Paimpol est fortement impacté par le processus de mise en place de la communauté hospitalière de territoire avec les centres hospitaliers de Saint-Brieuc, Guingamp, Lannion et Tréguier.

Faute de projet d'établissement, le centre hospitalier de Paimpol ne disposait plus depuis 2012 d'un schéma directeur des systèmes d'information. Le nouveau projet d'établissement couvrant la période 2015-2019, et adopté en juin 2015, prend acte de la mise en place de la CHT et renvoie pour l'essentiel de son contenu à l'avenant au contrat de territoire fixant les objectifs de la communauté en matière d'informatique et de système d'information.

Dans ce contexte, le volet système d'information comprend nombre d'actions dont la principale est l'élaboration d'un schéma des systèmes d'information communautaire (SDCIC) qui vise à la fois à définir les orientations stratégiques de la communauté en matière de SIH ainsi qu'un nouveau mode de gouvernance au niveau du territoire.

Ce document, réalisé avec l'aide d'un cabinet extérieur, est à ce jour opérationnel.

Les orientations stratégiques du schéma directeur du système d'information définies depuis 2014 se veulent ambitieuses. Les établissements envisagent ainsi de créer un dossier patient communautaire assurant, outre les informations relatives au dossier médical et dossier de soins, une gestion de l'identité du patient, des rendez-vous ainsi qu'un partage des prescriptions et des plans de soins. Le projet souhaite également une gestion communautaire des laboratoires, de l'imagerie ainsi que des services des urgences.

Le SDCIC projette également de mettre en place des solutions transverses pour les fonctions supports telles que la gestion des ressources humaines, la logistique et finances. Ces développements doivent s'accompagner d'une gouvernance de la fonction système d'information à l'échelle communautaire passant par la mise en place d'une maîtrise d'ouvrage stratégique commune et matérialisée par la création d'une commission opérationnelle de la CHT.

Dans les faits, les directions des SIH des cinq établissements de la CHT se coordonnent régulièrement depuis 2012 sur les orientations stratégiques à suivre. Des projets de coopération définis dans le contrat de territoire ont d'ores et déjà débuté. Ainsi la communauté va-t-elle déployer début 2016 un système d'imagerie (PACS)⁴⁶ au niveau du territoire. De même, la réflexion pour la mise en place d'un dossier du patient communautaire est engagée.

Si la mise en place d'un pilotage du SIH ainsi qu'une harmonisation des applications médicales majeures à l'échelle communautaire correspondent bien aux obligations de la nouvelle loi santé (26 janvier 2016), la question du financement de ces nouveaux projets reste entière.

La CHMQ a en effet récemment investi dans un système d'information intégré (filiale AGFA) assurant à la fois le versant administratif et médical du dossier du patient. Il a d'ailleurs bénéficié à ce titre de crédits Hôpital 2012. L'harmonisation du dossier patient à l'échelle du territoire peut signifier une remise en cause à court terme de ce choix tout en nécessitant de nouveaux investissements que la situation financière de l'établissement ne permet plus. Des financements dans le cadre du plan Hôpital numérique sont exclus compte tenu des crédits déjà octroyés par Hôpital 2012 sur ce projet. Le CHMQ n'a d'ailleurs pas déposé de dossiers de demande de financements dans ce sens.

5.1.2. Le pilotage interne du SIH

Le CH de Paimpol dispose d'un comité de pilotage comptant 11 membres et composé du chef d'établissement, de trois directeurs adjoints, du président de CME, du responsable qualité et gestion des risques et du responsable informatique.

Le comité se réunit en moyenne deux fois par an, arrête les orientations stratégiques du SIH et fait le point sur le déploiement des projets en cours. Ces réunions donnent lieu à la production de comptes rendus.

5.2. L'ORGANISATION DE LA FONCTION INFORMATIQUE

5.2.1. L'organisation humaine

5.2.1.1. L'organisation du service

Le service informatique compte en 2015 un directeur des systèmes d'information ayant le grade d'ingénieur et trois techniciens supérieurs hospitaliers. La direction des systèmes d'information est rattachée au directeur général. Le service compte également un temps de cadre de santé partagé pour moitié avec le centre hospitalier de Tréguier et dont la mission est d'assurer le lien entre les utilisateurs des applications métiers et le service informatique.

Il existe un organigramme du service désignant des référents concernant les applications métiers, le parc informatique, le réseau, l'administration des systèmes et la sécurité des infrastructures. Le service dispose par ailleurs de fiches de poste pour chacun des membres de l'équipe.

Les effectifs du service depuis 2008 s'avèrent relativement stables depuis 2008 (annexe 13), l'ensemble des personnels de l'équipe étant désormais des agents titulaires.

⁴⁶ Système d'archivage des images médicales permettant une consultation de ces dernières à distance.

Les effectifs du service informatique correspondent à ce qui est communément observé par rapport à la taille de l'établissement (3, 61 ETP).

Avec quatre ETP, le service informatique se trouverait donc relativement bien doté par rapport à ce ratio.

De même, la fourchette habituellement constatée est d'un informaticien pour 120 à 240 agents. Le CHMQ compte un informaticien pour 150 agents, ce qui le situe favorablement.

Ces moyens restent néanmoins inférieurs à la moyenne constatée pour les établissements de la strate (5,4 ETP) en 2013⁴⁷.

L'ensemble des personnels est formé sur les applications métiers de l'établissement et est en mesure d'assurer un premier niveau de dépannage des utilisateurs. Il existe par ailleurs une astreinte informatique en commun avec le centre hospitalier de Tréguier fonctionnant 7 jours sur 7 de 6h00 à minuit et associant six agents. La mutualisation des équipes informatiques sur ce point est d'autant plus aisée que les deux établissements disposent de la même filière informatique.

Le recours à des prestataires externes reste ponctuel (secteur de la sécurité des pare-feu).

5.2.1.2. Le correspondant CNIL

Un correspondant aux données personnelles (dit « correspondant CNIL ») a été institué par le décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005, pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée par la loi du 6 août 2004).

Le correspondant permet, selon la CNIL, de garantir la conformité de l'organisme à la loi « informatique et libertés ». Cette maîtrise des risques juridiques est d'autant plus importante que certains manquements à la loi du 6 janvier 1978 sont pénalement sanctionnés. Sa désignation, qui permet par ailleurs un accès personnalisé aux services de la CNIL, représente une source de sécurité informatique et permet d'alléger les procédures de déclarations.

Si l'établissement est à jour de ses déclarations CNIL, il n'a pas désigné à ce jour de correspondant auprès de cet organisme.

5.2.1.3. Le profil et la formation des agents

L'équipe se compose de personnels ayant une certaine ancienneté dans l'établissement (7 à 12 ans) et donc une bonne connaissance de ses problématiques. Le centre hospitalier ne rencontre pas de problème de recrutement, l'ensemble des postes ouverts étant à ce jour pourvus.

Les agents du service informatique disposent d'une formation qualifiée dans le domaine informatique. Ces derniers ont également bénéficié d'une formation continue représentant en moyenne 15,5 jours par an et par agent entre 2010 et 2014. Ces jours de formation incluent néanmoins un temps de formation d'adaptation à l'emploi d'un TSH et le financement d'un master au bénéfice de l'ingénieur représentant près des deux tiers de jours de formation consommés. Les autres formations représentent en moyenne 4,8 jours par an et par agent entre 2010 et 2014. Cet effort est néanmoins proche du standard de cinq jours par an et par agent communément admis.

⁴⁷ Source : Atlas 2015 des SIH, p c104.

Le plan de formation 2015 comporte des actions de formation dédiées au SIH et concernant au total 24 agents de l'établissement touchant essentiellement à l'utilisation de logiciels métiers. Le plan prévoit par ailleurs une formation d'adaptation à l'emploi de l'ingénieur responsable de l'équipe informatique.

5.2.2. L'organisation matérielle

5.2.2.1. Le patrimoine informatique

Le CHMQ compte 300 postes de travail en 2015, ce qui est proche de la moyenne des hôpitaux de la strate, selon l'atlas des SIH⁴⁸. L'établissement compte par ailleurs 80 imprimantes soit un équipement pour près de quatre postes.

Un inventaire physique est réalisé et régulièrement actualisé.

Le CHMQ ne dispose par ailleurs pas de serveurs mutualisés avec d'autres structures. En revanche, il héberge les résultats biologiques du CH de Tréguier dans le cadre de la mutualisation du laboratoire.

Le service dispose d'une application visant à gérer le parc informatique de l'établissement (GLPI). Cette dernière est régulièrement renseignée et mise à jour et permet une connaissance en temps réel des équipements présents au sein du CHMQ.

Les demandes des utilisateurs sont par ailleurs recensées via une application informatique disponible sur le site intranet de l'établissement. En 2015, le service informatique a traité 3 350 demandes d'interventions.

5.2.2.2. La sécurité informatique

L'organigramme du service informatique fait mention d'un responsable de la sécurité en charge de la sécurité des serveurs, de l'infrastructure, du plan de recouvrement d'activité, de la sauvegarde des données ainsi que de l'accès au SIH. Cette mission est assurée en première intention par le responsable du service doublé d'un second agent.

La politique de sécurité du système d'information de l'établissement a été définie à l'échelle de la communauté hospitalière de territoire. Un document « politique communautaire de sécurité des systèmes d'information-PCSSI » a été élaboré dès 2012 entre les cinq établissements. Celui-ci s'appuie à la fois sur un guide d'autoévaluation du GMISIH, des questionnaires basés sur la norme ISO27002 et des rapports d'audits effectués auprès des établissements du territoire n°7 au premier semestre 2010.

⁴⁸ *Atlas 2015 des SIH, état des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, DGOS, mai 2015, p.11, tableau sur le nombre moyen de PC dans les établissements. Le CHMQ est classé dans le groupe des CH2, qui ont un budget compris entre 20 M€ et 70 M€.

Le document aborde l'ensemble des problématiques de sécurité du système d'information en émettant un ensemble de recommandations pour chaque domaine en rappelant de manière générale les objectifs fixés par le cadre légal et réglementaire ainsi que par la norme ISO. Une annexe du guide évalue le classement des établissements du territoire 7 au regard de la mise en œuvre des 35 principes définis sur la base des documents précités.

La réalisation de ce diagnostic a permis à l'établissement de mettre en œuvre plusieurs mesures visant à sécuriser son SIH (doublement des salles serveurs et de la climatisation des locaux...).

5.2.2.3. La sécurité physique

L'établissement compte une salle de serveur principale et une seconde salle informatique située dans un autre bâtiment assurant une parfaite redondance des applications. Ces deux salles hébergent les serveurs des deux applications principales de l'établissement (Hexagone et Orbis), ainsi qu'une baie de stockage et des hyperviseurs VMware (serveurs virtuels) et sont configurées en miroir permettant d'assurer la sauvegarde des données.

Ces deux salles sont protégées par une ouverture par badge. Les salles informatiques disposent d'une alimentation électrique sécurisée par onduleur d'une autonomie d'une heure. Le service informatique est inclus dans le champ d'alimentation prioritaire du groupe électrogène. Les salles informatiques sont également équipées de climatisation, la salle principale ayant un système d'alarme technique de température de la pièce et des serveurs (système NAGIOS).

La salle principale étant située en rez-de chaussée inférieur, le risque inondation est traité par un système de plancher technique et la présence d'un vide sanitaire. Le risque incendie est traité par des alarmes avec renvois.

L'établissement dispose d'un plan de reprise d'activité et de sauvegarde des données élaboré en 2015. Les procédures visant à assurer la continuité de l'activité sont rédigées et diffusés dans les services. Le temps de cadre dédié au SIH assure également la formation des nouveaux arrivants sur le fonctionnement en mode dégradé des applications.

Les tests mensuels de démarrage du groupe électrogène ont montré qu'une défaillance de ce dernier impliquait un temps de redémarrage complet et de resynchronisation pouvant être assez long (deux jours).

Toutefois, les prescriptions informatisées font l'objet d'une sauvegarde permettant une impression papier du plan de soins en cas d'arrêt complet du SIH.

5.2.2.4. La sécurité logique

L'établissement dispose d'une procédure de gestion des droits d'accès au système d'information.

Les utilisateurs signent lors de leur prise de fonction une charte de bon usage de la ressource informatique.

Il n'existe pas à ce jour d'annuaire unique des utilisateurs permettant une gestion centralisée des droits d'accès de chacun aux différentes applications de l'établissement. Si le service informatique n'attribue qu'un seul login et mot de passe aux utilisateurs pour l'ensemble des applications, il doit en parallèle créer ces identifiants dans l'ensemble des logiciels métiers requis multipliant les risques d'oubli lorsque l'agent quitte l'établissement.

5.2.2.5. La sécurité relative à l'identité du patient

Il existe une cellule identitovigilance qui se réunit plusieurs fois par an, analyse les erreurs et porte les actions correctives. L'établissement a rédigé des procédures relatives au traitement de l'identité du patient.

5.3. LE DEPLOIEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION

5.3.1. Les applications administratives

Le centre hospitalier a établi une cartographie de ses applications.

Les applications administratives (annexe 14) sont regroupées au sein d'une même application intégrée nommée Hexagone de l'éditeur AGFA (Progiciel de Gestion Intégré / EAI).

En matière de bureautique, l'établissement a fait le choix de logiciels « propriétaire » comme Microsoft Office, les solutions en logiciels libres n'étant pas satisfaisantes pour le moment.

L'établissement dispose d'un logiciel de gestion du temps de travail (EQUITIME) ainsi qu'un accès au logiciel en ligne GESFORM gérant la formation continue des agents.

Le logiciel de gestion administrative du patient est également l'application permettant de réaliser la facturation des séjours et des consultations externes. La saisie des actes est centralisée au niveau de l'équipe du DIM à partir du dossier des patients. L'intégration du logiciel de facturation avec le logiciel de saisie ne pose pas de problème.

Le service financier a mis en place une comptabilité analytique permettant de produire chaque année des comptes de résultats analytiques sur la base d'un fichier commun de structure régulièrement mis à jour. Les services de soins et les chefs de pôle reçoivent par ailleurs chaque mois une information sur leur activité et le niveau de recettes générées.

5.3.2. L'informatique médicale

L'informatique médicale (annexe 15) s'articule autour de la filière AGFA (Hexagone et Orbis).

Les dossiers médicaux du patient et le dossier de soins sont gérés par le progiciel Orbis. L'identité du patient ainsi que les transferts sont assurés par Hexagone. Cette unité de produit informatique limite les problématiques inhérentes à tout interfaçage. Cette application permet à ce jour de gérer les comptes rendus d'examens et les prescriptions ainsi que le courrier de sortie du patient. Le CHMQ a développé en interne une solution pour gérer en temps réel les disponibilités en lits des services.

L'établissement dispose en revanche d'une application extérieure pour la gestion informatisée des prescriptions (PHARMA). Ce produit est celui retenu par l'ensemble des établissements de la CHT.

S'agissant de la biologie et de l'imagerie, les résultats sont rapatriés des applications propres aux services dans l'application Héxalis également intégrée à la filière AGFA. Les problématiques d'interfaçage sont traitées par une solution d'interopérabilité nommée Enovacom. L'établissement a mis en place début 2016 une solution de partage des images avec les autres établissements de la CHT (PACS).

Le service des urgences ne dispose pas à ce jour d'une feuille de spécialité.

Enfin, les comptes rendus d'hospitalisation sont envoyés aux médecins traitants via des applications permettant leur cryptage.

5.4. LE COUT DES SYSTEMES D'INFORMATION

Comme l'indique le tableau en annexe 22, le budget d'exploitation du service informatique a évolué de plus de 30 % entre 2008 et 2014, soit une progression deux fois plus rapide que l'évolution de l'ensemble des charges d'exploitation de l'établissement.

En 2014, les dépenses informatiques (fonctionnement + investissement) du CHMQ représentaient au total 2,29 % des dépenses du budget consolidé de l'établissement, soit un taux supérieur à la moyenne de référence (1,72 %)⁴⁹.

Ce taux conséquent doit cependant être relativisé par l'importance du projet déployé cette année, les dépenses consolidées entre 2008 et 2013, ne dépassant pas le seuil de 1,5 % des dépenses globales de l'établissement.

S'agissant des seules dépenses d'exploitation du SIH, ces dernières représentent 1,28 % des dépenses d'exploitation de l'établissement soit un taux inférieur à la moyenne de la strate (1,43 %)⁵⁰.

La moyenne des dépenses d'équipement de l'établissement est de 155 k€ entre 2008 et 2013 pour une moyenne de la strate de 280 k€ en 2013⁵¹, les dépenses de 2014 s'élevant en revanche à 550 k€.

⁴⁹ Source : Atlas 2015 des SIH, p84, données de l'année 2013.

⁵⁰ Source Atlas 2015 des SIH, p88, données de l'année 2013.

⁵¹ Source : Idem.

L'établissement a bénéficié de crédits dans le cadre du plan Hôpital 2012 pour un montant total de 525 k€ devant financer la mise en place du dossier patient informatisé et le circuit du médicament dont le montant global était évalué à 900 k€. Le cout final s'élève à plus de 1,1 M€.

Comme le montre le tableau ci-après, les effectifs de l'équipe informatique représentent 0,8 % de la masse salariale en 2014 contre 0,69 % en 2008. Le coût par agent a revanche progressé plus vite (26 %) que la moyenne de l'établissement (7,5 %) et se situe désormais largement au-dessus du coût moyen du personnel médical du fait du niveau de qualification plus élevé des agents.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Part dans la masse salariale totale de l'établissement	0,69 %	0,70 %	0,73 %	0,79 %	0,80 %	0,81 %	0,78 %
Coût moyen de l'ETP du service	39 693,50 €	39 959,50 €	39 483,94 €	40 966,42 €	43 864,87 €	45 076,09 €	50 176,37121 €
Coût moyen de l'ETP du personnel non médical de l'établissement	39 000,65 €	39 923,43 €	40 605,63 €	40 435,32 €	40 800,55 €	41 125,39 €	41 932,84 €

Source : CHMQ

5.5. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN HOPITAL NUMERIQUE

Ce programme lancé en 2011 par le ministère de la Santé constitue la politique nationale à cinq ans (2012-2017) relative aux SIH. Cette stratégie définit un plan de développement et de modernisation des SIH. Un budget de 400 M€ est prévu, dont 20 M€ pour la Bretagne⁵².

Les prérequis du plan hôpital numérique sont atteints.

L'établissement a déclaré avoir déposé deux projets concernant les dossiers D1 (résultats d'imagerie et de biologie) et D5 (pilotage médico-économique).

⁵² Source : présentation du PHN par l'ARS à la CRCB le 23 janvier 2015.

Annexe 1 : Evolution de l'activité entre 2011 et 2014

Activité en RSA ou en actes	2011	2012	2013	2014	Evolution
Nombre de RSA de médecine (HC)	3 929	3 867	3 682	3 756	-4,4 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	318	281	292	319	0,3 %
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	2	4	2	2	0,0 %
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	572	734	852	807	41,1 %
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	74	170	162	156	110,8 %
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	35	38	29	34	-2,9 %
Nombre total de RSA	4 930	5 094	5 019	5 074	2,9 %
Nombre de séances	207	170	109	197	-4,8 %
Nombre de séjours (établissements)	5 137	5264	5 128	5 268	2,6 %
Séjours SSR	995	1120	1407	1311	31,8 %
Passages aux urgences	14 621	14 259	14 106	14 120	-3,4 %
dont Nb d'ATU	10 731	10 577	10 035	10 732	0,0 %
Nombre d'actes d'endoscopies	646	605	624	620	-4,0 %

Sources : hospidiag et établissement.

Annexe 2 : Evolution de l'activité externe entre 2011 et 2014

Nbre de consultations	2011	2012	2013	2014	Evolution
Anesthésie	554	533	597	597	7,8 %
Chirurgie pédiatrique	80	90	81	99	23,8 %
Chirurgie digestive	400	377	517	363	-9,3 %
OPH	80	52			-100,0 %
ORL	67	118	162	140	109,0 %
Orthopédie	2678	2446	2426	2270	-15,2 %
Urologie	435	405	424	454	4,4 %
Vasculaire	779	553	198	220	-71,8 %
Médecine polyvalente	660	515	459	431	-34,7 %
Gériatrie	122	86	75	42	-65,6 %
Néphrologie	130	141	151	129	-0,8 %
Endocrinologie	238	432	176	5	-97,9 %
Pédiatrie	502	501	408	357	-28,9 %
Tabacologie	206	165	123	0	-100,0 %
Oncologie			247	348	
Total	6931	6414	6044	5455	-21,3 %

Nbre d'actes	2011	2012	2013	2014	Evolution
Anesthésie	49	40	14	2	-95,9 %
Chirurgie pédiatrique			99	81	
Chirurgie digestive	35	59	34	106	202,9 %
OPH	68	3			
ORL	2	5	6	3	
Orthopédie	252	235	271	234	-7,1 %
Urologie	69	73	70	87	26,1 %
Vasculaire	1	1			
Médecine polyvalente	1459	1668	1788	1919	31,5 %
Gériatrie	60	87	80	32	-46,7 %
Néphrologie					
Endocrinologie					
Pédiatrie			4	2	
Tabacologie					
Oncologie			36	28	
Total	1995	2171	2402	2494	25,0 %

Sources : CH de Paimpol

Annexe 3 : Résultats comptables entre 2011 et 2014

Résultats	2011	2012	2013	2014	CA provisoire 2015
Budget H	- 17 529,96	- 493 766,22	- 711 461,62	- 839 071,78	- 2 355 314
Budget B	12 856,91	28 080,44	1 042,81	14 864,16	- 29 676
Budget E	30 415,60	- 30 728,42	- 122 484,54	- 150 258,51	- 370 567
Budget C	10 324,75	6 686,67	2 225,52	8 013,11	2 442
Total	36 067,30	- 489 727,53	- 830 677,83	- 966 453,02	- 2 753 115

Source : comptes financiers

Annexe 4 : Compte de résultat du budget principal entre 2011 et 2014

		2011	2012	2013	2014	Evolution
Titre 1	Charges de personnel	23 251 231	23 088 570	23 445 675	23 937 533	3,0 %
Titre 2	Charges médicales	3 750 430	3 889 834	4 433 675	4 293 654	14,5 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier	3 345 840	3 604 720	3 719 952	3 789 467	13,3 %
Titre 4	Charges financières et d'amortissement	1 715 975	1 922 134	2 022 276	2 350 492	37,0 %
	Frais financiers	366 647	632 483	348 490	411 845	12,3 %
	Charges exceptionnelles	164 397	151 144	463 235	603 083	266,8 %
	Dotations aux amortissements	1 184 958	1 128 505	1 210 550	1 335 554	12,7 %
	Total des charges	32 063 476	32 505 257	33 621 579	34 371 145	7,2 %
		2011	2012	2013	2014	Evolution
Titre 1		23 361 520	22 381 760	20 975 348	21 711 108	-7,1 %
73111	Produits de l'assurance maladie	10 434 141	10 200 257	10 302 421	10 916 669	4,6 %
73112	Molécules onéreuses	29 213	61 937	20 801	16 691	-42,9 %
73113	DMI	5 198		-	-	-100,0 %
73114	Forfaits annuels	964 633	966 177	966 177	966 177	0,2 %
73117	Dotations annuelles de financement	7 231 568	5 949 230	5 951 730	5 508 661	-23,8 %
73118	MIGAC	2 624 389	3 078 073	1 498 569	1 965 713	-25,1 %
7312	Produits de tarification spécifique	2 072 378	2 126 086	2 214 359	2 310 436	11,5 %
7722	Produits sur exercices antérieurs			21 291	26 761	
Titre 2	Produits de l'activité hospitalière	2 723 627	3 062 908	3 081 853	3 125 835	14,8 %
Titre 3	Les autres produits	5 960 799	6 566 823	8 852 916	8 695 130	45,9 %
	Total des produits	32 045 946	32 011 491	32 910 117	33 532 073	4,6 %
	Résultats	- 17 530	- 493 766	- 711 462	- 839 072	
	Taux de marge brute	0	0	0	0	-84,6 %

Source : comptes financiers

Annexe 5 : Compte de résultat du budget « EHPAD »

Budget E « EHPAD »		2011	2012	2013	2014	Evolution
Titre 1	Charges de personnel	5 606 260	6 022 705	6 290 109	6 504 241	16 %
Titre 2	Charges médicales	468 526	455 495	472 206	535 800	14 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier	2 240 172	2 297 905	2 506 471	2 581 109	15 %
Titre 4	Charges financières et d'amortissement	425 201	307 604	264 010	378 382	-11 %
Total des charges		8 740 158	9 083 709	9 532 795	9 999 532	14 %

		2011	2012	2013	2014	Evolution
Titre 1	Produits afférents aux soins	3 228 279	3 318 533	3 377 497	3 566 449	10 %
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	1 241 750	1 280 153	1 297 681	1 388 090	12 %
Titre 3	Produits de l'hébergement	4 109 490	4 246 770	4 363 147	4 487 389	9 %
Titre 4	Autres produits	191 055	207 525	371 986	407 346	113 %
Total des produits		8 770 573	9 052 981	9 410 311	9 849 274	12 %

Résultat	30 416	- 30 728	- 122 485	- 150 259
-----------------	--------	----------	-----------	-----------

Source : comptes financiers

Annexe 6 : Evolution de la capacité d'autofinancement entre 2011 et 2014

En €	2011	2012	2013	2014
Résultat de l'exercice	36 067,30	- 489 727,53	- 830 678,30	- 966 453,02
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés	30 413,47		4 859,66	-
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	1 585 515,83	1 383 805,08	1 399 456,77	1 609 799,28
- Produits des cessions d'éléments d'actif	52 082,88	8 977,13	-	-
- Quote-part des subventions virées au compte de résultat	284 680,31	147 958,04	35 410,33	53 746,95
- Reprises sur amortissements et provisions		332 534,49	484 479,08	591 529,54
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	1 315 233,41	404 607,89	53 748,72	- 1 930,23
Remboursement du capital de la dette	867 344,00	893 992,70	1 767 941,32	1 201 588,65
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT NETTE	447 889,41	- 489 384,81	- 1 714 192,60	- 1 203 518,88

Source : comptes financiers

Annexe 7 : Evolution du tableau de financement entre 2011 et 2014

EMPLOIS	2011	2012	2013	2014
Titre I - Remboursement des dettes financières	867 344	893 993	1 767 941	1 201 589
Titre II - Immobilisations	601 287	1 245 585	768 740	708 007
Titre III : Autres emplois	8 794			105 794
Total des emplois	1 477 425	2 139 577	2 536 682	2 015 390
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	546 204	75 956		
RESSOURCES				
Capacité d'autofinancement	1 315 233	404 608	53 749	- 1 930
Titre I - Emprunts	111 300	1 770 297	3 374 682	62 200
Titre II - Dotations et subventions	545 013	31 651	77 167	778 701
Titre III - Autres ressources	52 082	8 977		-
Total des ressources	2 023 628	2 215 533	3 505 598	838 971
Prélèvement sur fonds de roulement			968 916	1 176 419

Source : comptes financiers

Annexe 8 : Encours de la dette entre 2011 et 2014

	2011	2012	2013	2014
Encours de la dette 31/12	13 018 034	12 130 361	14 627 376	13 487 987
CAF brute	1 315 233,41	404 607,89	53 748,72	- 1 930,23
CAF/ Encours	9,90	29,98	272,14	NS

Source : comptes financiers

Annexe 9 : Evolution de personnels de l'établissement (tous budgets confondus) entre 2011 et 2015

ETP rémunérés au 31/12	2011	2012	2013	2014	Evol 2011/2014	2015
Personnels non médicaux	604,58	607,96	606,7	612,8	1 %	593,33
<i>Dont personnels sur emplois permanents (1)</i>	<i>490,17</i>	<i>504,82</i>	<i>489,79</i>	<i>506,2</i>	<i>3 %</i>	<i>499,51</i>
<i>Dont personnels sur emplois non permanents (2)</i>	<i>114,41</i>	<i>103,14</i>	<i>116,91</i>	<i>106,6</i>	<i>-7 %</i>	<i>93,82</i>
Personnels médicaux	45,13	42,35	36,51	36,5	-19 %	38,43
Total ETPR	649,71	650,31	643,21	649,3	0 %	631,76

Sources : bilan social et CHMQ

Annexe 10 : Evolution des dépenses de personnel des budgets consolidés

	2011	2012	2013	2014	Evolution
Rémunération du personnel médical					
Rémunération brute	3 348 017,67	3 132 309,32	3 017 123,76	3 028 181,92	-10 %
Charges	1 433 500,04	1 390 847,45	1 318 668,23	1 336 409,84	-7 %
Total personnel médical	4 781 517,71	4 523 156,77	4 335 791,99	4 364 591,76	-9 %
Rémunération du personnel non médical					
Rémunération brute	16 204 233,38	16 500 549,96	16 578 641,31	16 903 790,74	4 %
Charges	8 647 997,03	8 707 001,46	8 930 712,95	9 306 821,42	8 %
Total personnel non médical	24 852 230,41	25 207 551,42	25 509 354,26	26 210 612,16	5 %
Total médical et non médical	29 633 748,12	29 730 708,19	29 845 146,25	30 575 203,92	3 %
Intérim et personnel extérieur	584 299,24	795 388,00	1 311 769,99	1 321 538,05	126 %
Total des dépenses	30 218 047,36	30 526 096,19	31 156 916,24	31 896 741,97	6 %

Sources : comptes financiers

Annexe 11 : Evolution de l'absentéisme entre 2011 et 2014

PERSONNEL MEDICAL					
Absentéisme en nombre de jours d'absences	2011	2012	2013	2014	Evolution
Maladie	422	107	243	431	2 %
Congés longue maladie/longue durée	365	281	354	381	4 %
accident de travail	0	0	48	30	
accident de trajet	0	0	0	0	
maladie professionnelle	0	0	0	0	
Total absentéisme pour motif médical	787	388	645	842	7 %
Taux absentéisme pour motif médical	5,01 %	2,65 %	4,95 %	7,16 %	
maternité paternité adoption	11	0	14	112	
Congés sans solde	30	21	0	0	
Total général	828	409	659	954	15 %

PERSONNEL NON MEDICAL					
Absentéisme en nombre de jours d'absences	2011	2012	2013	2014	Evolution
Maladie	9 746	9 829	10 005	10 554	8 %
Congés longue maladie/longue durée	1 945	2 252	2 652	2 490	28 %
accident de travail	2 102	1 532	1 405	2 157	3 %
accident de trajet	0	0	0	0	
maladie professionnelle	606	844	817	817	35 %
Total absentéisme pour motif médical	14 399	14 457	14 879	16 018	11 %
Taux absentéisme pour motif médical	6,52 %	6,51 %	6,71 %	7,16 %	
maternité paternité adoption	3442	2396	3108	3661	6 %
Total général	17 841	16 853	17 987	19 679	10 %

Sources : CHMQ

Annexe 12 : Liste des marchés publics examinés

	lots	Objet	Date du marché	attributaire	Montant € HT annuel pour l'ensemble des lots
N°1	3	Fluides médicaux (3 lots)	16/03/2011	Air liquide	39 500
N°2	22	fourniture de produits alimentaires 2012 (22 lots)	05/12/2011	divers fournisseurs	188 320
N°3	3	transports sanitaires (3 lots)	16/11/2011	Kerleau	68 609
N°4	32	fournitures d'entretien et lessiviels 2012 (32 lots)	01/04/2012	groupe Pierre Legoff	49 900
N°5	2	location longue durée de véhicules (2 lots)	28/03/2012	DIAC Location	120 000
N°6	1	location d'un bâtiment modulaire 36 mois maxi	10/05/2012	Algeco	186 158 pour 36 mois
N°7	2	aménagement du service SSR Cardio (2 lots)	27/02/2012	Eiffage-Groleau	34 000
n°8	?	aménagement du service SSR Cardio 2ème phase (???? Lots)	04/05/2012	divers fournisseurs	8 625
n°9	?	fourniture de produits alimentaires 2014 (???? lots)	02/12/2013	divers fournisseurs	175 725
n°10	3	fourniture service de télécommunications (3 lots)	16/12/2013	?	28 703
n°11	1	entretien espaces verts	01/03/2013	ADPEI	17 959
n°12	1	logiciel de gestion du temps de travail	23/07/2013	Equitime	34 100
n°13	3	transports sanitaires (3 lots)	13/12/2013	Kerleau	89 319,00
n°14	1	logiciel de gestion du médicament	15/10/2013	Computer engineering	135 000
n°15	1	remplacement sols pour la cuisine (lot 1)	07/01/2013	Etandex	102 471
n°16	21	fourniture de produits alimentaires 2015 (22 lots)	02/12/2014	divers fournisseurs	157 186
n°17	26	fournitures d'entretien et lessiviels 2014 (26 lots)	16/06/2014	divers fournisseurs	54 362
n°18	1	assurances hospitalières	19/12/2014	SHAM	54 720
n°19	1	prestations de nettoyage des vitres et menuiseries	17/12/2014	Briconett	15 902
n°20	1	entretien et dépannage de matériels de cuisine	29/12/2014	Hobart	6 004

Source : CRC

Annexe 13 : Evolution des moyens en personnel du SIH entre 2008 et 2014

Effectifs du service informatique en ETP rémunérés	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Filière technique							
Titulaires							
Ingénieurs							1
dont ingénieur général							
dont ingénieur en chef							
TSH	1	1	1	1,25	2	2,5	3
Techniciens							
IDE		0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2
Contractuels							
CDI							
TSH	0,86	1,1	2	1,75	1	0,5	
Ingénieur		0,6	1	1	1	1	
CDD (préciser le grade équivalent ou le niveau)							
Ingénieur	1	0,4					
TSH	0,25	0,3					
Filière administrative				0,15			
(préciser le grade et le statut)							
Autres	0,5 (ide)						
(préciser le grade et le statut)	0,14 (CAE)		0,96 (CAE)				
Total général	3,75	4,15	5,46	4,65	4,5	4,5	4,2
Dont contractuels	2,75	2,4	3,96	2,9	2	1,5	0
dont total ingénieurs (titulaires + contractuels)	1	1	1	1	1	1	1
%ingénieur/ effectifs	3,31 %	3,07 %	4,06 %	4,77 %	6,09 %	4,69 %	3,87 %

Source : CHMQ

Annexe 14 : Applications administratives présentes au CHMQ

Fonction	Logiciels et éditions	Nombre d'utilisateurs	Commentaires
gestion économique et financière (comptabilité générale, analytique, budgétaire ; trésorerie ; achats ; stocks ; immobilisations ;...)	Hexagone, AGFA	10	
- gestion des ressources humaines (gestion du temps de travail, de la paie, des carrières, des effectifs, de la formation, bilan social,...)	Hexagone, AGFA	12	
- gestion Administrative du patient	Hexagone, AGFA	75	Personnel administratif et infirmière (pour les mouvements)

Source : CHMQ

Annexe 15 : Liste des applications médicales

Dossier patient

• fonction	• Logiciels et éditeurs
• Consultations	
• Blocs opérations	
• Prescriptions	• Pharma Computer Engineering
• Imagerie et biologie	• Hexalis AGFA
• Courrier de sortie	• Orbis AGFA
• Gestion lits et places	• Hexagone AGFA
• Gestion transferts	• Hexagone AGFA
• Services cliniques	• Orbis AGFA

Médico-technique

• Biologie	• Hexalis AGFA
------------	----------------

Secteurs spécifiques

• Urgences	• Hexagone AGFA
• Groupage PMSI	• Orbis PMSI AGFA
• Archives médicales	• JIM JALEMA

Annexe 16 : Evolution des dépenses de SIH entre 2008 et 2012.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2014
Investissement						
Matériels	94 722	44 352	202 019	63 284	116 811	363 615
Logiciels	101 094	17 547	32 577	62 606	40 356	150 722
Locaux informatiques						
Etudes						
Autres						
Total investissement	195 816	61 899	234 596	125 890	157 167	514 337
Fonctionnement						
Personnel	167 766	165 695	196 038	189 472	197 260	198 168
Formation						
Maintenance						
Entretien et réparation et maintenance	115 018	107 370	87 748	119 430	119 012	143 981
Fournitures	21 956	28 780	1 770	23 534	906	3 568
Entretien des bâtiments						
Prestations de service	3 521	3 644	9 981	5 165	3 463	22 752
Amortissements	114 661	111 702	116 656	98 477	125 623	170 603
Charges financières	27 222	18 364	22 746	25 831	60 822	54 954
Total exploitation	450 143,78	435 554,12	434 938,3	461 908,67	507 085,61	594 026
Fct SIH/Total Fct	1,12 %	0,99 %	0,99 %	1,08 %	1,17 %	1,28 %
Invst SIH/Total Invst	6,62 %	2,78 %	33,60 %	8,50 %	7,30 %	25,50 %

Source : CHMQ