



Le 7 avril 2016

Le président

à

Dossier suivi par : Sylvie DURAND
T 02.99.59.85.53
greffe@bretagne.ccomptes.fr

Monsieur le Directeur
du Centre hospitalier
Alphonse Guérin de Ploërmel
7, rue du Roi Arthur
56800 PLOERMEL

Réf. : 2015-0105

Objet : notification du rapport d'observations définitives
relatif à l'examen de la gestion du centre hospitalier de
Ploërmel

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Lettre recommandée avec accusé de réception

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 Ploërmel concernant les exercices 2011 et suivants ainsi que les réponses qui ont été apportées.

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 la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code précité, le rapport d'observations et la réponse jointe sont transmis au préfet, au directeur départemental des finances publiques du Morbihan ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé.

Par délégation
Le Président de section

Jean-François FORESTIER



NOTIFICATION FINALE DU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

sur la gestion du centre hospitalier de Ploermel

au cours des exercices 2011 et suivants

INTEGRANT LA REPONSE REÇUE DANS LE DELAI LEGAL

SOMMAIRE

Rapport d'observations définitives	p. 1 à 24
Réponse de M. A LATINIER, Directeur par intérim	p. 25 à 26

SOMMAIRE

1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PLOËRMEL	5
1.1. L'ENVIRONNEMENT MEDICAL	5
1.2. L'ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL ET SA PART DE MARCHE	5
1.3. L'EVOLUTION DES CAPACITES DE L'ETABLISSEMENT	5
1.4. LES CONDITIONS D'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	6
2. LE PILOTAGE STRATEGIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET SA MISE EN ŒUVRE	6
2.1. L'INSTABILITE DE LA DIRECTION	6
2.2. L'ABSENCE DE PROJET D'ETABLISSEMENT	6
2.3. LE CPOM	7
2.4. LES OUTILS DE PILOTAGE	7
2.5. LES PROCEDURES BUDGETAIRES	8
3. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT	9
3.1. L'EVOLUTION DES PRODUITS	9
3.2. L'EVOLUTION DES CHARGES	10
3.3. L'AUTOFINANCEMENT	10
3.4. LA SITUATION PATRIMONIALE DE L'ETABLISSEMENT	11
3.5. LA LIGNE DE CREDIT DE TRESORERIE	11
4. LES PROCEDURES INTERNES	11
4.1. LA POLITIQUE D'ACHAT	11
4.2. LA PHARMACIE	12
5. LE SYSTEME D'INFORMATION	12
5.1. LA GOUVERNANCE	12
5.2. PRESENTATION DU SERVICE	14
5.3. LA MISE EN PLACE DES LOGICIELS METIERS	15
5.4. LA PRESENTATION DU RESEAU	16
5.5. LA SECURITE INFORMATIQUE	16
6. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	17
6.1. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE	17
6.2. LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES	19
6.3. LA GESTION STATUTAIRE DES AGENTS : LES AGENTS CONTRACTUELS	19
6.4. LES PRIMES DES PERSONNELS NON MEDICAUX CONTRACTUELS	21
6.5. L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL	21
6.6. LA GESTION DE LA PERMANENCE DES SOINS	22
6.7. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS	23
6.8. COOPERATION HOSPITALIERE	23
6.9. L'ABSENTEISME	24

Centre Hospitalier de Ploërmel

**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 du Centre Hospitalier de Ploërmel à compter de l'exercice 2011. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 27 février 2015.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 21 juillet 2015 avec M. LATINIER, ordonnateur, Madame GARO, ancien ordonnateur. M. VERNALDE, ancien ordonnateur, a renoncé à participer à l'entretien préalable par message daté du 16 juillet 2015.

Lors de sa séance du 1^{er} septembre 2015, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 2 octobre 2015 à M. LATINIER, ordonnateur, Madame GARO, M. VERNALDE, anciens ordonnateurs. Des extraits ont été également adressés aux tiers mis en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 9 février 2016, a arrêté ses observations définitives.

RÉSUMÉ

Le centre hospitalier de Ploërmel se situe dans un territoire de santé dont l'hôpital de référence est le centre hospitalier de Bretagne Atlantique (CHBA) à Vannes. L'établissement est prédominant sur sa zone d'attractivité dans les secteurs de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO). Sa part de marché entre 2010 et 2013 s'est maintenue en médecine à près de 50 % et a augmenté en obstétrique passant de 62 à 64,7 %. L'établissement voit une partie importante des habitants de son territoire se diriger vers le CHBA et le CHRU de Rennes en raison de leur bonne desserte routière. La croissance de ses parts de marché indique que l'établissement est un hôpital de proximité bien positionné et reconnu dans son environnement.

Au cours de la période de contrôle, l'établissement a connu quatre directeurs ce qui peut expliquer ses défaillances dans le domaine de la gouvernance.

L'hôpital n'a pas établi de projet d'établissement, document stratégique qui serait de nature à adapter son positionnement avec la nouvelle communauté hospitalière de territoire. Il ne s'est pas doté d'outils de pilotage pertinents en matière de tableaux de bord, de comptabilité analytique. Les projections budgétaires pluriannuelles qui reflètent les engagements pris auprès de ses partenaires en termes de maîtrise des coûts n'ont jamais été respectées.

La direction n'a pas arrêté de stratégie en matière d'achats et de gestion des systèmes d'information. Le contrôle interne est apparu très défaillant dans le circuit de la commande et dans la gestion des permanences de soins.

La situation financière de l'établissement est très dégradée. La marge brute dégagée est très inférieure à la moyenne constatée des établissements comparables et ne permet pas de couvrir le remboursement de sa dette et des intérêts. Cette situation s'explique par une croissance des charges supérieure à celle des produits. Les investissements importants au cours de la période de contrôle ont généré un important endettement. L'établissement est très dépendant des établissements bancaires pour couvrir ses investissements et assurer sa trésorerie.

L'absentéisme du personnel non médical est élevé. Il est de 17 jours par agent en 2014.

Des mesures doivent être prises, sans tarder, pour en diminuer l'importance.

Recommandations

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

1. Doter l'établissement d'un projet d'établissement (cf. § 2.2), d'un schéma directeur informatique (cf. § 5.1.1), d'une politique d'achats comprenant un dispositif de contrôle interne (cf. § 4.1) ;
2. Doter le centre hospitalier d'outils de pilotage comprenant :
 - a. une comptabilité analytique sous forme de CREA (cf. § 2.4.1),
 - b. des tableaux de bord de direction permettant un suivi de l'activité et des exécutions budgétaires en comparaison avec l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et les réalisations de l'exercice antérieur (cf. § 2.4.4),
 - c. un suivi de l'utilisation des médicaments et des taux de pertes (cf. § 4.2) ;
3. Rédiger des fiches de postes homogènes pour l'ensemble des agents (cf. § 7.3.1) ;
4. Rémunérer les seuls déplacements des médecins ayant fait l'objet d'un appel préalable par le standard de l'hôpital dans le cadre des permanences de soins (cf. § 6.6) ;
5. Nommer un correspondant informatique et libertés (cf. § 5.1.7) ;
6. En matière de sécurité informatique, formaliser la politique de sécurité du système informatique (cf. § 5.5.1), établir un plan de reprise d'activité (cf. § 5.5.2.3), des procédures de création et suppression de comptes des utilisateurs des outils informatiques (cf. § 5.5.3).

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. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PLOËRMEL

1.1. L'ENVIRONNEMENT MEDICAL

L'ARS Région Bretagne a brossé un portrait du territoire dans un document intitulé : « La santé dans le pays de Ploërmel Cœur de Bretagne » de mai 2010. Il ressort de l'étude qu'en termes d'offre de soins, le pays accueille un Centre Hospitalier, une clinique, ainsi que deux hôpitaux locaux assurant l'ensemble des activités de soins. Concernant les professionnels de santé implantés dans le pays (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les densités observées dans le pays sont toutes plus faibles, voire très inférieures, aux densités régionales.

En 2009, et sur la base du système d'information sur lequel s'est appuyé l'étude, 50 médecins généralistes libéraux et 21 médecins spécialistes libéraux exerçaient dans le pays de Ploërmel Cœur de Bretagne. Comparée aux densités régionales respectives, la densité du pays en médecins généralistes libéraux est inférieure et celle des spécialistes libéraux représente moins de la moitié de la densité régionale. Le pays compte, en 2009, 30 chirurgiens-dentistes libéraux, 38 masseurs-kinésithérapeutes libéraux et 69 infirmiers libéraux.

S'agissant de la prise en charge des personnes âgées à domicile, la forte présence des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permet d'atténuer en partie la moindre densité en infirmiers libéraux du pays.

1.2. L'ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL ET SA PART DE MARCHE

L'établissement est prédominant sur sa zone d'attractivité dans les secteurs de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO). Sa part de marché entre 2010 et 2013 s'est maintenue en médecine à près de 50 % et a augmenté en obstétrique passant de 62 à 64,7 %.

Sur ces deux secteurs, les hôpitaux concurrents sont principalement le CHBA, hôpital de référence du territoire de santé et la clinique de Malestroit (12 % chaque) et le CHRU de Rennes pour l'obstétrique. La croissance de ses parts de marché indique que l'établissement est un hôpital de proximité bien positionné et reconnu dans son environnement.

En revanche l'activité de chirurgie s'est tassée en termes de parts de marché tant en hospitalisations complètes qu'en ambulatoire passant de près de 51,5 % à 46,5 %. L'établissement a accru son activité en termes de cancérologie et de séances de chimiothérapie.

Le taux de fuite de l'établissement mesurant la proportion de patients soignés en dehors du territoire de l'établissement, est de 41 % en raison notamment de la proximité de Vannes et de Rennes particulièrement bien desservies par le réseau routier à partir de Ploërmel.

L'activité de l'établissement a augmenté jusqu'en 2012 pour diminuer en 2013. Le développement de l'ambulatoire n'a pas compensé cette diminution. Le nombre d'actes MCO mesurés est passé de 12 580 à 12 359 entre 2010 et 2013. La diminution de l'activité est concentrée sur la chirurgie avec un niveau de 2 350 entrées en 2013 en hospitalisation complète contre 2 716 en 2011. Le taux de chirurgie ambulatoire est passé entre 2010 et 2013 de 32 à 40 % ce qui situe favorablement l'établissement parmi les établissements de sa catégorie.

L'activité des urgences a progressé sur la période 2010-2013 de 8 % pour atteindre 12 270 actes en 2013. Le pourcentage d'hospitalisations complètes à la suite d'une entrée aux urgences est en 2013 de 56,2 %. Ce qui ne permet pas d'anticiper l'activité et donc de gérer les lits et les ressources humaines associées.

1.3. L'EVOLUTION DES CAPACITES DE L'ETABLISSEMENT

Les capacités de l'établissement se sont adaptées à l'évolution de son activité. Le nombre de lits en chirurgie a été réduit de 10 et l'établissement s'est doté d'un plus grand nombre de places en ambulatoire. Le nombre de lits en médecine a augmenté fortement entre 2012 et 2013 passant de 92 à 104 lits. Cette augmentation correspondait à un besoin en 2012 avec un taux d'occupation très important. La réduction de l'activité en médecine et l'augmentation du nombre de lits a réduit le taux d'occupation des lits dans ce secteur. Le taux d'occupation des lits passe de 87,6 % à 80,6 % ce qui situe l'établissement dans la moyenne de sa catégorie.

Les taux d'occupation en chirurgie (65,2 %) et en obstétrique (45,2 %) sont en revanche faibles et placent l'établissement dans les 20 % d'hôpitaux de sa catégorie qui ont le taux d'occupation le plus faible.

Le recours à l'intérim médical apparaît comme un point faible pour l'établissement avec un poids de l'intérim médical de 13 % des dépenses de personnel médical en 2013 particulièrement élevé.

En réponse, l'établissement indique que le développement de la chirurgie ambulatoire a permis de réduire le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en chirurgie à 46 lits fin 2013 et le taux de chirurgie ambulatoire actuel de 53% permettra de réduire encore cette activité d'une dizaine de lits en 2016. En février 2015, une réduction du nombre de lits a été décidée à hauteur de 10 lits en maternité-gynécologie et de 6 en gastro-entérologie. Enfin, l'établissement estime que ses effectifs baisseront de 18 ETP par rapport à l'année 2014.

1.4. LES CONDITIONS D'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

Les coûts enregistrés par salle d'intervention sont favorables à l'établissement tout comme le nombre d'accouchements par obstétricien et sages-femmes. La durée moyenne de séjour, inférieure à la moyenne des établissements en médecine et chirurgie en 2013, est favorable à l'établissement et s'est améliorée sur la période.

Le coût des personnels médico-techniques rapporté aux recettes est de 23,6 % en 2013 selon Hospidag ce qui représente un poids supérieur à celui constaté dans plus de 80 % des établissements de sa catégorie.

La dernière comptabilité analytique tenue en 2011 indiquait un déficit de l'activité des urgences. Les agents en charge de l'accueil administratif de ce service sont présents de 8h à 21h en semaine et de 10h à 20h le samedi et dimanche. L'absence d'agents d'accueil la nuit est justifiée par un nombre de passages trop faible pour que cette présence soit rentabilisée. Si cette organisation est sans doute à l'origine de pertes de recettes, celle-ci n'a pas été estimée.

2. LE PILOTAGE STRATEGIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET SA MISE EN ŒUVRE

2.1. L'INSTABILITE DE LA DIRECTION

La période s'est caractérisée par une forte instabilité de la direction. Le directeur du centre hospitalier de Bretagne Atlantique (Vannes) assure l'intérim de la direction depuis novembre 2014 après avoir déjà assuré ces fonctions d'avril 2012 à février 2014, dans les deux cas en remplacement de directeurs. Un directeur délégué a été également nommé depuis novembre 2014.

Cette instabilité est préjudiciable à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'une stratégie dans un contexte financier délicat pour l'établissement.

2.2. L'ABSENCE DE PROJET D'ETABLISSEMENT

L'article L. 6143-2 du CSP prévoit que des projets d'établissement doivent être arrêtés par les hôpitaux. Ce document définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement, dans le cadre des territoires de santé. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

L'hôpital de Ploërmel n'a pas de projet d'établissement à l'heure actuelle. Le précédent couvre la période 2003-2007. Ce document serait de nature à amener l'établissement à se positionner sur son territoire particulièrement dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire devenue effective en 2014 et 2015 avec le contrat hospitalier de territoire.

La chambre recommande d'établir un projet d'établissement comme cela avait été déjà évoqué lors de son précédent contrôle.

2.3. LE CPOM

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour la période 2008/2012. Celui-ci visait à conforter les missions du plateau technique du CH de Ploërmel sur le territoire de santé en sécurisant et en facilitant l'accès aux soins. Par ailleurs il prévoyait de renforcer la complémentarité et les coopérations avec les autres établissements de santé, notamment dans un objectif général de prise en charge des personnes âgées.

Les principaux postes concernés par la maîtrise des dépenses sont : les ressources humaines, la pharmacie, les services économiques et logistiques.

En réponse, l'hôpital fait état d'un CPOM pour la période 2012-2017 reçu signé de l'ARS le 3 juin 2015. Un avenant a été signé le 23 novembre 2015. La chambre relève l'absence de CPOM valable entre 2012 et 2015.

2.4. LES OUTILS DE PILOTAGE

2.4.1. L'absence de comptabilité analytique

L'article R. 6145-7 du CSP impose la tenue d'une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement. Les résultats obtenus doivent être communiqués au conseil de surveillance. Cet article impose également la confection d'un tableau pour l'analyse de l'activité et des coûts faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement.

Malgré la présence de deux contrôleurs de gestion, l'établissement ne remplit plus la première obligation depuis 2012 préférant la réalisation d'études ponctuelles. Les derniers comptes de résultats analytiques (CREA) disponibles sont donc ceux de 2011. L'établissement ne dispose donc plus d'outil global d'analyse de son activité et se prive d'un outil de pilotage stratégique.

La chambre recommande de rétablir la tenue d'une comptabilité analytique sous forme de CREA.

2.4.2. Les résultats du CREA 2011

La comptabilité analytique tenue en 2011 souffre de lacunes méthodologiques comme, par exemple, l'imputation des coûts de stérilisation des blocs sur le seul bloc obstétrical. Toutefois, l'analyse des résultats a permis de donner une indication sur l'origine des déficits constatés.

Les pôles « chirurgie » et « gynéco-obstétrique » connaissent des déficits de 800 000 et de 530 000 €. Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), les unités de chirurgie ne réalisant pas 4 000 interventions par an, y compris en ambulatoire, ainsi que les maternités sous le seuil des 1 000 accouchements n'atteignent pas un seuil de recettes permettant de couvrir les coûts imposés par la réglementation. L'hôpital de Ploërmel connaît une activité inférieure à ces seuils.

Les prestations médico techniques sont valorisées à hauteur de 8 M€ refacturées pour 1,9 M€ aux activités transversales, 0,6 M€ au pôle gynéco-obstétrique et 4,4 M€ pour le pôle chirurgie. Le ratio Hospidiag « Coût du personnel des services médicotéchniques rapporté aux recettes » est en 2013 de 23,6 % alors que 80 % des établissements de même typologie enregistrent un taux inférieur à 20,2 %. Ce surcoût est de nature à expliquer une partie des déficits constatés.

L'absence de stratégie globale de l'établissement avec une réflexion sur sa place dans son environnement est d'autant plus préjudiciable qu'il est proche des seuils de rentabilité sur la partie maternité et chirurgie malgré un important taux de fuite.

2.4.3. L'absence de certaines données de comparaison avec les autres établissements

La base d'Angers est un référentiel de coûts pour les activités non cliniques d'un établissement de santé. Elle est maintenue par le CHU d'Angers avec la participation de près d'une centaine d'établissements de santé et le soutien de la Fédération Hospitalière de France notamment. Cette base de données permet aux établissements de se comparer et le cas échéant d'ajuster l'affectation des moyens et de détecter d'éventuels surcoûts.

L'hôpital ne participe pas aux recueils de ces données se limitant aux comparaisons régionales basées sur le RTC (retraitement comptable). D'autres éléments de comparaison pourraient lui être utiles pour son pilotage.

2.4.4. Les tableaux de bord

Les tableaux de bord à destination de l'équipe de direction concernent des unités ou des secteurs isolés (chirurgie, entrées UFM, UFH, consultations externes) ou des indicateurs journaliers d'entrées et de sorties. Aucun document ne permet de comparer le niveau des réalisations budgétaires en cours au budget voté ou à des réalisations passées.

Ces documents ne sont pas des documents de pilotage et ne permettent pas à la direction d'arbitrer des situations, de connaître de manière synthétique la situation en cours de l'établissement ou encore de piloter la structure en corrigeant le plus en amont possible d'éventuels dérapages budgétaires.

La chambre recommande à l'établissement l'élaboration de tableaux de bord de direction permettant un suivi de l'activité et des exécutions budgétaires en comparaison avec l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et les réalisations de l'exercice antérieur.

2.5. LES PROCEDURES BUDGETAIRES

2.5.1. L'absence de lettre de cadrage

L'établissement ne rédige pas de lettre de cadrage préalablement au lancement de sa procédure budgétaire. Les rapports préliminaires sont également présentés tardivement. Le rapport 2012 a été élaboré en mai 2012 tandis que le rapport 2010 a été présenté au directoire le 9 juillet 2010. Ce calendrier n'est certes pas en contradiction avec la réglementation. Toutefois, il ne respecte pas les principes d'annualité et d'autorisation.

Une lettre de cadrage est un outil de pilotage qui permet de décliner les attentes de la Direction Générale, confirmer la base de déclinaison des objectifs fixés et communiquer auprès des responsables les principaux changements et leurs justifications en utilisant un langage commun et uniforme. A partir d'estimations d'activité, il permettrait de définir les besoins en personnel de l'établissement.

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

2.5.2. Le respect du plan global de financement pluriannuel (PGFP)

L'établissement produit chaque année un plan global de financement pluriannuel (PGFP). La chambre observe des écarts significatifs entre les prévisions pluriannuelles, les inscriptions budgétaires et les réalisations. A titre d'exemple, les charges prévues par le PGFP 2012 pour 2013 étaient de 44,883 M€ en diminution par rapport à 2012, Pourtant 46,936 M€ ont été inscrits en 2013 pour 46,472 M€ réalisés. Les PGFP successifs prévoient des résultats comptables pour les exercices ultérieurs significativement meilleurs que ceux effectivement réalisés. Le déficit 2013 était prévu à 79 K€ par le PGFP 2012. L'EPRD prévoyait 452 K€ de déficit qui a été en fait de 1 203 K€.

Dans son PGFP 2014, un dernier emprunt d'un million d'euros devrait être mobilisé en 2016. Dès 2015, l'autofinancement permettrait de couvrir le remboursement de la dette. Pour cela, les prévisions de retour à l'équilibre reposent sur la diminution dès 2015 de la masse salariale à hauteur de 5,1 % ainsi que sur la maîtrise des achats en valeur. Les réalisations de l'exercice 2014 n'ont pas été conformes aux projections arrêtées pour la croissance de la masse salariale.

L'établissement ne procède pas à une gestion budgétaire pluriannuelle suivie et de qualité. La chambre invite l'établissement à respecter ses engagements budgétaires.

2.5.3. Les taux d'exécution du budget

Les taux d'exécution des budgets votés sont erratiques d'une année sur l'autre. L'année 2012 a été caractérisée par une activité particulièrement élevée. Cette activité exceptionnelle a été reportée dans les prévisions 2013 sans lien avec les projections budgétaires pluriannuelles, et a justifié une augmentation des dépenses votées. La diminution de l'activité en 2013 a engendré une diminution des recettes plus rapide que celles des dépenses et a donc accru le déficit.

Tableau n° 1 : Taux de réalisation des prévisions budgétaires

Budget H - Net réalisé rapporté aux prévisions initiales					
Titres	Libellé	2011	2012	2013	2014
Titre 1	Charges de personnel -Chapitres Limitatifs	100,59%	100,67%	99,47%	102,79%
Titre 1	Charges de personnel -Chapitres Evaluatifs	103,26%	98,67%	98,41%	101,83%
Titre 2	Charges à caractère médical	100,19%	106,95%	104,47%	119,27%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	102,19%	96,25%	88,86%	98,65%
Titre 4	Charges amort. prov. financ. except.	104,56%	135,27%	103,39%	98,07%
TOTAL DES CHARGES		101,55%	102,90%	99,01%	104,14%
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	99,33%	103,53%	94,56%	102,26%
Titre 2	Autres produits activité hospitalière	112,29%	108,76%	87,22%	96,15%
Titre 3	Autres produits	103,44%	96,75%	119,81%	114,35%
TOTAL DES PRODUITS		100,81%	103,05%	97,39%	103,65%

Source : Xémélios web

La chambre invite l'établissement à mieux piloter sa gestion budgétaire. Dans sa réponse, l'établissement estime que l'amélioration de son dialogue de gestion initié au cours du contrôle de la chambre en juin 2015 ainsi que les revues bimensuelles des contrats de pôles permettront un meilleur suivi budgétaire.

2.5.4. Des EPRD votés en déficit

Les comptes de résultat des EPRD sont systématiquement votés en déficit. L'EPRD 2014 prévoyait un déficit de 1 136 517 € en nette augmentation par rapport à 2013. La capacité d'autofinancement était même évaluée à 902 000 € pour des remboursements de dettes estimés à 1 743 000 € mettant ainsi l'établissement en situation de ne plus couvrir sa dette par des recettes récurrentes et pérennes.

L'article R. 6145-11 du code de la santé publique prévoit que chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre et que la capacité d'autofinancement de l'établissement doit couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice.

Par dérogation, le compte de résultat prévisionnel peut prévoir un déficit si celui-ci est compatible avec le plan global de financement pluriannuel. Outre le décalage entre les résultats estimés et les PGFP adoptés, la pratique de l'établissement ne faisait pas apparaître une volonté d'équilibre de son budget et n'indiquait pas les mesures votées pour y parvenir. Par ailleurs, l'insuffisance de la CAF contrevient aux dispositions réglementaires.

La chambre invite l'établissement à se mettre en situation de voter des budgets équilibrés.

3. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement compte deux budgets annexes, un budget USLD et un budget EHPAD, en dehors de son budget principal. Les charges s'établissent à 58,5 M€ en 2014 et relèvent à 82 % du budget principal.

La fiabilité des comptes n'est pas remise en cause, les vérifications effectuées n'ayant pas conduit à relever d'anomalies significatives.

3.1. L'EVOLUTION DES PRODUITS

Les produits de l'établissement s'élevaient à 50,6 M€ en 2011 pour atteindre 56 M€ en 2014 soit une augmentation de 3,7 % en moyenne par an. L'augmentation des produits d'exploitation entre 2011 et 2014 s'explique par des recettes issues de l'assurance maladie en croissance de 2,7 M€, de l'EHPAD pour un million d'euros et des rétrocessions de médicaments pour 637 K€.

Les produits encaissables ont augmenté en moyenne annuelle de 3,43 % sur la période.

3.2. L'EVOLUTION DES CHARGES

Les charges ont augmenté de 3,9 % en moyenne annuelle sur la période 2011-2014 et s'établissent à 58,5 M€. Les charges du budget principal ont augmenté en moyenne de 3,6 % par an sur la période.

La masse salariale représente 68 % des charges du budget principal. L'intérim représente 4 % des charges de l'établissement. Le titre 2 « charges à caractère médical » représente 16 % des charges tandis que le titre 3 « charges à caractère hôtelier et général » représente 9,3 % des charges.

La masse salariale a progressé en moyenne sur la période de 3 % ce qui est très largement supérieur à l'augmentation des produits de l'assurance maladie (1,63 %) ou même de l'activité.

Les achats ont augmenté dans de fortes proportions entre 2011 et 2014 (8,7 % en moyenne annuelle pour les achats stockés et 7,8 % sur le budget principal). Les achats hors pharmacie ont également augmenté au-delà de l'inflation avec une moyenne de 4,5 % par an. L'hôpital estime que cette augmentation est liée à la création des services d'hospitalisation à domicile et de chimiothérapie.

Les charges financières ont augmenté de plus de 6 % en moyenne annuelle sur la période passant de 768 K€ à 921 K€ entre 2011 et 2014. Cette croissance est liée à l'endettement de l'établissement sur la période, en progression de 8,4 M€, pour atteindre 27,79 M€ en 2014.

3.3. L'AUTOFINANCEMENT

Les résultats comptables sont déficitaires sur toute la période.

Tableau n° 2 : Les résultats comptables de l'établissement

	2011	2012	2013	2014
Produits d'exploitation	50 323 392	54 056 097	53 073 191	56 034 524
Produits financiers	-	-	-	-
Produits exceptionnels	831 257	1 070 872	937 351	1 061 706
TOTAL DES PRODUITS	51 154 649	55 126 969	54 010 541	57 096 230
Charges d'exploitation	50 702 891	53 114 240	53 872 356	57 351 920
Charges financières	768 377	1 139 896	796 235	921 430
Charges exceptionnelles	770 027	1 068 963	544 999	245 307
TOTAL DES CHARGES	52 241 295	55 323 100	55 213 589	58 518 656
RÉSULTAT (excédent ou déficit)	- 1 086 646	- 196 131	- 1 203 048	- 1 422 426

Source : comptes financiers uniques

Les charges décaissables ont progressé plus rapidement que les produits encaissables. La marge brute chute de 10 % en moyenne par an pour ne représenter que 2,7 % des produits de l'établissement. L'exercice 2012 est exceptionnel en termes d'activité et de valorisation unitaire moyenne. L'adaptation des moyens à l'activité de cette année a engendré une diminution de la marge brute. Ce taux est particulièrement faible. Plus de 80 % des hôpitaux de même catégorie disposent d'une marge brute et d'une capacité d'autofinancement supérieures.

Tableau n° 3 : La capacité d'autofinancement

	2011	2012	2013	2014	% moyen / an
Produits encaissables	50 587 922	54 230 732	53 172 808	55 966 233	3,4%
Charges encaissables	49 423 038	52 025 746	52 384 996	55 387 000	3,9%
MARGE BRUTE	1 983 758	3 482 676	1 670 813	1 436 508	-10,2%
CAF	1 164 884	2 204 986	787 812	579 233	-20,8%
Remboursements d'emprunts		1 399 556	1 399 556	1 743 164	
R35 TAUX DE MARGE BRUTE	4,11%	6,71%	3,30%	2,69%	

Source : Anapeps - CRC

L'endettement de l'établissement, passe de 17,4 à 27,8 M€ entre 2011 et 2014 ce qui diminue de près de la moitié son autofinancement. Ce dernier ne permet plus de couvrir le remboursement de la dette plaçant l'établissement dans une situation anormale où l'emprunt nouveau est appelé à couvrir l'emprunt existant.

Le délai de remboursement de la dette est en 2014 de 48 années ce qui ne correspond pas à la durée de vie des immobilisations. L'extinction moyenne de la dette est sensiblement inférieure à 17,5 années. La capacité d'autofinancement nette des remboursements d'emprunt est négative de 1 164 K€ en 2014 en diminution encore par rapport à 2013.

L'établissement est donc, à l'heure actuelle, dans l'incapacité de couvrir le remboursement de sa dette par des recettes pérennes.

3.4. LA SITUATION PATRIMONIALE DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement a beaucoup investi sur la période notamment avec la construction de l'EHPAD. Les investissements se sont élevés à plus de 13,7 M€. Malgré un subventionnement de plus de 3,5 M€, l'absence d'autofinancement net a conduit l'établissement à se financer à hauteur de 12,9 M€ par l'emprunt entre 2012 et 2014.

Entre 2011 et 2014, le fonds de roulement s'est maintenu grâce à des emprunts nouveaux liés à ses investissements. Toutefois, il reste insuffisant pour couvrir le besoin en fonds de roulement. Le fonds de roulement issu de l'exploitation devient négatif et explique une trésorerie négative en 2014 pour plus d'un million d'euros.

Le financement des investissements comme celui de l'exploitation n'est assuré que par des crédits bancaires. L'établissement est particulièrement dépendant de la situation du marché bancaire.

Les constructions ont une faible vétusté mais les équipements et installations sont amortis aux trois quarts. Dans son PGFP 2014, l'établissement estime à 750 K€ ses besoins récurrents en investissements et à 1 860 K€ ses opérations pluriannuelles entre 2015 et 2016. Le renouvellement du patrimoine de l'hôpital devra être assumé alors que ses ressources paraissent insuffisantes.

3.5. LA LIGNE DE CREDIT DE TRESORERIE

L'ouverture d'une ligne de crédit a pour seul objectif de faire face à un besoin ponctuel de disponibilités. Elle ne peut être un financement à long terme destiné à surmonter des difficultés structurelles de trésorerie. Au 31 décembre 2014, cet emprunt à court terme n'a pas été remboursé. L'utilisation de ce moyen d'emprunt pour financer des besoins en trésorerie manifestement structurels est inadaptée et rend l'établissement vulnérable aux conditions du marché bancaire.

En réponse, l'établissement explique avoir favorisé ce mode de financement moins onéreux qu'un financement par emprunt. C'est donc en connaissance de cause que l'établissement n'a pas respecté la vocation de sa ligne de trésorerie.

4. LES PROCEDURES INTERNES

4.1. LA POLITIQUE D'ACHAT

4.1.1. L'absence de politique d'achat

L'établissement ne dispose pas de politique formalisée de ses achats. Toutefois, une démarche de construction d'un plan action achat est engagée pour aboutir fin 2015. Ce projet est mené conjointement entre les trois établissements du CH2P (Ploërmel, Josselin et Malestroit), le CHBA et le CH de Belle-Ile.

L'objectif affiché est, à l'issue d'un diagnostic, d'aboutir à l'élaboration d'une politique d'achat commune aux trois sites du CH2P. La chambre recommande la structuration et la formalisation de la fonction achats de l'hôpital de Ploërmel.

Dans sa réponse, l'établissement affirme que la démarche en cours sera formalisée en 2016 et aurait déjà constaté des gains pour l'année 2015 à hauteur de 257 000 €.

4.1.2. Le circuit de l'achat

L'hôpital de Ploërmel s'est doté de procédures de validation des commandes. Cette procédure prévoit une séparation des tâches pertinente entre services utilisateurs, magasin en charge de l'analyse des besoins, de la réception et de l'attestation du service fait, service économique en charge de la validation de la commande et de l'engagement comptable, service financier chargé du mandatement.

La chambre a procédé à une visite du magasin et constaté que le magasinier procédait à l'envoi direct des bons de commandes aux fournisseurs, sans passer par la phase de validation des services économiques. L'établissement a produit à la chambre les fiches constatant les besoins de deux services pour le mois de janvier 2015. Les 38 bons de commande n'étaient pas signés. Le magasinier ne bénéficie pas d'une délégation de signature lui permettant d'engager les achats.

La procédure d'achat des produits stockés n'était pas mise en œuvre comme indiqué sur le schéma pour ce qui concerne la partie commande. Le non-respect de la procédure arrêtée par l'établissement se traduit par une absence de séparation des tâches dans le circuit de l'achat. Cette défaillance du contrôle interne augmente les risques de fraudes et se traduit par une sécurisation insuffisante des achats.

Dans sa réponse, l'hôpital affirme qu'à la suite du contrôle de la chambre, les bons de commande sont bien reçus par les services économiques qui les mettent à la signature de la direction des services économiques ou du responsable des services économiques.

4.2. LA PHARMACIE

Le service est composé de 9,8 agents affectés à ce service : trois pharmaciens, cinq préparateurs et 1,8 agent administratif.

La pharmacie a effectué un important travail sur le conditionnement unitaire des médicaments sur deux services. La distribution des médicaments dans ces services est principalement réalisée de manière nominative, pour chaque patient.

L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer le taux de perte des médicaments. Le suivi de la dépréciation et des pertes des stocks n'est pas effectué. Toutes les fonctionnalités du logiciel ne sont pas utilisées. La chambre recommande à l'hôpital, qui en prend acte, la mise en place d'un suivi des dépréciations de stocks de médicaments.

5. LE SYSTEME D'INFORMATION

5.1. LA GOUVERNANCE

5.1.1. L'absence de schéma directeur informatique

Depuis 2012, l'hôpital n'a pas arrêté de schéma directeur informatique définissant et formalisant l'évolution du système d'information et ses priorités. Le schéma directeur constitue pourtant l'étape fondatrice du cycle de vie d'un système informatique : il recense les options possibles, les choix opérés et la programmation échelonnée dans le temps des actions retenues pour accompagner l'organisation dans son développement.

L'absence de schéma directeur prive l'hôpital d'un outil de stratégie et de gestion lisible et d'un outil de modernisation à partir d'un diagnostic de l'existant.

La chambre recommande l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information.

5.1.2. Un fonctionnement insuffisamment formalisé

Une très grande part des documents liés au fonctionnement du service informatique n'ont pas fait l'objet de procédures formalisées et diffusées. Outre l'absence de document d'orientation du service, les modalités de définition et de mise en œuvre de la sécurité informatique, de la répartition des tâches entre les agents, la politique de formation, de création et de suppression des comptes utilisateurs ne sont pas formalisées.

Cette absence de documentation ne garantit pas la transmission des informations en fiabilisant la communication interne opposable aux tiers et n'assure pas une traçabilité des actions menées par le service. L'établissement en est fragilisé dans son contrôle interne. En réponse, l'hôpital explique avoir réalisé en septembre 2015, une analyse formalisée des risques. A la suite de cette démarche, un projet de politique de sécurité du système d'information devrait être validé par les instances au début de l'année 2016.

5.1.3. Les outils de pilotage

5.1.3.1. Le suivi de la gestion des incidents

Jusqu'en avril 2015, le service informatique ne disposait pas de logiciel de gestion des incidents. Une telle application est utilisée depuis.

En l'absence de cet outil sur une large période, le service ne disposait pas d'outils de connaissance de son patrimoine. L'analyse des problèmes rencontrés par son système d'information, et le degré d'appropriation de l'outil par les utilisateurs en étaient rendus complexes. La définition d'une stratégie adaptée en est rendue moins aisée.

La chambre constate le déploiement d'un outil de gestion des incidents et recommande à l'établissement de s'assurer de l'effectivité de l'utilisation de cet outil dans le temps.

5.1.3.2. Le suivi de la gestion du patrimoine

Le suivi de la gestion du patrimoine informatique a été déployé à partir d'avril 2015. A la date du contrôle de la chambre, l'inventaire était en cours de création et n'était pas exhaustif. La connaissance du patrimoine informatique et de ses caractéristiques telles que le système d'exploitation, les caractéristiques techniques majeures, est particulièrement importante afin d'en assurer le renouvellement et garantir la mise à disposition de moyens efficaces et interopérables auprès des agents.

La chambre invite l'établissement à s'assurer de l'exhaustivité de son inventaire du patrimoine informatique et de ses caractéristiques. En réponse, l'établissement prend note de la remarque de la chambre et prévoit de formaliser la procédure d'inventaire et de réaliser un inventaire exhaustif avant le 31 janvier 2016.

5.1.4. La politique achats

La procédure liée aux achats en matière de systèmes d'information est sommairement décrite dans un document non daté intitulé « description de la gestion des achats du service informatique ». Le document consiste en un arbitrage annuel des crédits et une analyse des besoins au fil des demandes.

Les achats en matière informatique ne font donc pas l'objet d'une programmation pluriannuelle et d'une définition des besoins s'inscrivant dans un cadre stratégique connu. La chambre invite l'établissement qui en prend acte, à définir une politique d'achat en matière de systèmes d'information en lien avec un schéma directeur informatique. En réponse l'hôpital rappelle que la politique d'investissement était validée en comité SIH.

5.1.5. Les actions de mutualisation

Le service informatique procède à de nombreuses actions en faveur des centres hospitaliers de Malestroit et de Josselin. Elles ont concerné notamment le remplacement des serveurs, la réinstallation d'applications métiers, la mise en place de sauvegardes externalisées et vérifiées. L'établissement a pour projet d'assurer la gestion des incidents de 1^{er} niveau de ces établissements en recrutant un agent supplémentaire.

En matière de logiciels, l'établissement utilise à distance l'application CHIMIO qui est hébergée par le CHBA de Vannes. Plusieurs logiciels ont été acquis en cohérence avec ceux utilisés par l'hôpital de Vannes.

Pour plus de sécurité, la localisation de serveurs de sauvegarde dans les établissements voisins aurait été souhaitable. Toutefois, la réglementation actuelle propre aux hôpitaux impose de disposer d'un statut d'hébergeur de données ce dont ne dispose pas l'hôpital de Ploërmel.

5.1.6. Le recours aux prestations externes

L'établissement a occasionnellement recours à des prestations externes. Ne sont concernés que des projets spécifiques, tels que les achats de progiciels et la prestation de maintenance avancée. L'établissement a également eu recours au GCS e-santé et à une société de conseil en 2013 afin d'auditer l'activité de radiologie et de permettre le déploiement d'un système d'information radiologique (RIS) dans le cadre d'une démarche territoriale avec l'hôpital de Vannes. En outre, le GCS e-santé est intervenu pour la formation du responsable de sécurité des systèmes d'information, pour l'accompagnement à l'analyse des risques et pour l'accompagnement à la démarche de réalisation du projet de politique de sécurité. Il n'y a aucune action d'infogérance sur site ni d'infogérance applicative à distance.

Le CHP n'a procédé à aucun audit de son système d'information durant la période sous contrôle. Un tel audit serait utile préalablement à l'élaboration d'un schéma directeur informatique.

5.1.7. L'absence de correspondant CNIL

Le correspondant Informatique et Libertés (CIL) a pour principale mission de veiller en temps réel à la bonne application de la loi « Informatique et Libertés » au sein de son entreprise ou de sa collectivité. Il doit tenir un registre public dans lequel il inscrit l'ensemble de ses traitements (il s'agit des opérations concernant les informations nominatives). Le CIL est donc un interlocuteur privilégié de la CNIL et constitue un vecteur de sécurité juridique. Ses demandes sont traitées en priorité.

L'établissement n'a pas nommé de CIL alors que ses missions l'amènent à traiter de nombreuses données sensibles. Bien que la fonction ne soit pas obligatoire, la chambre recommande au CHP de nommer un Correspondant Informatique et Libertés, vecteur de sécurité juridique. En réponse, l'établissement s'engage à en désigner un.

5.2. PRESENTATION DU SERVICE

5.2.1. La part du système d'information dans le budget de l'établissement

5.2.1.1. Part de la masse salariale du système d'information

Sur la période 2008 à 2014, la part représentée par le personnel affecté au système d'information a représenté moins de 0,50 % de la masse salariale totale de l'établissement et est restée constante. Budgétairement, les dépenses de personnel affectés au service ont globalement progressé depuis 2011, passant de 160K€ à 190K€ en 2014. Le coût moyen par ETP du SI a progressé plus vite (6 %) que celui du personnel non médical du CHP (2 %).

5.2.1.2. Part du système d'information dans le budget de l'établissement

Les charges d'exploitation et d'investissement affectées à la « Direction des Systèmes d'Information » sont passées de 1 025 K€ à 1 264 K€ entre 2012 et 2014. La part des dépenses liées aux systèmes d'information est de 1,9 %. Ce ratio se situe dans la moyenne observée pour les établissements bretons. La chambre relève la bonne adéquation du budget informatique à la taille de l'établissement.

5.2.2. L'organisation

5.2.2.1. Structure du service

Le service informatique (SI) est rattaché à la direction de la clientèle, des affaires générales et financières et du système d'information. Le service compte donc quatre techniciens hospitaliers supérieurs, soit 3,8 ETP outre la fonction de directeur des systèmes d'information confondue avec celle du directeur de la « clientèle, des affaires générales et financières et du système d'information ». Le service est correctement dimensionné à la taille de l'établissement en comparaison des pratiques relevées dans le secteur hospitalier.

L'ancienneté moyenne des agents du service est de 11,5 ans, avec une ancienneté de 23 ans pour son responsable.

5.2.2.2. L'organisation du service

L'organisation du service conforte la notion de polyvalence « au travers du renforcement de binômes de spécialités ». Cette organisation du service permet de ne pas faire reposer sur un seul l'agent la connaissance d'un outil en particulier.

5.2.2.3. Fiches de poste et CV des agents du SI

Les agents du service sont titulaires de BTS et ont suivi par la suite des formations, notamment sur Citrix et Linux.

Le directeur des systèmes d'information est ingénieur en chef de classe normale contractuel, titulaire d'un master 2 d'économie et gestion des établissements sanitaires et sociaux. La direction des systèmes d'information ne représente qu'une partie de ses fonctions. Ses qualifications techniques ne correspondent pas à celles attendues d'un directeur des systèmes d'information.

A la suite du contrôle de la chambre, l'établissement indique avoir formalisé les fiches de poste du service. Cette démarche est de nature à rendre l'organisation plus lisible.

5.2.2.4. La formation des agents du service

Les agents ont suivi entre 2011 et 2014, 25 actions de formation. Les formations techniques ne sont pas majoritaires. Aucun plan de formation n'a été formalisé, celles-ci étant prévues en lien avec l'avancée des différents projets. Une programmation des formations serait de nature à compléter un schéma directeur informatique.

5.3. LA MISE EN PLACE DES LOGICIELS METIERS

5.3.1. L'absence de chefs de projets

Pour tout projet, qu'il soit technique ou applicatif, un chef de projet est désigné au sein de l'équipe informatique sans que la fonction ne soit individualisée. Les services métiers désignent un agent référent tandis que le service informatique assure une liaison essentiellement technique. Le chef de projet informatique pilote des projets informatiques en conformité avec les référentiels établis par et pour le maître d'ouvrage. Il intervient dans le développement et l'intégration d'une nouvelle application, de composants réutilisables ou dans la maintenance d'une application existante, organise le travail avec le groupe de projet, en contrôle la qualité, les performances, le coût et les délais. Il permet d'améliorer les conditions de la mise en place de logiciels et leur adaptation aux besoins des utilisateurs et de l'organisation.

Pour des projets stratégiques ou de grande ampleur, la chambre invite l'établissement à mieux structurer la fonction de chef de projet informatique.

5.3.2. L'expérimentation FIDES

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), publics et privés d'intérêt collectif, est entré depuis 2010 dans une phase opérationnelle, sur la base des conclusions du rapport de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de décembre 2008. Le centre hospitalier de Ploërmel a fait partie des établissements expérimentateurs.

Le but de ce projet était de saisir toutes les données des patients lors de leur admission afin de les transmettre aux mutuelles pour les prises en charge, et de réduire le nombre de rejets de dossiers. Ce processus concernait 70 % des entrées et a nécessité une harmonisation dans l'utilisation des codes propres au logiciel avec les mutuelles et l'assurance maladie, afin de réduire les rejets de dossiers, et de réduire les temps de traitement.

Selon l'établissement, cette nouvelle organisation, a permis de réduire le nombre de dossiers rejetés par les mutuelles, de réduire les retards dans le traitement des dossiers et d'augmenter le nombre de titres émis par produits (84 983 en 2012, 105 910 en 2013 et 109 301 en 2014). Toutefois, la réduction du besoin en fonds de roulement n'a pas été significative.

5.4. LA PRESENTATION DU RESEAU

5.4.1. L'architecture

Le réseau de l'établissement est réparti sur trois salles serveurs. L'ensemble des flux internet est sécurisé avant d'arriver sur le réseau. Le câblage utilisé est compatible avec les besoins du réseau.

La typologie des serveurs utilisés est diverse avec des systèmes d'exploitation UNIX AIX, Linux et Windows. Les serveurs sont virtualisés, technique qui consiste à faire fonctionner plusieurs serveurs virtuels sur le même système physique. Cette technique permet de réduire les coûts d'équipement et de maximiser les ressources. La sauvegarde des données en est facilitée.

L'établissement a déployé une architecture Citrix généralisée à l'ensemble des postes. Dans cette technologie, les ordinateurs sont utilisés principalement comme de simples terminaux se connectant au réseau pour faire fonctionner les applications.

5.4.2. Le parc informatique au CHP

Hors serveurs, le parc informatique est constitué de 360 Postes de travail dont 160 PC et portables, de 200 clients légers ainsi qu'une centaine d'imprimantes et copieurs ce qui est conforme à la moyenne des établissements de santé.

5.4.3. Les logiciels

L'ensemble des logiciels utilisés est joint en annexe. Le changement majeur dans la période 2011-2014 a été la mise en place dans tous les services de l'établissement de la Production de Soins. Cette mise en place s'est appuyée sur une nouvelle fonctionnalité du logiciel DPI SILLAGE.

Afin d'accompagner ce changement, une équipe pluridisciplinaire a été mise en place, constituée d'un médecin, d'un pharmacien, de deux cadres soignants, deux infirmières, deux aides-soignantes et deux informaticiens. Cette équipe a suivi une formation complète de la part de l'éditeur de façon à être autonome sur le paramétrage. Chaque personnel a ensuite suivi une formation dispensée en interne par les infirmières et aides-soignantes du groupe projet.

5.5. LA SECURITE INFORMATIQUE

5.5.1. La politique de sécurité au CHP

L'établissement a nommé un agent pour assumer les fonctions de responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI). Dotée d'une formation de qualicienne, cet agent ne dispose pas de qualification en informatique mais de compétences en cartographie des risques. L'hôpital estimait que la mission confiée exigeait un positionnement extérieur à celui du service informatique. Cet agent a suivi une formation informatique auprès du GCS e-santé.

La politique de sécurité n'est pas formalisée. Celle-ci serait en cours d'élaboration et des formations sur ce thème seraient prévues.

L'absence de document écrit, validé, opposable et connu ne permet pas de s'assurer du respect des procédures arrêtées en cas de problème ou même de procéder régulièrement à une évaluation du dispositif arrêté.

5.5.2. La sécurité physique

5.5.2.1. L'accès aux serveurs

La protection des accès, la climatisation, la protection incendie sont assurés. La continuité du courant électrique en cas d'incident est assurée par un groupe électrogène et un onduleur disposant de 10 minutes d'autonomie en pleine charge. La sécurité de l'accès au réseau informatique est assurée par un pare-feu. Les moyens déployés sont conformes aux exigences de sécurité.

5.5.2.2. Les sauvegardes

Une procédure de sauvegarde (PRAI) a été approuvée le 23 mars 2009 et est régulièrement mise à jour au fur et à mesure des évolutions. Elle inclut la procédure à suivre pour les sauvegardes à effectuer par types de données (Active Directory, messagerie, etc.). Aucun test de restauration complète n'a été effectué.

5.5.2.3. La reprise de l'exploitation informatique en cas d'indisponibilité prolongée

L'établissement dispose de deux salles serveurs dans deux bâtiments distincts. Tous les serveurs critiques sont redondés permettant donc en cas d'arrêt d'une salle de continuer à travailler sur la deuxième salle. Les données critiques sont stockées en parallèle. Les sauvegardes journalières sont également dupliquées dans chacune des salles permettant de pouvoir restaurer les serveurs non critiques.

Le CHP n'a actuellement pas de plan de reprise d'activité formalisé. Un tel plan permet d'assurer, en cas de crise majeure ou importante d'un centre informatique, la reconstruction de son infrastructure et la remise en route des applications supportant l'activité d'une organisation. A défaut, des tests de basculement de salles sont effectués lors d'interventions techniques sur les serveurs.

La chambre recommande à l'établissement de formaliser un plan de reprise d'activité.

5.5.3. La sécurité logique

5.5.3.1. Existence d'une charte informatique

L'établissement s'est doté d'une charte informatique qui doit être signée par tous les agents.

5.5.3.2. Les droits d'accès aux outils informatiques

La gestion des droits d'accès à la messagerie n'a pas fait l'objet de procédure formalisée décrivant les modalités de création et de suppression des comptes utilisateurs. Une revue périodique des comptes utilisateurs et des profils dans les applications, se ferait informellement en lien avec les cadres des services.

La liste des personnes présentes en juin 2014 et ne figurant plus dans les effectifs en mars 2015 a été comparée à la liste des adresses de messagerie. Sur 72 personnes concernées, 12 disposaient encore d'un compte de messagerie actif en mai 2015 soit 2,5 % de l'ensemble des comptes de l'établissement.

La gestion des comptes du logiciel E-Magh2, n'a pas fait apparaître d'anomalie.

La chambre recommande au CHP qui en prend acte, de formaliser une procédure décrivant les modalités de création et de suppression des accès aux outils informatiques.

6. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

6.1. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE

6.1.1. Les objectifs contractuels

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu pour la période 2008-2012 mentionnait la maîtrise des dépenses de personnel. Il s'agissait pour l'établissement de connaître et de maîtriser l'évolution de la masse salariale. L'établissement s'engageait dans la limitation du nombre de journées de remplacement médical par la stabilisation des équipes.

Le contrat de retour à l'équilibre 2014-2018 prévoyait la renégociation de la rémunération de la permanence des soins dont le coût pour l'établissement est de 1,7 M€ alors que les crédits correspondants s'élèvent à 900 K€, la renégociation de l'accord ARTT affichant 19 jours de compensation de la réduction du temps de travail contre une moyenne de 15 pour la plupart des établissements bretons, avec le non remplacement des arrêts inférieurs à 8 jours.

6.1.2. La masse salariale

Le contrat de retour à l'équilibre 2011-2013 prévoyait une baisse des dépenses de personnel de 204 087 € en 2012 et 254 087 € en 2013. Dans les faits, la masse salariale de 30,331 M€ en 2011 a augmenté de 768 K€ en 2012, 917 K€ en 2013 et 1 253 K€ en 2014 pour atteindre 33,270 M€ en 2014.

Cette dernière augmentation est expliquée par des augmentations d'impôts et taxes, le reclassement des agents de catégorie C et l'augmentation des effectifs non médicaux (+13,6 postes en équivalent temps plein) due à l'effet année pleine de l'ouverture de l'unité post-accueil. S'ajoutent le coût de l'intérim médical et celui des agents mis à disposition.

Au titre de l'exercice 2014, la rémunération du personnel titulaire représente 84 % de la masse salariale des personnels non médicaux, le personnel sous CDD 14 % et le personnel en CDI 2 %.

6.1.3. Les effectifs

Le nombre d'agents rémunérés en équivalent temps plein (ETP) au 31 décembre est passé de 725,81 à 762,26 entre 2011 et 2014. Le personnel médical est stable avec 61,8 agents. La forte augmentation du nombre de personnels non médicaux sur la période (+ 36,27 ETP) concerne l'ensemble des métiers, administratifs, soignants et techniques.

Entre 2011 et 2014, 74 agents ont été titularisés et 10 sont passés d'un statut de contrat à durée déterminée à celui de contrat à durée indéterminée.

La répartition hiérarchique du personnel non médical, en 2014, est caractérisée par une part des agents de catégorie B de 14 % des effectifs, contre 22 % en moyenne dans les établissements de santé. Les agents de catégorie C sont surreprésentés avec 57 % contre 50 % en moyenne.

L'âge moyen au 31 décembre 2014 est de 40 ans. La part du personnel de plus de 45 ans est de 34 %. Le nombre de départs à la retraite a diminué en 2014 passant de 13 à 9 personnes.

6.1.4. Les vacances de postes

Le turnover du personnel est important s'agissant du corps médical et s'accroît entre 2012 et 2013 de 11,32 % à 12,94 %. Toutefois, le turnover relatif au personnel non médical est faible – respectivement de 3,18 % à 1,80 %.

Le nombre de départs est particulièrement important chez les médecins anesthésistes, et dans une moindre mesure chez les préparateurs en pharmacie.

L'intérim médical est conséquent et en augmentation sur la période passant de 743 à 803 K€ entre 2011 et 2014. Cette augmentation ne respecte pas les objectifs de l'établissement fixés par le CPOM 2008-2012 et le contrat de retour à l'équilibre qui prévoyait la suppression de l'intérim médical en radiologie par le biais de la mise en place du projet de télé-imagerie, la réduction des dépenses d'intérim médical en anesthésie par la stabilisation des équipes et la renégociation des tarifs des prestataires d'intérim.

L'intérim médical concerne essentiellement la radiologie et les urgences. Le recrutement de deux radiologues, deux anesthésistes, un masseur kinésithérapeute et un préparateur en pharmacie était envisagé sur la période 2014-2015. Il s'agit de postes relatifs à des métiers en tension. Compte tenu des difficultés de recrutement sur ces spécialités, les deux postes de radiologue ont été transférés sur le CHBA qui recrute et met à disposition les médecins auprès de l'établissement. En revanche pour les anesthésistes, l'hôpital de Ploërmel a toujours recours à l'intérim médical, le dispositif mis en place en radiologie n'étant pas transposable.

Le Centre Hospitalier du Pays de Ploërmel s'est engagé dans le dispositif régional pour le recrutement et la fidélisation d'étudiants masseurs-kinésithérapeutes en 2013 et a fait une nouvelle demande pour la rentrée 2015.

En 2014, l'intérim médical imposé en partie par l'obligation de continuité de l'accueil des patients, représente 17 % des dépenses médicales et un surcoût pour l'établissement.

6.2. LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES

6.2.1. Les fiches de postes

Les agents des ressources humaines disposent d'une fiche de poste qui comprend comme rubriques les missions et les activités afférentes au poste, les compétences requises, le niveau de responsabilités ainsi que les moyens mis à disposition. Les fiches sont homogènes et datent de 2011. En revanche, elles n'ont pas été matérialisées pour l'ensemble des agents comme, par exemple pour le service informatique.

Il n'existe pas de gestion centralisée de ces dernières, les fiches sont éclatées entre les différentes directions.

De même, les profils de postes médicaux ne sont pas mis en place au CH de Ploërmel, contrairement à l'arrêté du 22 juin 2007 qui fixe les caractéristiques du profil de poste. L'arrêté visait en effet les postes vacants à compter de cette date.

L'EPS précise ne pas disposer de profil de postes dans la mesure où ceux proposés à la vacation n'ont pas évolué ces dernières années. Par ailleurs, il précise que les derniers recrutements ont été effectués par le CHBA de Vannes qui ensuite met le personnel à disposition du CH de Ploërmel.

Ces fiches de postes permettent d'évaluer les agents et de mesurer les compétences attendues aux compétences réelles des agents. Un tel outil est de nature à permettre l'établissement des besoins en formation et de s'assurer de la cohérence entre l'évaluation et les compétences attendues.

La chambre recommande à l'établissement de compléter le travail fait en matière d'homogénéisation des fiches de postes et de généraliser la rédaction de fiches de postes pour les médecins et de centraliser leur conservation. En réponse, L'établissement prend note de la remarque de la chambre tout en précisant que 76 % des agents disposent d'une fiche de poste. Le nombre d'agents sans fiche de poste reste important.

6.2.2. L'évaluation des agents

Une note explicative définit la démarche d'évaluation des personnels au sein de l'établissement. Celle-ci rappelle l'objectif de la procédure d'évaluation, les formalités et le délai de retour de ces dernières. Par ailleurs, un guide de l'évaluateur, une grille d'entretien par grade et les fiches de notation ont été formalisées et sont transmises en compléments de la note.

L'examen des dossiers du personnel montre que si l'ensemble des agents ne sont pas évalués, un grand nombre le sont sur la base de la grille d'évaluation formalisée.

Le chargé de mission des services financiers et du système d'information ne fait pas l'objet d'une évaluation, de même que l'ingénieur en charge du plan directeur d'investissement ou encore la diététicienne, alors que ces agents contractuels sont en poste depuis plusieurs années.

L'article 1-2 du décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels prévoit que les agents employés à durée indéterminée font l'objet d'une évaluation au moins tous les 3 ans, et que cette évaluation donne lieu à un compte rendu.

La chambre invite l'hôpital à évaluer également les agents contractuels et à faire figurer leur évaluation dans leur dossier administratif. En réponse, l'établissement prend note de la remarque de la chambre et affirme qu'une évaluation des agents concernés sera effectuée.

6.3. LA GESTION STATUTAIRE DES AGENTS : LES AGENTS CONTRACTUELS

Les emplois permanents des EPS sont normalement occupés par des fonctionnaires. L'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 autorise le recours à des agents contractuels « lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées ».

En 2015, l'établissement compte six agents contractuels de catégorie A en durée indéterminée sur des postes d'emplois permanents : deux attachés d'administration hospitalière, trois ingénieurs hospitaliers, et une infirmière. L'examen des dossiers a fait apparaître plusieurs anomalies et irrégularités.

Pour l'ensemble des contrats examinés, le recrutement est fait en référence au corps des ingénieurs hospitaliers sans que le caractère spécifique des fonctions ayant motivé le recrutement d'agent contractuel ne soit mentionné au contrat de travail.

6.3.1. Le cas d'un chargé de mission

Un chargé de mission chargé principalement de l'encadrement de services administratifs a été recruté en contrat à durée déterminée en qualité d'ingénieur. Le contrat initial avait pour objet de remplacer des employés momentanément indisponibles du 1^{er} août 2011 au 31 mars 2013. A compter du 1^{er} avril 2012, cet agent est engagé en contrat à durée indéterminée en qualité d'ingénieur en chef contractuel de classe normale au service finances et comptabilité. L'agent est titulaire d'un master 2 en économie et gestion des établissements sanitaires et sociaux.

L'ingénieur hospitalier exerce ses fonctions dans les domaines de l'ingénierie, de l'architecture, de l'informatique, ou dans tout autre domaine à caractère technique et scientifique entrant dans les missions des établissements de santé. Les titres ou diplômes permettant l'accès au concours sur titres d'ingénieur hospitalier en chef de classe normale, sont ceux figurant à l'annexe I de l'arrêté du 23 octobre 1992.

N'exerçant pas des fonctions d'ingénieur et n'en possédant pas les diplômes, le chargé de mission ne peut donc prétendre au grade d'ingénieur hospitalier en chef de classe normale. En réponse, l'établissement prend note de la remarque de la chambre et affirme que le contrat de cet agent contractuel sera mis en conformité.

6.3.2. Le recrutement de techniciens

Un agent, titulaire d'un diplôme d'ingénieur, a été recruté en qualité de technicien supérieur hospitalier, par le biais de trois contrats à durée déterminée couvrant la période du 6 avril 2010 au 31 décembre 2011. A compter du 1^{er} novembre 2011, l'agent a été recrutée en contrat à durée indéterminée et reclassée en qualité d'ingénieur hospitalier à compter du 1^{er} avril 2012. Le contrat de travail à durée déterminée prévoyait dans son article 3 que le « traitement évoluera conformément à la grille indiciaire des Techniciens supérieurs de la fonction publique hospitalière ». Ces dispositions, qui ont pour effet de prévoir un déroulement de carrière des agents contractuels sont irrégulières au regard de la réglementation. En effet, le décret 2010-19 du 6 janvier 2010 portant modification du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatifs aux agents contractuels des EPS prévoit que « la rémunération des agents employés à durée indéterminée fait l'objet d'un réexamen au minimum tous les trois ans, notamment au vu des résultats de l'évaluation prévue à l'article 1-3 du présent décret. Elle est éventuellement modifiée par voie d'avenant au contrat initial ». Elles méconnaissent la jurisprudence administrative qui retient qu'un employeur public ne peut pas prévoir un déroulement de carrière pour les agents non titulaires.

La chambre demande qu'il soit mis fin à ces dispositions irrégulières qui prévoient une carrière pour des agents contractuels. En réponse, l'établissement affirme qu'à la suite du contrôle de la chambre, le modèle de contrat CDI a été revu en se limitant au seul réexamen de la situation du contractuel tous les 3 ans sans notion d'avancement indexé sur une grille indiciaire.

6.3.3. Le cas d'un directeur de plusieurs services

Un agent a été engagé en qualité d'ingénieur en chef de classe exceptionnelle, sur la base d'un contrat à durée indéterminée, à compter du 1^{er} septembre 2008. A compter du 16 juin 2009, il assure l'intérim du poste de directeur des services économiques et logistiques. Depuis décembre 2011 il occupe l'emploi de directeur de services techniques. Dans ses missions, le directeur participe aux astreintes de direction, et bénéficie à ce titre d'un logement de fonction. Cette disposition est irrégulière au regard de l'article 1 du décret 2010-30 du 8 janvier 2010 qui réserve les concessions de logement par nécessité absolue de service à certains fonctionnaires mais non aux agents contractuels.

L'avenant n° 2 au contrat de travail nomme cet agent directeur adjoint délégué de site du Centre hospitalier de Josselin à compter du 1^{er} janvier 2012. Le recrutement d'un agent contractuel pour exercer les fonctions de directeur d'hôpital n'est autorisé que sur les emplois de directeurs d'établissement et selon une procédure encadrée par le décret n° 2010-265 du 11 mars 2010 relatif aux modalités de sélection et d'emploi des personnes nommées. Les conditions d'affectation sur les missions de directeur d'hôpital n'apparaissent pas remplies et sont donc irrégulières.

6.4. LES PRIMES DES PERSONNELS NON MEDICAUX CONTRACTUELS

La chambre a relevé que plusieurs primes ont été accordées à des agents contractuels :

- Des primes de technicité prévues par le décret n° 91-870 du 5 septembre 1991, à hauteur de 145 K€ entre 2011 et 2014 pour trois agents ;
- Une prime spécifique prévue par le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 à des agents non titulaires pour des montants allant de 37 à 63 K€ par an ;
- Des indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires prévues par le décret n° 90-841 du 21 septembre 1990 à un agent pour 139,95 € par mois. ;
- L'indemnité forfaitaire technique à sept agents pour un montant total de 56 079 € entre 2011 et 2014 ;

Ces indemnités sont réservées aux seuls agents titulaires ou stagiaires de la fonction publique. Le versement de ces primes est donc irrégulier et la chambre demande à ce qu'il y soit mis fin.

6.5. L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

6.5.1. Le temps de travail hebdomadaire

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 fixe la durée du travail à 35 heures par semaine. Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. Cette durée est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques : 1 582 heures pour les agents en repos variable. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires. Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures.

Le protocole ARTT du CH de Ploërmel du 21 février 2002 fixe à 18 le nombre de jours ARTT, porté à 20 pour les cadres. Ces jours viennent compléter les jours d'absences définis par les textes réglementaires. Conformément à la loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la journée de solidarité, une journée est soustraite de ce décompte, soit 17 jours de réduction de temps de travail, et 19 pour les agents exerçant des fonctions d'encadrement.

Les congés annuels sont de 25 jours, auxquels s'ajoutent un jour supplémentaire si l'agent prend de trois à cinq jours de congés sur la période du 30 novembre au 30 avril, porté à deux jours si l'agent pose six jours de congés durant cette période. Par ailleurs, les agents qui fractionnent leurs congés en au moins trois périodes d'au moins cinq jours bénéficient d'un jour de congé supplémentaire.

La durée du travail effective était très sensiblement inférieure aux seuils prévus par la réglementation.

En 2015, l'accord local a fait l'objet d'une renégociation, visant à la suppression de trois jours ARTT pour le personnel non médical de l'établissement. Le temps de travail de l'établissement est depuis conforme à la réglementation. Une économie estimée à 210 000 € est attendue.

6.5.2. Le compte épargne temps (CET)

L'arrêté du 17 avril 2014 du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé fixe les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du CET. Sur la base de ce texte, l'établissement a estimé qu'une provision comptable devait être enregistrée pour 1 237 879 € (780 047 € pour le personnel médical et 457 832 € concernant le personnel non médical). Une demande d'ajustement de la provision pour CET de 657 769 € a été validée le 30 avril 2015 par le conseil de surveillance. Cet ajustement aura pour effet d'augmenter le déficit cumulé de l'établissement.

6.5.3. Les heures supplémentaires

Une note interne sur l'organisation du temps de travail comporte un chapitre dédié aux heures supplémentaires qui prévoit qu'« en cas de nécessité de service, les agents peuvent être rappelés pour une journée de travail sur tout type de repos, à l'exclusion des congés annuels, à la demande du cadre de service. Dans ce cas uniquement, l'agent pourra choisir d'être rémunéré en heures supplémentaires ou de bénéficier d'une récupération dans le délai souhaitable d'un mois ».

L'article 6 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires prévoit que celles-ci ne peuvent dépasser un contingent mensuel de quinze heures. Ce plafond est porté à dix-huit heures pour les catégories de personnel suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Par ailleurs, le protocole ARTT d'octobre 2002 prévoit que les heures supplémentaires ne peuvent excéder 10 heures par mois et par agent.

Le bilan social fait état de 7 348 heures rémunérées en 2013.

L'examen des paies montre qu'en 2014 certains agents ont bénéficié d'un volume allant de 20 à 27 heures supplémentaires mensuelles rémunérées soit un volume supérieur à la réglementation et à ce qui a été arrêté par le protocole d'aménagement du temps de travail. Ce dernier devrait être revu.

Cinq agents du service technique bénéficient tous les mois du paiement de 20 heures supplémentaires. Ces heures sont rémunérées forfaitairement sans qu'elles correspondent réellement à des heures supplémentaires. La chambre demande qu'il soit mis fin à ces rémunérations d'heures non effectuées.

En réponse, l'établissement prend note de la remarque de la chambre et affirme que les heures supplémentaires visées seront supprimées dès janvier 2016.

6.6. LA GESTION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Dans le cadre des astreintes à domicile, les praticiens sont amenés à assurer la permanence et la continuité des soins au sein de l'établissement et à se déplacer dans celui-ci. Le temps d'intervention réalisé au cours de ce déplacement et le temps de trajet est considéré comme du temps de travail effectif qui est décompté et indemnisé. Les périodes de temps de travail additionnel figurent au tableau de service prévisionnel.

La réglementation exige la traçabilité exhaustive des interventions effectuées en terme de durée, celles-ci étant soit indemnisées ou intégrées dans les obligations hebdomadaires, selon le choix du praticien.

Compte tenu de la situation financière de l'établissement, une réflexion a été menée sur l'impact de la permanence des soins sur le budget. Dans ce cadre, la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (C.O.P.S.), qui ne s'était pas réunie depuis 2008 a été réinstallée en juin 2014. En effet, le surcoût pour l'établissement de la permanence des soins par rapport à la dotation versée par l'ARS était estimé « de l'ordre de 900 000 € à un million d'euros ». Le coût des astreintes s'élève en fait à 500 000 €.

Le procès-verbal de la COPS du 26 juin 2014 précise que la règle supposerait qu'à partir du 1^{er} octobre 2014, les déclarations des praticiens ne soient validées que s'ils ont fait l'objet d'un appel préalable du standard. Ainsi chaque praticien effectuant une astreinte à domicile enregistre 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, le détail des soins dispensés.

La chambre a contrôlé les déclarations des quatre médecins qui ont le plus bénéficié du paiement de déplacements en 2014. Le total des frais de déplacement concernant ces quatre médecins représente 123 281 € au titre de l'exercice 2014 soit une moyenne de 2 628 € par mois et par praticien.

Les fiches déclaratives relatives à ces gardes par astreinte à domicile consultées par la chambre n'indiquent pas pour trois médecins le nom de chaque malade soigné, et la référence à la nomenclature des actes médicaux. Le quatrième médecin n'indique comme référence à la nomenclature des actes médicaux que la mention « CS ».

Le CH de Ploërmel vérifie manuellement que les médecins sont inscrits sur le tableau de gardes médicales pour valider le versement des indemnités. Pourtant, dans deux cas observés par la chambre, le praticien n'était pas d'astreinte alors même que celle-ci a été validée. Contrairement à ce qui est préconisé, la concordance entre les fiches déclaratives et les appels du standard n'est pas effective.

Le contrôle de la chambre sur la concordance entre les appels téléphoniques en provenance du standard et les déclarations de trois médecins a montré d'importants écarts. Pour un premier médecin, 48 % des appels ont pu être rapprochés d'un appel. Pour deux autres, ce taux n'est que de 28 et 20 %.

L'indemnisation d'un praticien est forfaitisée. Le relevé des appels du standard montre qu'au titre de l'exercice 2014, ce dernier a été appelé quatre fois en mars, une fois en juin, une fois en août et trois fois en novembre. Ces neuf déplacements ont été indemnisés à hauteur de 26 193 €.

Malgré le coût important de ces frais de déplacements, le contrôle des déclarations des médecins est lacunaire et non fiable. La forfaitisation des astreintes au regard du nombre d'appels engendrant un déplacement a été particulièrement défavorable à l'établissement.

Face à l'absence de réalité de nombreux déplacements indemnisés, la chambre recommande à l'établissement de ne valider les déclarations des praticiens hospitaliers que si elles ont fait l'objet d'un appel préalable de l'hôpital, conformément au procès-verbal de la COPS du 26 juin 2014. Le contrôle des déclarations doit être amélioré.

En réponse, l'hôpital s'engage à travailler sur la traçabilité des venues des praticiens.

6.7. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés conformément à l'article L. 6154-2 du CSP, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.

Toutefois, la durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire et le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique. Cette activité est soumise au contrôle de la commission d'activité libérale.

En 2015, seuls trois praticiens exercent une activité libérale au sein de l'établissement. En matière de volume de consultations, la condition n'est pas respectée par un des praticiens, le nombre de consultations privées étant supérieur au nombre de consultations publiques.

S'agissant de ce praticien, les données éditées par la caisse primaire d'assurance maladie qui retracent l'activité de chaque praticien exerçant en libéral sont supérieures de 11 457 € en 2013 par rapport au montant servant de base de calcul de la redevance due par celui-ci.

Le rapport de la commission de l'activité libérale ne donne aucune précision sur ce point. Le compte rendu en date du 8 février 2014 précise que des écarts de 6 % sont compréhensibles.

La chambre observe le caractère lacunaire des comptes rendus, la question du nombre de consultations privées effectuées par le médecin dépassant les seuils réglementaires n'est jamais soulevée alors que la réglementation n'est pas respectée.

La chambre invite l'établissement à améliorer le fonctionnement de la commission de l'activité libérale.

6.8. COOPERATION HOSPITALIERE

En 2015, 8,5 ETP sont mis à disposition du CH de Ploërmel par ces structures extérieures pour un montant prévisionnel de 1 717 988 €.

Ce poste connaît une forte évolution sur la période passant de 1 049 405 € en 2011 à 1 245 457 € en 2014, traduisant les difficultés rencontrées par l'établissement pour recruter dans certaines spécialités telles que l'anesthésie, la pédiatrie, les urgences par exemple.

Une convention pour la réalisation des analyses d'anatomopathologie cytologie et histologie des patients hospitalisés a également été contractée avec le CHBA.

En réponse, l'établissement rappelle que les coopérations hospitalières s'appuient sur le projet médical partagé de territoire entre le CH de Ploërmel et le CH Bretagne-Atlantique. Elles permettent à l'établissement de faire face à ses difficultés de recrutement de radiologues, d'urgentistes, d'urologues, d'anesthésistes.

6.9. L'ABSENTEISME

6.9.1. L'absentéisme

L'absentéisme est passé de 24 478 à 26 386 jours entre 2011 et 2014. Les absences liées à la maladie ordinaire sont passées de 9 263 à 11 999 jours entre 2011 et 2014. Le nombre de jours pour congés longue maladie est en diminution passant de 5 000 à 3 292 jours. Le nombre de jours d'absence pour maladie par agent est élevé. Il a augmenté entre 2013 et 2014 en passant de 13 à 17 jours.

Dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier, le non remplacement du premier jour d'absence pour maladie ordinaire concernant le personnel non médical a été acté par le comité technique d'établissement du 21 janvier 2015. Par ailleurs, la journée de remplacement par des agents contractuels est limitée à sept heures depuis le 1er février 2015 en MCO uniquement.

L'établissement ne procède pas au fléchage des crédits destinés au remplacement des arrêts maladie au sein de l'enveloppe dédiée au remplacement. Il n'est ainsi pas en mesure d'en évaluer le coût.

Les dispositifs mis en place en matière de lutte contre l'absentéisme ne concernent principalement que les absences de longue durée. La chambre invite l'établissement à mener un audit portant sur les causes de l'absentéisme au sein de ses services et à prendre les mesures adéquates pour en réduire l'importance.

6.9.2. L'impact sur les jours ARTT

Le nombre de jours ARTT auxquels peuvent prétendre les agents est diminué automatiquement sur le cumul annuel de l'agent par un paramétrage du logiciel de gestion des plannings en fonction du nombre de jours d'absence. Le temps de travail des agents est contrôlé par la DRH.

Par ailleurs, en 2015, l'établissement a adopté le principe du non remplacement du premier jour d'absentéisme, avec une économie en année pleine évaluée à 50 559 €. La réduction des journées de remplacements limitée à 7 heures engendrerait une économie estimée à 41 533 €.