



Le Président

Lettre recommandée avec A.R.

CONFIDENTIEL

Toulouse, le 4 mars 2016

Réf. : GRT/16/0249

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives arrêtées par la chambre régionale des comptes sur la gestion du centre hospitalier de Cahors au titre des exercices 2010 et suivants.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, en application des dispositions du décret n° 2015-1199 du 30 septembre 2015 et de l'article L. 212-1 du code des juridictions financières, les dossiers en cours de la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées sont transférés à la chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées.

Il est accompagné de la réponse reçue à la chambre dans le délai prévu par l'article L. 243-5, alinéa 4, du code des juridictions financières.

Ce rapport a un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à l'assemblée délibérante.

Conformément à la loi, ce document final qui lui a été adressé directement par mes soins, devra être communiqué par le président au conseil de surveillance dans les conditions prévues par l'alinéa 5 de l'article précité.

Dès la plus proche réunion du conseil de surveillance, ce document peut être publié et communiqué aux tiers dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée. À cet effet, je vous demande de me faire connaître la date de la plus proche réunion de votre assemblée délibérante en transmettant au greffe l'ordre du jour à l'adresse de courriel suivante : crcgreffe@lr.ccomptes.fr.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de ma considération distinguée.

André PEZZIARDI

Monsieur Marc HECTOR
Directeur du centre hospitalier de Cahors
335, rue du Président Wilson
BP 269
46005 CAHORS CEDEX 9

Rapport d'observations définitives n° GRT/16/024 du 04/03/2016

CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS

Exercices 2010 et suivants

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS

Le centre hospitalier de Cahors est l'établissement pivot du territoire de santé du Lot. Il emploie un peu plus de mille agents et dispose en 2014 d'un budget de fonctionnement proche de 85 M€ pour le budget principal (budget H « hôpital »).

1 - Un hôpital neuf doté d'une organisation désuète

Au cours des quinze dernières années, l'établissement a été profondément rénové et son rôle a été redéfini. Les travaux ont représenté près de 70 M€. La recomposition de l'offre publique de soins a, en fait, concerné l'ensemble du département du Lot, les établissements de proximité (Gourdon, Saint-Céré, Figeac) voyant leurs capacités de court séjour réduites, tandis que celles du CH de Cahors augmentaient de près de 30 %. Sa vocation d'hôpital pivot a été clairement affirmée.

L'hôpital est neuf mais son organisation est désuète et son pilotage peu efficace. L'établissement conserve une organisation par services, morcelée et fortement consommatrice de ressources. Les outils proposés par la nouvelle gouvernance, à savoir une organisation en un nombre réduit de pôles apte à dynamiser l'activité et à mieux répartir les ressources, n'ont pas été mis en place. Les outils nécessaires au dialogue médico-économique consistant en une analyse de l'activité mais aussi des coûts, sont inexistantes. Un effort pour redéfinir les bases de l'organisation médicale s'impose donc, d'autant que l'établissement présente désormais une forte exposition à la tarification à l'activité du fait de la prédominance de ses activités de court séjour.

L'organisation externe recèle aussi des insuffisances. L'affirmation de l'établissement comme hôpital pivot de territoire suppose le déploiement de l'activité de soins vers les hôpitaux de proximité du département alors que cette évolution demeure à ce jour très inachevée. Le volet coopération vers l'aval reste à développer.

La réflexion engagée pour construire le projet d'établissement dont le projet médical constitue l'ossature est nécessaire pour formaliser dans chaque secteur les objectifs à atteindre.

2 - Une situation financière fragilisée

Avant 2013, le CH de Cahors a présenté pendant plusieurs années consécutives des résultats excédentaires. L'exercice 2012 avait même dégagé un excédent de 1,6 M€. En 2013, cet équilibre qui semblait pérenne a brutalement laissé place à un déficit consolidé proche de 2 M€. Et les efforts conduits pour revenir à l'équilibre ne sont parvenus qu'à ramener le déficit à 0,6 M€ en 2014. Le projet d'EPRD 2015 a été lui-même établi sur un déficit de 0,7 M€.

A cette exploitation qui peine à retrouver l'équilibre s'ajoute une dette élevée, contractée pour financer les importantes restructurations réalisées. En 2013 et 2014, la capacité d'autofinancement était insuffisante pour financer l'annuité en capital d'emprunt, et l'établissement a été obligé de prélever les ressources nécessaires sur son fonds de roulement (prélèvement de 4,4 M€ en 2013).

Depuis 2013, la structure financière est donc fragilisée. Le fonds de roulement ne couvre plus le besoin en fonds de roulement, obligeant l'établissement à recourir à une ligne de trésorerie de 3 M€ en 2015. La situation de trésorerie négative trouve pour partie son origine dans les difficultés de recouvrement des créances en matière de transport secondaire (2,3 M€ de créances impayées en 2013). Ce problème n'a pas trouvé de solution satisfaisante à ce jour.

Le seuil réglementaire de 2 % de déficit ayant été franchi en 2013, la situation financière de l'établissement aurait justifié la demande par l'ARS d'un plan de retour à l'équilibre financier. L'établissement a pu s'en affranchir d'une part en s'engageant à mieux maîtriser ses dépenses, d'autre part en misant sur le développement de l'activité eu égard au fort potentiel identifié, renforcé bientôt par la reprise des activités de court séjour et d'urgences de la clinique du Quercy. Le plan interne adopté, dit « de protection », apparaît toutefois insuffisamment précis quant aux objectifs à atteindre, aucun axe d'effort n'étant quantifié.

3 - Une activité qui peine à se développer

L'activité a connu une croissance forte au cours de la période mais la stagnation d'activité rencontrée par l'établissement en 2013 montre le caractère encore fragile de l'implantation médicale de l'établissement dans le territoire. Les taux d'occupation peu élevés traduisent une faible optimisation des équipements et des ressources. L'activité ambulatoire dont le taux est inférieur à 30 %, reste à développer. La gestion du bloc opératoire ne donne lieu à aucune mesure de sa performance, sinon celle d'un taux d'occupation des salles de 75 % qui est insuffisant. Aucun indicateur de performance n'a pu non plus être fourni sur la cotation des actes médicaux.

4 - Des dépenses de personnel insuffisamment maîtrisées

Sur la période, les dépenses de recrutement de personnel médical intérimaire ont quadruplé et les dépenses de personnel non médical ont augmenté singulièrement en 2013, alors que l'activité stagnait. Le poids des dépenses de personnel dans les produits de l'assurance maladie s'est accru pour atteindre 90 % en 2014 réduisant ainsi les marges de manœuvre. Pour contenir ses charges, l'établissement doit veiller à mieux adapter les effectifs au volume d'activité. Un effort pour mieux suivre la réglementation s'impose également, notamment s'agissant du temps de travail dont l'écart avec le temps réglementaire a été évalué comme coûtant 760 000 €. Le régime indemnitaire des agents contractuels présente aussi des irrégularités.

5 - Un système d'information solide mais inexploité comme outil de pilotage

L'analyse du système d'information de l'hôpital (SIH), dans le cadre d'une enquête inter-juridictions, a permis de constater le très haut niveau de l'équipe informatique du CH de Cahors qui a doté l'établissement d'une informatique solide et fonctionnelle, en matière administrative comme en matière médicale, et bientôt pour communiquer avec l'extérieur. L'établissement a parfaitement intégré les exigences du plan « Hôpital numérique » et se montre extrêmement dynamique. Sa politique d'association avec les éditeurs pour produire les logiciels lui assure une informatique de qualité à moindre coût.

L'enquête a toutefois mis en évidence une faiblesse déjà signalée par la chambre lors de son dernier contrôle en 2007, à savoir le caractère indigent de l'organisation par pôles et la nette insuffisance d'outils de contrôle de gestion aptes à innover l'organisation médicale. L'information médico-économique reste centrée sur les recettes, celle sur les charges et les coûts étant occultée. Sous cet angle, le SIH de l'hôpital demeure largement sous-exploité.

En conclusion, le centre hospitalier de Cahors a consenti des efforts importants pour moderniser ses locaux et ses équipements mais conserve une organisation peu mobilisatrice. Un retour pérenne à l'équilibre financier passe par une action forte pour dynamiser la production médicale et la déployer dans le territoire. La mobilisation optimale des ressources suppose une refonte de l'organisation interne et la mise en place d'une gestion médico-économique.

6 - Les recommandations de la chambre

Au terme de son contrôle, la chambre a décidé de formuler les recommandations suivantes :

L'organisation et la stratégie

1. Redéfinir la taille, la mission et l'organisation des pôles afin d'établir les bases d'un pilotage efficace, pour permettre une mise en synergie des services, offrir un périmètre significatif de mutualisation des ressources, instaurer un dialogue médico-économique.
2. Développer la coopération inter-établissements dans le territoire du Lot.
3. Etablir un projet d'établissement permettant de fixer les axes d'effort pour l'avenir.

Le système d'information hospitalier (SIH)

4. Mettre à la disposition des acteurs les outils de gestion médico-économique (ou système d'information décisionnel) nécessaires pour optimiser, secteur par secteur, l'équilibre emplois/ressources.

La situation financière

5. Mettre en place un plan de retour à l'équilibre plus précis et formalisé, permettant de responsabiliser les acteurs et de suivre l'impact budgétaire des mesures prises.

L'activité

6. Mettre à la disposition des services d'hospitalisation et du bloc opératoire une batterie d'outils et d'indicateurs permettant de mesurer leur performance et d'optimiser le fonctionnement.

7. Développer la chirurgie ambulatoire.

La gestion des personnels

8. Reprendre la maîtrise du recrutement médical afin de réduire le coût des médecins intérimaires, suivre le temps de travail médical.

9. Régulariser le temps de travail des personnels non médicaux, revoir le rythme d'avancement d'échelon des agents et régulariser les indemnités accordées aux agents non titulaires.

SOMMAIRE

1 - LA PRÉSENTATION DE L'Établissement.....	8
1.1 - Un hôpital rénové	8
1.1.1 - Des restructurations importantes.....	8
1.1.2 - Des capacités augmentées	8
1.1.3 - La certification par la HAS.....	9
1.2 - Un équilibre activité-ressources fragile	9
1.2.1 - Une activité en hausse constante, sauf en 2013	9
1.2.2 - Des charges pas toujours maîtrisées	10
1.2.3 - Une situation financière fragilisée.....	10
1.3 - Une organisation peu mobilisatrice.....	11
1.3.1 - Une gouvernance « à l'ancienne » devenue inadaptée	11
1.3.2 - Une coopération à développer	11
1.3.3 - Des orientations stratégiques encore à définir.....	12
1.4 - Conclusion	13
2 - IA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIÈRE	13
2.1 - La fiabilisation des comptes.....	13
2.1.1 - La mise en concordance de l'inventaire et de l'état de l'actif	13
2.1.2 - L'apurement des comptes de provisions	13
2.2 - La procédure budgétaire	14
2.3 - Les résultats comptables	14
2.3.1 - Les résultats comptables consolidés	14
2.3.2 - Les résultats du compte principal	15
2.4 - Le financement des investissements	18
2.4.1 - La capacité d'autofinancement.....	18
2.4.2 - Les investissements et leur financement.....	18
2.4.3 - L'encours et la structure de la dette	19
2.5 - La structure financière de l'établissement.....	21
2.6 - Le nécessaire retour à l'équilibre budgétaire	22
2.6.1 - Le « plan de protection » adopté en 2014	22
2.6.2 - Les résultats obtenus	22
2.7 - Conclusion	23
3 - L'ACTIVITÉ.....	23
3.1 - Un contexte profondément modifié	23
3.2 - L'évolution de l'activité.....	23
3.2.1 - L'activité de court séjour MCO	23
3.2.2 - Le codage et la facturation	26
3.3 - L'organisation en pôles.....	27
4 - IA MAITRISE DES dÉpenses de personnel.....	28
4.1 - L'évolution des charges et des effectifs	28
4.1.1 - L'évolution des charges	28
4.1.2 - L'évolution des effectifs.....	29
4.2 - La gestion du personnel médical	30

4.2.1 - Les difficultés de recrutement et le recours aux remplaçants	30
4.2.2 - Le temps de travail des médecins	31
4.3 - La gestion du personnel non médical	31
4.3.1 - Le temps de travail	31
4.3.2 - L'absentéisme	32
4.3.3 - L'avancement du personnel non médical	34
4.3.4 - Le régime indemnitaire	34
4.4 - Conclusion	34
5 - L'ENQUÊTE SUR LE SystÈme d'information hospitalier (SIH)	34
5.1 - La contribution du SIH à la stratégie de l'établissement	35
5.1.1 - Un enjeu stratégique	35
5.1.2 - La stratégie SIH de l'hôpital	35
5.1.3 - La contribution du SIH à la certification HAS et aux autres objectifs	36
5.1.4 - L'impact des projets « SI » nationaux sur la stratégie SIH (ou la capacité d'intégration des contraintes externes)	36
5.2 - Le déploiement des systèmes d'information	37
5.2.1 - L'informatique de gestion	37
5.2.2 - L'informatique médicale	39
5.2.3 - L'informatique de parcours de soins	42
5.2.4 - L'interopérabilité des SIH	42
5.3 - L'organisation de la fonction informatique	43
5.3.1 - Le service informatique interne	43
5.3.2 - Le recours à l'externalisation	45
5.3.3 - Les conditions de fonctionnement	46
5.3.4 - Le suivi de la performance informatique	47
5.4 - La contribution du SIH à l'efficacité de l'établissement	48
5.4.1 - La prise en compte des utilisateurs	48
5.4.2 - Le pilotage du SIH par la performance	48
5.4.3 - La contribution à la production de soins (rôle du DIM)	48
5.4.4 - La contribution du SIH au pilotage médico-économique	50
5.5 - La mise en œuvre des projets informatiques	50
5.5.1 - Les projets réalisés	50
5.5.2 - La conduite de projet	51
5.5.3 - L'accompagnement des projets	51
5.5.4 - L'étude de trois opérations significatives	51
5.6 - Le coût et le financement du SIH	53
5.6.1 - La programmation pluri-annuelle des dépenses « SIH »	53
5.6.2 - Les dépenses informatiques annuelles	53
5.6.3 - Les financements et accompagnements financiers	54
5.6.4 - Les gains financiers liés au SIH	54
6 - recommandations	55

1 - LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Depuis la rénovation de la nomenclature des hôpitaux au 1^{er} janvier 2006, le centre hospitalier de Cahors fait partie de la catégorie des hôpitaux généraux de niveau 3.

1.1 - Un hôpital rénové

L'établissement sort à peine de quinze années de travaux et de restructurations qui ont affirmé son rôle d'hôpital pivot dans le territoire.

1.1.1 - Des restructurations importantes

Il y a une quinzaine d'années, l'hôpital s'est engagé dans des restructurations importantes. Les travaux se sont déroulés en trois grandes phases : construction du plateau technique, construction de la partie hospitalisation, rénovations diverses. Ils ont été achevés fin 2014. Les bâtiments construits représentent un agrandissement de 30 % environ en termes de capacités d'accueil et de prise en charge. L'établissement bénéficie d'un bloc opératoire modernisé, d'un plateau d'imagerie aux normes, de chambres à un lit confortables et fonctionnelles. Les seuls bâtiments à ne pas avoir été rénovés sont les bureaux. Tant et si bien que l'on peut quasiment parler d'hôpital neuf.

Au plan financier, l'ensemble des investissements réalisés sur les quinze années écoulées représente un coût total d'environ 70 M€. L'établissement n'a pas bénéficié de subventions dans le cadre des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », mais il a pu néanmoins percevoir des subventions ponctuelles. Sur la période examinée, 2010 à 2014, les aides versées ont été de 540 000 € en 2010 et 821 000 € en 2011. La partie « long séjour » a constitué une opération à part. Ce secteur qui représente un total de 60 lits, a été déplacé en périphérie de la ville.

En quelques années, l'établissement a changé de statut puisque plusieurs petits hôpitaux du Lot ont vu leurs capacités réduites, tandis que la sienne a augmenté significativement. L'exemple le plus symptomatique de ce changement est l'activité de gynécologie-obstétrique, qui était exercée dans des petites maternités (Figeac, Gourdon, St-Céré), et qui a été regroupée au CH de Cahors. Après intégration récente de l'activité de la clinique du Quercy à Cahors (250 accouchements), le CH de Cahors demeure l'unique maternité du département. De même, en chirurgie, un basculement a été opéré entre une chirurgie relativement dispersée et ponctuelle, gourmande en ressources, et une chirurgie plus centralisée disposant d'un plateau technique plus large et plus pointu. Là encore, l'établissement se substitue aux petits hôpitaux et à la clinique du Quercy qui a vu sa vocation confirmée dans le secteur du moyen séjour.

1.1.2 - Des capacités augmentées

Au 31 décembre 2014, le centre hospitalier dispose d'une capacité d'accueil et de prise en charge de 361 lits et places dont 291 en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 10 places en hospitalisation à domicile (HAD), 10 lits en soins de suite et réadaptation (SSR) et enfin 60 lits en unité de soins de longue durée (USLD).

Sur la seule période 2010 à 2014, l'établissement a vu ses capacités augmenter de 330 à 361 lits et places, soit + 31 lits.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Au cours de ces cinq années, les évolutions ont principalement concerné le court séjour dont la capacité a été accrue de 36 places, de 255 à 291. Le service de chirurgie orthopédique-orthopédie a vu sa capacité en lits diminuer de 36 à 28 lits, soit -8 lits. D'autres lits ont été créés par ailleurs, notamment :

- 6 en néphrologie en 2012,
- 4 en surveillance continue en 2011,
- 14 en chirurgie ambulatoire (5 en 2012 puis 9 en 2013),
- 3 en chirurgie vasculaire en 2012, portant la capacité de ce service à 15 lits.

La capacité d'accueil en soins de suites et de rééducation (SSR) a été ramenée de 15 à 10 lits en 2014. Cette activité a été restructurée en 2014 suite à la suppression par l'ARS de l'activité autorisée de SSR polyvalente (15 lits) et à l'autorisation donnée pour 10 lits de SSR spécialisé dont 5 pour l'appareil locomoteur à temps partiel et 5 lits en neurologie à temps partiel. L'activité de « long séjour » a été maintenue à 60 lits.

Le tableau ci-après restitue les évolutions par grands secteurs :

Nombre de lits	2010	2011	2012	2013	2014	évolution
Court séjour sanitaire	255	259	267	282	291	+36
HAD	10	10	10	10	10	0
SSR	15	15	15	15	10	-5
USLD	60	60	60	60	60	0
Total CH	330	334	342	357	361	+31

1.1.3 - La certification par la HAS

En 2011, la certification par la HAS avait donné lieu à une certification avec quatre réserves qui concernaient l'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion des événements indésirables, la prise en charge médicamenteuse du patient, la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'établissement vient de passer la visite de la HAS dans le cadre de la procédure de certification. A la fin de l'instruction, aucun compte-rendu de visite n'avait été diffusé. La direction s'est engagée à communiquer à la chambre le résultat éventuellement consigné.

1.2 - Un équilibre activité-ressources fragile

1.2.1 - Une activité en hausse constante, sauf en 2013

Doté d'une capacité d'accueil nettement renforcée en lieu et place d'autres structures locales, le centre hospitalier de Cahors a changé de statut et de périmètre. Il a désormais vocation à prendre en charge une patientèle plus large au plan géographique. Le territoire de desserte comprend le sud du département du Lot, s'étend au gourdonnais, au pays de St-Céré, pour partie au figeacois, et vers l'ouest en direction de Puy-L'Évêque.

L'établissement a logiquement présenté au cours de la période examinée une activité en forte croissance, en lien avec les restructurations opérées au niveau territorial (Gourdon, Saint-Céré...).

Alors qu'elle avait été régulière au cours des trois premiers exercices examinés (2010 à 2012), cette croissance a connu une interruption en 2013 qui a concerné tous les services, à l'origine d'un déficit important sur l'exercice. Pendant l'année 2014, l'activité a repris permettant de retrouver un meilleur niveau mais sans atteindre l'équilibre budgétaire.

Une caractéristique forte de l'établissement, à savoir une forte proportion d'activités financées à l'activité, à hauteur des deux tiers de ses ressources, le fragilise en cas de baisse d'activité (nombre de séjours) ou des tarifs (valeur des séjours). Dans les cas de baisse d'activité ou/et des tarifs, l'établissement conserve en effet des coûts de structure élevés.

La direction souhaiterait pouvoir tempérer cette sensibilité à la T2A de façon à garantir une plus grande stabilité budgétaire. Cette tentation vient toutefois contredire le parti pris au niveau régional d'une structure essentiellement orientée court séjour, appelée à recruter ses patients dans un périmètre plus large. Un travail reste à conduire pour sécuriser le recrutement médical de l'établissement, mieux faire connaître la structure auprès de la médecine de ville, gagner la confiance des patients sur le nouveau territoire. La direction reconnaît que l'établissement dispose de marges pour mieux se positionner sur les besoins de santé à satisfaire dans le territoire du Lot en commençant par les bassins de santé qui ont perdu des capacités hospitalières comme Gourdon. L'activité à dispenser sur ces bassins connexes doit être appréhendée de façon volontariste et venir donner un contenu réel à la notion de groupement de territoire.

1.2.2 - Des charges pas toujours maîtrisées

Le haut niveau technique des activités prises en charge par le CH de Cahors induit un niveau de charges de structure élevé. Cependant, le caractère irrégulier de l'évolution de l'activité et des recettes d'activité impose de faire preuve au niveau des charges d'une certaine prudence et de conserver en toute hypothèse un minimum de souplesse et de capacité d'adaptation ce qui n'est pas chose aisée eu égard à leur caractère essentiellement rigide. La politique de recrutement mise en œuvre en 2013 qui s'est traduite par le recrutement de quarante agents, a été manifestement déconnectée de l'activité. Par ailleurs, le diagnostic des charges de personnel montre qu'il existe des marges de manœuvre dans la régularisation de certains éléments de la gestion des ressources humaines, notamment s'agissant du temps de travail (voir infra).

1.2.3 - Une situation financière fragilisée

La situation financière en 2013 est venue illustrer de manière brutale cette caractéristique de l'hôpital cadurcien, à savoir la difficulté, faute de maîtrise bien assurée de ses dépenses, d'adopter ses charges à une activité moindre qu'espérée. Ce manque d'élasticité a été à l'origine d'un déficit de 2 M€ sur cet exercice.

La structure financière est également devenue plus fragile suite à l'augmentation de l'encours de dette consécutif aux travaux réalisés dans le cadre des opérations de modernisation. Exploitation tendue, dette élevée, trésorerie faible, ces trois facteurs imposent à l'établissement un effort de restauration des bases d'un équilibre financier pérenne.

Le plan de retour à l'équilibre proposé par la direction déroge aux exigences habituelles des plans de retour à l'équilibre financier qui privilégient la maîtrise des dépenses. Partant de l'idée que l'établissement dispose d'un fort potentiel de développement et qu'il n'a pas encore pris toute sa place

dans le paysage lotois, le plan élaboré mise davantage sur le développement de l'activité et l'augmentation des recettes. A ce jour, il semble que cette option ait été opérante, mais les résultats demeurent déficitaires en 2014 (-0,6 M€).

1.3 - Une organisation peu mobilisatrice

1.3.1 - Une gouvernance « à l'ancienne » devenue inadaptée

L'activité médicale est encore organisée sur la base des seuls services, au nombre de seize, tandis que les pôles d'activité, trop nombreux (une dizaine), n'ont pas trouvé leur place. Une organisation plus resserrée, basée sur les pôles, aurait dû être mise en place depuis près d'une dizaine d'années, en lien avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).

L'organisation des soins, qui est découpée en petites entités de 15-16 personnes, reste ainsi profondément morcelée et mobilisatrice de ressources puisque les cadres qui auraient vocation à être partagés à raison d'un cadre pour deux ou trois services, continuent d'être affectés un par service. Ce constat vaut aussi pour les autres agents. A contrario, l'organisation par pôle a vocation à regrouper les services pour les mettre en synergie, exploiter les complémentarités, permettre une mutualisation des moyens en personnel et en matériel.

Au caractère fermé de l'organisation médicale s'ajoute une information médico-économique lacunaire. L'information mise à la disposition des services reste centrée sur l'activité, peu sur les charges et les coûts, rendant difficile un dialogue de gestion. Les comptes de résultat analytiques (CREA) par pôles ne sont pas établis alors qu'ils le sont en principe dans les établissements de cette taille. Ce constat est d'autant plus paradoxal que l'établissement est fortement exposé à la T2A produisant l'essentiel de son activité dans le secteur du court séjour.

La réflexion en cours sur le projet médical offre l'occasion d'une remise en cause des anciennes pratiques pouvant déboucher sur une organisation plus ouverte basée sur un nombre réduit de pôles, exploitant mieux les synergies nécessaires entre les services, capable de mieux mutualiser les ressources, mettant en œuvre un contrôle de gestion visant à suivre et évaluer la performance.

1.3.2 - Une coopération à développer

A l'instar des autres établissements, l'hôpital de Cahors est resté longtemps replié sur lui-même. De fait, l'ancien système de financement par dotation avait favorisé un fonctionnement en parfaite autonomie, les établissements pouvant continuer d'être alimentés en ressources sans considération de leur activité réelle ni des complémentarités existantes dans l'offre de soins.

L'instauration de la tarification à l'activité devait permettre de recalibrer l'offre en fonction des besoins de soins de la population. Ce mouvement a été inauguré au début des années 2000 et a été à l'origine d'une recomposition globale de l'offre dans le territoire de santé du Lot. Les établissements ont été reconfigurés et redimensionnés. Les petits établissements ont dû fermer ou réduire certains de leurs services de court séjour (maternité, chirurgie) tandis que les capacités de prise en charge dans ce secteur ont été regroupées au sein de l'établissement pivot de territoire.

Ce mouvement, pour ne pas priver d'accès aux soins les populations des différents bassins d'activité infra-départementaux, implique qu'une présence soit assurée auprès des patients sous d'autres formes : activité ambulatoire, consultations avancées, télémedecine, etc. A ce jour, la complémentarité entre l'hôpital pivot et les établissements de proximité reste à organiser. Le potentiel

de développement de la coopération reste important, singulièrement avec Gourdon qui est le deuxième bassin d'activité lotois dont l'activité hospitalière a été démembrée et qui est en demande de cette coopération. Celle-ci a été réactivée sous la forme d'un plan d'actions déterminé entre les deux établissements et décliné sur de nombreuses formes comme un projet de création de fédérations médicales inter-hospitalières, un travail commun sur le système d'information, un projet commun de développement de l'HAD, etc.

La communauté hospitalière de territoire (CHT) « Quercy Bouriane » est reconnue comme ne présentant pas un contenu réel. Certaines relations existent bien mais qui préexistaient à cette structure de coopération, notamment les consultations à Gourdon qui ont perduré. En réalité, le potentiel de coopération est important, soit pour augmenter les consultations « avancées », soit pour diversifier les activités et investir de nouvelles disciplines, soit encore pour réactiver la fédération des urgences, développer l'hospitalisation à domicile ou l'imagerie médicale.

1.3.3 - Des orientations stratégiques encore à définir

a- Le CPOM

Il appartient à chaque établissement d'arrêter, en accord avec l'autorité de tutelle, ses orientations stratégiques en matière médicale. Cet exercice prend la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM). De fait, l'ARS négocie tous les 5 ans avec les établissements de santé un « CPOM » pour la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS).

Le centre hospitalier de Cahors a disposé, sur la première partie de la période examinée, d'un CPOM 2007-2011 approuvé par la commission exécutive de l'ARH le 13 mars 2007. Le CPOM suivant a donné lieu à la signature d'un contrat socle le 2 juillet 2013 qui n'était toutefois accompagné d'aucun moyen financier.

b- Le projet d'établissement

Chaque établissement doit décliner ses axes d'effort dans le cadre d'un projet d'établissement. Autour du projet médical qui en constitue l'ossature, les autres domaines de la gestion interne sont également concernés : projet de soins infirmiers, projet de gestion RH, etc. La vocation du projet d'établissement est de mobiliser les personnels sur les objectifs fixés.

Le dernier projet médical de l'établissement portait sur la période 2006-2011 et il n'en avait pas été établi de nouveau lors de l'instruction. Il appartient donc à la direction d'engager l'établissement dans ce chantier. Un des intérêts de l'exercice est de disposer d'une feuille de route claire quant aux objectifs à atteindre et aux moyens à mettre en œuvre et de permettre ainsi d'arbitrer plus efficacement en interne entre les demandes des pôles et services.

L'ordonnateur estimant que le CPOM conclu avec l'ARS au 1^{er} semestre 2014 contenait suffisamment d'axes stratégiques et de plans d'action dans le contexte de renouvellement du management administratif et médical, le centre hospitalier ne s'est pas engagé dans l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement. La chambre a pris acte qu'un nouveau projet médical était en

préparation pour la fin 2015. Celui-ci a du prendre en compte les conclusions des travaux de restitution des GHT.

1.4 - Conclusion

Le centre hospitalier de Cahors n'a pas terminé sa « mue ». Après la phase d'achèvement des travaux et après la profonde restructuration du territoire de santé du Lot, l'établissement doit prendre toute sa place dans le nouveau paysage sanitaire du département.

L'établissement ne dispose pas d'une organisation adaptée pour satisfaire à ses nouvelles missions. Une organisation basée sur un nombre réduit de pôles et la mise en place d'une gestion médico-économique des ressources permettrait de le dynamiser.

Une ouverture sur le territoire du Lot doit être réalisée, réclamant la mise en œuvre d'une coopération diversifiée avec les établissements de proximité.

La réflexion engagée sur le projet d'établissement doit être l'occasion de créer les conditions du développement interne et externe de l'établissement pour les cinq années à venir.

2 - LA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIÈRE

2.1 - La fiabilisation des comptes

Au cours de la période, l'établissement s'est engagé dans un effort de fiabilisation des comptes. Ce travail s'est notamment concrétisé par un apurement de ses comptes d'immobilisations et de ses comptes de provisions.

2.1.1 - La mise en concordance de l'inventaire et de l'état de l'actif

L'effort a tendu à mettre à jour l'inventaire et l'état de l'actif en parallèle, afin que les deux documents soient parfaitement concordants.

Un travail de mise à jour des antériorités a été réalisé pour le matériel médical, notamment pour les mises au rebut. Pour les bâtiments, les destructions ont été sorties de l'actif et l'établissement a procédé à la réaffectation comptable des bâtiments dont la destination a été modifiée (locaux du « long séjour »).

La direction s'est également efforcée de faire coïncider l'inventaire physique et l'état de l'actif tenu par le comptable. Mais aucun document attestant de cette concordance n'a pu être communiqué à la chambre.

2.1.2 - L'apurement des comptes de provisions

Sur deux exercices, 2011 et 2012, l'établissement a inventorié l'ensemble de ses comptes de provisions, vérifié les justifications de chacune, apuré celles qui n'étaient plus utiles, réimputé sur les bons comptes les provisions mal affectées.

Des tableaux transmis par la direction ont restitué le travail effectué par l'établissement pour apurer les comptes de provisions.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Ainsi une provision de 1 340 715 € a été reprise en 2011 au crédit du compte 1515 pour être réimputée à celui du compte 158. En 2012, différentes reprises ont été effectuées : 423 088,73 € sur le compte 1518, 151 457,97 € sur le compte 1572 et 8 089 921,25 € sur le compte 158, les deux premières pour être soldées, la dernière pour être réimputée sur le compte 142 « provision pour renouvellement d'immobilisations ».

Le travail de fiabilisation des comptes effectué par l'établissement, en partenariat avec le comptable, est à souligner. Mais une interrogation subsiste quant à la parfaite concordance entre l'inventaire et état de l'actif.

2.2 - La procédure budgétaire

Sur la période 2010 à 2013, les EPRD présentés à l'ARS ont été validés après avoir été analysés comme étant en équilibre. L'évaluation des dépenses et des recettes a été considérée être réaliste au regard des réalisations antérieures et de l'évolution des capacités. Le capital des emprunts était couvert par la capacité d'autofinancement.

Sur la même période, les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) ont aussi été validés par l'ARS après analyse des investissements proposés et des financements prévus, vérification du niveau de la dette et de la structure financière. En 2011 et 2013, le PGFP a été rejeté pour une raison technique relative à l'affectation de cellules sous la plateforme ANCRE puis représenté.

En 2014, l'ARS a rejeté le premier projet d'EPRD présenté par l'établissement, après avoir pris en compte les indications des quatre premiers mois de l'exercice, conduisant à un déficit de 1,4 M€. De ce fait, l'établissement a entrepris avec l'ARS une négociation portant sur un suivi des dépenses de personnel notamment par la transmission des effectifs mensuels.

Le tableau ci-après restitue ce constat :

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014
EPRD	Approuvé le 9 août	Approuvé le 15 juillet	Approuvé le 12 juillet	Approuvé	1 ^{er} projet Rejeté 2 ^e approuvé
PGFP	idem	rejet pour cause technique, nouveau PGFP approuvé 1 ^{er} août	idem	rejet pour cause technique, nouveau PGFP approuvé	Rejet, autorisation d'investissements au cas par cas

A la clôture de l'instruction de la chambre, la procédure budgétaire 2015 était entamée mais demeurait inaboutie. La direction entendait proposer un EPRD en déficit de l'ordre de 700 000 €.

2.3 - Les résultats comptables

2.3.1 - Les résultats comptables consolidés

Sur la période 2010-2014, les résultats consolidés ont été excédentaires de manière croissante au cours des trois premières années jusqu'en 2012, avant de devenir lourdement déficitaires en 2013 (-2 M€). L'exercice 2014 est resté déficitaire mais dans une moindre proportion.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Les comptes annexes dont deux, le long séjour et la dotation non affectée (DNA), présentent régulièrement des résultats déficitaires n'ont eu que peu d'influence sur les résultats consolidés. L'essentiel du résultat est le fait du compte principal H (hôpital).

tableau n° 1 : Le résultat comptable consolidé (budget H et budgets annexes)
(euros)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014
Budget H	120 052	859 489	1 616 261	-1 973 446	-609 476
Long Séjour	28 827	13 880	-19 760	-18 714	-14 168
IFSI	120 694	64 759	-29 993	31 423	85 454
DNA	-7 739	-3 618	-7 185	-7 963	-8 219
Résultat comptable consolidé	261 833	934 510	1 559 323	-1 968 700	-546 409

2.3.2 - Les résultats du compte principal

2.3.2.1 - Les résultats comptables

Après trois exercices excédentaires, l'évolution des résultats du budget H marque une nette rupture en 2013. En effet, après un exercice 2012 excédentaire de 1,6 M€, les résultats de fonctionnement de ce compte deviennent brusquement fortement déficitaires de 2 M€ en 2013, présentant un écart défavorable de 3,6 M€ entre ces deux exercices consécutifs.

Pendant les trois premiers exercices de la période sous revue, la croissance moyenne de l'activité a été de 4,25 % par an pour une croissance moyenne annuelle des charges de 3,5 %. Cette situation favorable s'explique surtout par le contexte local de fermeture d'activités de petits établissements (Gourdon, Saint-Céré).

En 2013, ce contexte s'est inversé en raison d'une nette dégradation de l'activité dont l'évolution est devenue négative (-1,03 %) alors que les charges ont continué de croître à un rythme de 3,7 % par an. La diminution de l'activité a touché tous les services.

L'établissement est parvenu en 2014 à réduire nettement le déficit annuel (-0,6 M€) grâce à la relance de l'activité (+10,2 %). Sur cet exercice, les charges (+8,2 %) n'ont pas pu être maîtrisées autant que souhaité, l'établissement ayant dû notamment engager des dépenses de remplacement pour faire face à l'absentéisme et payer des charges externes de revalorisation des cotisations des caisses de retraite.

tableau n° 2 : Le résultat comptable du budget H (euros)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution (en %).
Total produits	68 940 758	72 220 371	77 716 812	76 914 982	84 728 154	22,9
Total charges	68 820 706	71 360 882	76 100 551	78 888 428	85 337 630	24
Résultat comptable	120 052	859 489	1 616 261	-1 973 446	-609 476	

2.3.2.2 - Les produits d'exploitation

Les produits versés par l'assurance-maladie (titre 1) connaissent une progression jusqu'en 2012 mais subissent une nette dégradation en 2013 (-4,8 %). Cette évolution s'explique par la baisse

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

des produits du compte 73111 « produits de la tarification des séjours » (-1,2 M€). Une diminution des dotations MIGAC (-1,76 M€) est aussi observée, mais elle est compensée par une augmentation du même ordre de la catégorie des autres produits (titre 3).

Les produits de l'activité hospitalière (titre 2) ne progressent que de 9 % sur la période ; ils subissent notamment le contrecoup du fléchissement de l'activité en 2013.

Les « autres produits » (titre 3) ont connu une évolution importante (+113 %) en raison d'un mouvement de changement d'imputation entre le titre 1 et le titre 3 et surtout suite à l'augmentation du compte 7071 « rétrocessions de médicaments ». Ce compte s'élevait à 4 M€ en 2014.

Le tableau ci-après présente l'évolution des produits d'exploitation entre 2010 et 2014.

tableau n° 3 : Les produits d'exploitation du budget H (euros)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution (en %)
Titre 1- Produits versés par l'AM	55 655 986	58 504 327	61 299 095	58 368 542	63 343 416	13,8
Titre 2- Produits de l'activité hôpital.	6 677 618	6 726 189	6 845 122	6 889 838	7 276 242	9
Titre 3 – Autres produits	6 607 155	6 989 855	9 572 596	11 656 601	14 108 496	113,5
Total	68 940 758	72 220 371	77 716 812	76 914 982	84 728 154	22,9

tableau n° 4 : Les produits du titre 1 (Produits versés par l'assurance maladie) (euros)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2015
73112-Prod.médicaments facturés en sus	2 873 560	3 104 741	3 039 103	2 973 249	2 844 065
73111-Produit de la tarification des séjours	38 272 195	40 880 356	44 146 018	42 946 258	46 919 084
73113-Produits médicaux facturés en sus des séjours	780 167	809 218	988 221	927 146	921 242
73114- Forfaits annuels	1 080 485	1 245 179	1 247 171	1 247 171	1 247 171
73117-DAF	1 057 310	1 044 291	1 025 940	1 027 877	1 024 870
73118-Dotations MIGAC	7 788 233	7 542 025	6 429 262	4 670 409	5 437 849
7312-Prod.prest.faisant objet tarification spécifique	3 804 036	3 878 518	4 423 379	4 576 432	4 949 132
Total	55 655 986	58 504 327	61 299 095	58 368 542	63 343 415

2.3.2.3 - Les charges d'exploitation

Les charges d'exploitation se composent à hauteur des deux tiers (64,8 %) de charges de personnel qui ont connu une progression de 22 %. La part des charges de personnel dans les charges d'exploitation qui était de 65,9 % en 2010 a atteint 67,1% en 2013, avant de revenir en 2014 (65 %) à un niveau un peu inférieur à celui de 2010. Elles sont analysées plus en détail dans le chapitre relatif à la gestion des ressources humaines.

Ce sont les charges à caractère médical qui ont le plus fortement augmenté (+42,5 %), leur part dans les charges d'exploitation passant de 17,6 % à 20,3 %. Les charges du compte 6021 « produits pharmaceutiques et à usage médical » (9,5 M€ en 2014) ont augmenté de 53 % et les dépenses de sous-traitance (1 M€ en 2014) de 55 %.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Les charges à caractère hôtelier ont cru de 25,1 %. Seules les charges du titre 4 « charges d'amortissements et de provisions » sont restées stables.

tableau n° 5 : Les charges d'exploitation du budget général

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution (en %)
Titre 1-Charges de personnel	45 327 750	47 382 008	50 412 582	52 906 850	55 280 456	22
Titre 2 – Charges à caractère médical	12 139 687	13 144 566	14 389 043	13 722 267	17 301 707	42,5
Titre 3 – Charges à caractère hôtelier	5 977 567	6 438 157	6 747 666	7 269 080	7 477 196	25,1
Titre 4 – Charges d'amort. et de prov.	5 375 702	4 396 151	4 551 259	4 990 230	5 278 271	-1,8
Total	68 820 706	71 360 882	76 100 551	78 888 428	85 337 630	24

2.3.2.4 - Le taux de déficit atteint en 2013

Aucun retraitement des résultats du compte principal n'a été jugé nécessaire. En effet, l'établissement n'a pas opéré de reports de charges et de produits. Il n'a bénéficié d'aucune subvention d'exploitation de l'autorité de tutelle. Enfin, il n'a pas effectué de mouvements sur ses provisions ayant pour effet ou pour objet d'améliorer le résultat d'exploitation.

En 2013, le déficit du compte principal rapporté aux produits d'exploitation du même compte a représenté un ratio de 2,57 %, supérieur au seuil de 2 % à partir duquel l'ARS peut demander à un établissement de présenter un plan de retour à l'équilibre¹. Ce seuil de 2 % est applicable aux établissements dont le poste de directeur constitue un emploi fonctionnel ce qui est le cas en l'espèce.

tableau n° 6 : Ratio résultat sur produits d'exploitation (budget H)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014
Produits d'exploitation	68 940 758	72 220 371	77 716 812	76 914 982	84 728 154
Résultat d'exploitation	120 052	859 489	1 616 261	-1 973 446	-609 476
Ratio (en %)	0,17	1,19	2,08	-2,57	-0,72

L'autorité de tutelle a amorcé la procédure de plan de retour à l'équilibre (PRE) en demandant à la direction au printemps 2014 de prévoir l'insertion à cet effet d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En réponse à cette demande et après analyse des indicateurs, la direction du CH de Cahors a fait valoir à l'ARS que le déficit 2013 était conjoncturel et plaidé pour une solution alternative au « PRE » fondée sur une mobilisation des équipes et une reprise

¹ cf. les articles L6143-3 et D 6143-39 du code de la santé publique

significative de l'activité. Le « plan de protection » élaboré par la direction pour rétablir l'équilibre budgétaire est examiné infra, à la suite de l'analyse de la structure financière.

2.4 - Le financement des investissements

2.4.1 - La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement brute (ou CAF brute) qui avait été maintenue à un niveau supérieur à 4,7 M€ jusqu'en 2013, a subi une dégradation proportionnelle à la baisse des résultats en 2013. Cette année-là, elle n'est que de 1 M€ soit d'un niveau trop faible pour couvrir l'annuité en capital des emprunts, l'insuffisance de financement étant de 1,6 M€. En 2014, la situation déficitaire a de nouveau généré une CAF nette négative mais d'un montant moins important (-0,4 M€).

tableau n° 7 : Le résultat comptable et la CAF (en euros)
(budgets consolidés)

	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat comptable	261 833	934 510	1 559 323	-1 968 700	-546 408
Capacité ou insuffisance d'autofinancement	5 880 951	4 736 437	4 801 620	1 068 927	2 838 825
Remboursement emprunts	4 902 624	2 013 817	2 535 083	2 682 820	3 280 851
CAF nette	978 327	2 722 620	2 266 537	-1 613 893	-442 026

2.4.2 - Les investissements et leur financement

L'établissement, qui s'était engagé quinze ans auparavant dans un programme de restructuration important, a eu à financer les derniers travaux de ce programme. Entre 2010 et 2014, l'augmentation des immobilisations a représenté un total de 44,8 M€.

Entre 2010 et 2012, les emplois qui se composent principalement du remboursement des emprunts et des immobilisations acquises, ont été largement couverts par les ressources composées pour l'essentiel des nouveaux emprunts mobilisés, l'excédent venant alimenter le fonds de roulement. En 2013 et 2014, la situation s'est inversée puisque l'insuffisance d'autofinancement a justifié un prélèvement sur le fonds de roulement de 4,4 M€ en 2013 puis de 0,55 M€ en 2014.

tableau n° 8 : Le tableau de financement (simplifié) (en euros)

	2010	2011	2012	2013	2014
Total emplois	16 919 597	21 444 320	13 942 340	17 862 148	8 364 760,03
Total ressources	19 592 232	24 243 514	14 535 066	13 439 655	7 816 425,07
Variation du fonds de roulement	2 672 635	2 799 194	592 727	-4 422 493	-548 334,96

2.4.3 - L'encours et la structure de la dette

2.4.3.1 - L'encours de la dette

L'encours de la dette a plus que doublé entre 2010 et 2014 passant de 16 M€ à 34,5 M€ en 2013 et à 36 M€ en 2014, comme le montre le tableau ci-après.

tableau n° 9 : La dette (en euros)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014
Annuité	5 449 508	6 097 561	5 243 390	3 389 094	4 284 699
dont :					
Capital	4 902 624	5 513 817	4 535 083	2 682 820	3 274 601
Intérêts	546 884	583 744	708 307	706 274	1 010 098
Dette en fin d'exercice n-1	11 459 723	16 085 180	29 051 001	29 640 918	34 458 098
Emprunts de l'exercice	9 528 082	18 479 638	5 125 000	7 500 000	4 963 200
Remboursement en capital	4 902 624	5 513 817	4 535 083	2 682 820	3 274 601
Dette en fin d'exercice n	16 085 180	29 051 001	29 640 918	34 458 098	36 146 697

Les ratios de structure de la dette attestent d'une dégradation significative en 2013.

- 1) La durée apparente de la dette qui rapporte le stock de la dette à la CAF brute, mesure le nombre d'années théoriquement nécessaire pour rembourser la dette en arrêtant toute autre opération. En 2013, cette durée ressortait à 32 ans, alors que le seuil d'alerte est de 10 ans. La même année, la médiane pour les établissements de la même strate était de 6,8 ans. L'exercice 2014 a marqué une amélioration mais le niveau est resté supérieur au seuil d'alerte.

Exercices	2011	2012	2013	2014
Compte 16 (sauf 1688)	29 051 001	29 640 918	34 458 098	36 146 697
CAF brute	4 736 437	4 801 620	1 068 928	2 838 825
durée apparente (en années)	6,13	6,17	32,24	12,74

- 2) L'indicateur d'indépendance financière qui rapporte l'encours de la dette aux ressources stables, détermine le degré de dépendance financière de l'établissement. Il ne doit pas dépasser 50 %. En 2013, le ratio pour le CH de Cahors ressortait à 43 %, à un niveau un peu inférieur à la médiane pour les établissements de la même strate de 50 %.

Exercices	2011	2012	2013	2014
Compte 16 (sauf 1688)	29 051 001	29 640 918	34 458 098	36 146 697
Capitaux permanents	76 634 566	78 607 327	80 157 829	80 118 416
Ratio d'indépendance financière	38%	38%	43%	45%

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

- 3) L'indicateur rapportant l'encours de la dette aux produits de l'activité² se détériore aussi. Il atteint 42 % en 2013, et 44 % en 2014.

Exercices	2011	2012	2013	2014
Encours dette (sauf 1688) (1)	29 051 001	29 640 918	34 458 098	36 146 697
Produits d'activité (2)	76 286 759	82 296 489	81 898 812	81 708 793
Ratio (1)/(2)	38%	36%	42%	44%

L'observation des tableaux précédents montre que l'établissement entre à partir de 2013 dans le champ d'application de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique issu du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 qui crée un régime d'autorisation pour les EPS dont la situation financière est caractérisée par au moins deux des trois critères suivants :

- leur ratio d'indépendance financière excède 50 %,
- le ratio de durée apparente de leur dette (encours/CAF) excède 10 ans,
- leur ratio de l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excède 30 %.

La circulaire DGOS n° 2012-195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les EPS précise les modalités de mise en œuvre du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011. En 2014, le CH de Cahors a dû solliciter l'avis du directeur général de l'ARS avant de recourir à l'emprunt.

tableau n° 10 : Les ratios de la dette - récapitulatif

Exercices	seuil	2011	2012	2013	2014
durée apparente (en années)	10 ans	6,13	6,17	32,24	12,74
indépendance financière	50%	38%	38%	43%	45%
encours dette / produits activité	30%	38%	36%	42%	44%

2.4.3.2 - La structure de la dette

Au 31 décembre 2014, l'encours de dette de l'établissement se décomposait en emprunts à taux fixe, pour un montant de 17,1 M€, et en emprunts à taux variable pour un montant de 19 M€, soit une répartition respectivement de 47,3 % et 52,7 %. La dette de l'établissement ne comportait pas d'emprunts structurés.

tableau n° 11 : La structure de la dette

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014
Part de l'encours à taux fixe	354 828	6 956 190	9 325 907	15 919 672	17 115 893
Part de l'encours à taux variable	15 730 352	22 094 811	20 315 011	18 538 426	19 030 804
Total	16 085 180	29 051 001	29 640 918	34 458 098	36 146 697

² Le compte 7087, « remboursement de frais par les CRPA » étant déduit pour ne pas comptabiliser de flux interne.

2.5 - La structure financière de l'établissement

Jusqu'en 2012, la structure financière du CH de Cahors n'a pas suscité d'inquiétude. Au 31 décembre 2012, le fonds de roulement était confortable (14,1 M€ en 2012), il couvrait largement le besoin en fonds de roulement (10,7 M€), et la trésorerie qui traduit la différence entre ces deux termes, était de 3,4 M€. En 2013, le prélèvement de 4,4 M€ sur le fonds de roulement (cf. tableau de financement) a entraîné une tension sur la trésorerie devenue négative de presque 2 M€. Cette tension a persisté en 2014 avec une trésorerie présentant un solde de -1,8 M€ au 31 décembre 2014.

A partir de 2013, pour compenser son insuffisance de trésorerie, l'établissement a contracté une ligne de trésorerie de 2 M€, renouvelée en 2014. Malgré cet apport de financement à court terme, le niveau des disponibilités résiduelles est resté faible, à environ 400 000 € en 2013 et à 600 000 € en 2014. En 2015, la ligne de trésorerie a été portée de 2 à 3 M€. Le délai de paiement s'est dégradé, dépassant 50 jours soit un taux double de celui habituel s'élevant à environ 20 jours.

tableau n° 12 : Le bilan fonctionnel (euros)

	2010	2011	2012	2013	2014
FRI	-411 972	1 054 203	744 254	1 074 959	1 849 492
FRE	11 099 161	12 432 108	13 334 875	8 581 663	7 259 006
FRNG	10 687 189	13 486 312	14 079 129	9 656 622	9 108 498
BFR	10 222 688	9 561 511	10 677 571	11 621 889	10 912 595
TRESORERIE	464 501	3 924 801	3 401 558	-1 965 267	-1 804 097
FIN. COURT TERME	224 493	294 832	378 641	2 374 720	2 377 395
<i>Dont CREDIT TRESORERIE</i>				2 000 000	2 000 000
DISPONIBILITES	668 994	4 219 633	3 780 199	409 453	573 298

Source : comptes de gestion

Un niveau de créances anormalement élevé

Le besoin en fonds de roulement est important et correspond en partie à un niveau très élevé de titres facturés et demeurés impayés portant sur des créances relatives à des transports secondaires. De fait, le CH de Cahors réalise beaucoup de transports à la demande des petits établissements (Gourdon, Figeac, St-Céré...) envers lesquels le CH de Cahors dispose de créances devenues importantes car ces derniers ne paient pas.

Le problème est national mais son impact est différent selon les établissements. Pour le centre hospitalier de Cahors, il se traduisait ainsi par un arriéré de créances impayées de 2,3 M€ fin 2014, à l'origine des problèmes toujours plus aigus de trésorerie.

Jusqu'à présent, la procédure instituée impliquait une facturation à l'établissement demandeur. A l'avenir, elle pourrait se faire à l'établissement receveur (CHU ou cliniques privées), dont la prise en charge du patient (GHS) inclut en principe le transport.

Ce problème, très pénalisant pour l'établissement, n'est toujours pas réglé et est toujours en instance à l'ARS. Les services ont indiqué qu'ils alertent régulièrement sur les conséquences de la situation et participent à tous les travaux structurants susceptibles d'apporter une solution à travers une réallocation des MIG.

2.6 - Le nécessaire retour à l'équilibre budgétaire

Les déficits successifs en 2013 et 2014, le niveau élevé de la dette et les problèmes de recouvrement de créances, soit un ensemble de facteurs, expliquent le caractère tendu de la situation financière et notamment de la trésorerie, et exigent que des mesures de rétablissement soient prises sans plus attendre.

2.6.1 - Le « plan de protection » adopté en 2014

En février 2014, un plan a été élaboré, proposé et validé par le directoire, comprenant quatre types de mesures pour un prompt retour à l'équilibre :

- des mesures de relance de l'activité (sensibilisation interne et externe) ;
- la mise en place d'activités complémentaires génératrices de recettes nettes significatives comme l'infectiologie ;
- un effort d'optimisation de la valorisation des séjours ;
- un suivi rigoureux des dépenses de personnel.

Le retour à l'équilibre est censé intervenir en deux ans. Toutefois, les mesures décidées par le CH de Cahors n'ont pas été chiffrées de façon précise, rendant difficile la connaissance des charges et des produits concernés et donc le suivi sur les comptes adéquats. Le plan n'a pas non plus été formalisé, empêchant un suivi des objectifs et une évaluation des résultats. Le « plan de protection » paraît donc peu mobilisateur.

2.6.2 - Les résultats obtenus

Les résultats ont été plus favorables que ne le laissent espérer les prévisions puisqu'en 2014, le déficit a été réduit de 2 M€ à 0,54 M€ (comptes consolidés), soit des deux tiers.

D'après les éléments communiqués, les résultats ont été bons en ce qui concerne les produits. L'activité s'est développée et la valorisation des recettes a été optimisée. Les produits de la tarification des séjours ont progressé entre 2013 et 2014 de 42,9 M€ à 46,9 M€, soit de +9,3 %.

L'augmentation des recettes n'a toutefois été possible que moyennant une croissance des charges en parallèle, certes moins forte que celle des produits. Mais l'établissement a dû faire face à des charges nouvelles : certaines générales à tous les établissements comme la revalorisation des charges salariales, d'autres plus spécifiques au CH de Cahors :

- une progression de l'absentéisme ;
- un recours croissant à l'intérim médical dans les disciplines à recrutement difficile notamment l'anesthésie, la réanimation ;
- une croissance significative des effectifs médicaux en formation (assistants, internes).

A ce jour, on peut considérer que la mobilisation des équipes, appelée de ses vœux par le directoire, a porté ses fruits.

Le retour à l'équilibre est censé intervenir en deux ans. Mais les mesures décidées par le CH de Cahors, même si elles ont fait l'objet d'un chiffrage de la part de la DAF et de l'ARS, n'ont pas été formalisées dans un véritable plan de retour à l'équilibre, rendant impossible un suivi des objectifs et une évaluation des résultats. La chambre trouve dommage cette absence de mobilisation qui aurait pu s'effectuer autour d'un plan mieux défini et plus précis et aboutissant à un équilibre restauré.

2.7 - Conclusion

En conclusion, la situation financière présente les grandes caractéristiques suivantes :

- un caractère dégradé de l'exploitation (CAF encore insuffisante fin 2014 pour couvrir le capital des emprunts),
- un niveau élevé de la dette,
- une structure financière fragilisée caractérisée par une trésorerie très tendue,
- un « plan de protection » insuffisamment rigoureux et précis.

Au vu de cette situation financière dégradée, la chambre recommande de mettre en œuvre un suivi des mesures de rétablissement plus rigoureux afin de retrouver et sécuriser un retour à un équilibre budgétaire pérenne.

3 - L'ACTIVITÉ

3.1 - Un contexte profondément modifié

Ainsi que présenté précédemment, les capacités de l'établissement ont augmenté de 30 % au cours des quinze dernières années et son statut a changé en même temps que la configuration générale des soins dans le département du Lot, les capacités des autres établissements de santé du département étant réduites de manière significative.

Le CH de Cahors est donc censé se mobiliser pour prendre toute sa place dans le nouveau périmètre qui lui est imparti. Un potentiel d'activité de soins existe qu'il doit s'efforcer d'investir et de satisfaire.

3.2 - L'évolution de l'activité

3.2.1 - L'activité de court séjour MCO

3.2.1.1 - Une évolution erratique

L'établissement a produit, au 31 décembre 2014, 37 816 résumés de sorties anonymisés (RSA) (RSA séjours et RSA séances). L'activité du CH de Cahors est caractérisée par un nombre important de séances notamment d'hémodialyse.

Les tableaux ci-après concrétisent le constat d'une évolution erratique de l'activité au cours de la période examinée, marquée par une forte croissance entre 2010 et 2012 (+13,6 %), puis par une stagnation en 2013 (+0,8 %) suivie d'une reprise en 2014 (+7,6 %).

tableau n° 13 : L'activité exprimée en RSA

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Nombre de RSA (séjours et séances)	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de séjours	22 931	23 810	25 347	25 438	27 442
Nombre de séances	7 758	8 291	9 512	9 721	10 374
Total	30 689	32 101	34 859	35 159	37 816

Nombre de RSA (séjours)	2010	2011	2012	2013	2014
Médecine	17 575	18 321	19 694	19 826	21 336
Chirurgie	4 024	4 227	4 332	4 324	4 729
Obstétrique	1 332	1 262	1 321	1 288	1 377

Les indicateurs d'activité classiques traduisent aussi cette évolution erratique.

La durée moyenne des séjours diminue au cours de la période ce qui signifie que le nombre des journées a évolué dans une proportion moindre que celui des entrées :

- en médecine : de 3,4 jours à 3,1 jours ;
- en chirurgie : de 4,7 jours à 4,3 jours ;
- en obstétrique : de 3,5 jours à 3,1 jours.

En contrepoint de ce constat favorable, on observe que les taux d'occupation en diminution sur la période, sont relativement faibles ce qui traduit une utilisation peu optimale des ressources :

- en médecine : de 81 % à 78 % ;
- en chirurgie : de 75 % à 70 % ;
- en obstétrique : de 69 % à 61 %.

Le constat de taux d'occupation relativement faibles et en baisse, est concordant avec le fait que le CH de Cahors sort à peine d'une lourde restructuration et qu'il lui faut désormais monter en puissance. En principe, ces taux d'occupation faibles correspondent à un potentiel de prise en charge non à un surdimensionnement des structures. L'activité ambulatoire venant d'être mise en place, il appartient à l'établissement d'investir ce champ d'activité. L'activité de maternité secteur où le CH de Cahors est désormais l'acteur unique dans le département du Lot, relève de la même situation.

L'activité d'urgences connaît sur la période une augmentation de 19 093 passages à 21 967, soit de +15 %. L'évolution de l'activité externe hors urgences est aussi favorable, passant de 70 951 actes et consultations hors urgences hors biologie à 82 639, en hausse de +16,5 %.

3.2.1.2 - Des faiblesses identifiées dans le parcours de soins

a- Des services plus ou moins performants

Le déficit 2013 résulte d'une baisse de l'activité dans la plupart des services, y compris celui de maternité. Mais globalement, les difficultés de fonctionnement ne touchent que certains services,

qui réclament une plus grande attention. Certains services sont présentés comme fonctionnant dans de bonnes conditions avec une activité optimale comme la néphrologie, certains services de chirurgie, la pneumologie et l'infectiologie.

D'autres services présentent des conditions de fonctionnement plus difficiles, notamment en raison de difficultés de recrutement. Ainsi du service d'oncologie, du service d'hémodialyse-néphrologie, des services de cardiologie et de chirurgie orthopédique, qui justifient un suivi et un accompagnement.

b- Un bloc opératoire à optimiser

Une partie importante de l'activité de soins prend place au bloc opératoire qui mobilise pas moins de 55 opérateurs et constitue pour l'hôpital un important centre de coûts. Son fonctionnement n'apparaît cependant pas optimal. Le taux d'occupation par salle ne serait que de 75 % ce qui laisse une marge de progression importante.

Ce constat a été fait conjointement par les services de l'hôpital et ceux de l'ARS, qui ont mis en exergue un certain nombre de dysfonctionnements. Ces derniers concernent autant le respect des contraintes qualitatives relevant de la démarche qualité que l'efficacité économique. Concrètement il s'agit des difficultés d'accès des praticiens aux plages opératoires, des refus de patients, de l'absentéisme du personnel et des déprogrammations.

Des progrès ont déjà été réalisés. Une charte du bloc a été adoptée. Les modalités d'accès aux plages opératoires ont été adaptées. Mais d'autres actions restent à mettre en place qui ont amené la direction à prendre l'initiative en 2014 d'un audit de fonctionnement. Dans la perspective de passer de six salles à neuf après intégration de la clinique du Quercy, l'optimisation du bloc constitue un réel enjeu.

c- Une chirurgie ambulatoire à développer

Le pourcentage de chirurgie ambulatoire demeure bien inférieur à 30%, ce qui laisse une nette marge de progression. En 2013, ce taux était de 24,66 %, juste un peu supérieur au premier décile des établissements en région, le huitième décile se situant à 54,4 %. La même année, le taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire était de 34,6 %, inférieur au premier décile des établissements (50,8 %). La part de marché de la chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité n'était que de 25,8 % en 2013.

Selon la direction, ce taux insuffisant est d'abord dû aux partenariats établis avec les autres établissements du Lot qui disposent d'une autorisation de chirurgie ambulatoire. Cette situation a amené à privilégier l'intervention ambulatoire sur ces établissements (Figeac et Gourdon) et à réaliser la chirurgie plus lourde à Cahors. Par ailleurs, l'ordonnateur a indiqué que, contrairement à de nombreux autres établissements disposant d'une autorisation de chirurgie, le centre hospitalier n'avait, jusqu'à ces derniers mois, pas de véritable activité en ORL et aucune activité d'ophtalmologie, cette dernière étant presque toujours réalisée en ambulatoire.

La chambre recommande à la direction de mettre en place des outils de suivi de la performance des services d'hospitalisation et du bloc opératoire, et de veiller au bon développement de la chirurgie ambulatoire.

3.2.2 - Le codage et la facturation

3.2.2.1 - Le codage

La saisie des diagnostics et des actes est effectuée dans les services. Le contrôle de la saisie est centralisé au niveau du DIM. Ce dernier vérifie la justesse des informations saisies au moyen du dossier patient informatisé à 85 % (voir infra). Cette répartition s'inscrit dans une volonté de responsabiliser les acteurs. Cette pratique de partage des tâches, préconisée par la DGOS, est aussi celle qui est adoptée par la majorité des hôpitaux.

Au CH de Cahors, elle semble donner globalement satisfaction. Elle est cependant tributaire de la bonne volonté des services qui ont besoin, pour certains d'entre eux, d'être remobilisés régulièrement.

Selon les informations communiquées au cours de l'instruction, les principales difficultés tiennent à la qualité des informations saisies dans le dossier médical, parfois trop succinctes, et pouvant être à l'origine d'erreurs de cotation. Dans d'autres services, des pans entiers de prise en charge ne sont pas valorisés car l'équipe médicale en charge de l'intervention principale ne s'estime pas compétente pour codifier sur un autre type de prise en charge. C'est par exemple le cas de l'intervention orthopédique sur un sujet présentant des troubles différents.

L'équipe du DIM a entrepris des actions de sensibilisation auprès des services en prise à ces difficultés. L'effort est concentré sur les structures où le potentiel de perte de valeur est jugé le plus élevé. Les services de réanimation et de surveillance continue font l'objet d'une attention toute particulière du DIM. Un travail est ainsi notamment engagé en cardiologie pour accélérer le transfert des patients de ce dernier service vers celui de surveillance continue et mobiliser des ressources plus en lien avec la lourdeur des cas traités.

A cet égard, la chambre regrette que l'établissement ne dispose pas de données précises sur l'exhaustivité du codage des diagnostics associés ce qui permettrait d'objectiver les dites pertes.

Les contrôles du codage par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) n'ont pas donné lieu à des constats d'erreur très importants. Les remboursements d'indus demandés à l'établissement ont été de l'ordre de 80 000 euros au précédent contrôle. Celui en cours lors de l'instruction était susceptible d'entraîner un montant d'indus du même ordre. Ce contrôle qui a porté sur 456 dossiers, aurait donné lieu à 34 désaccords de la part de la CPAM.

Le rôle du DIM est essentiellement orienté sur le codage de l'activité. A contrario son implication dans l'analyse de l'activité sous l'angle de la performance médico-économique est peu affirmée.

3.2.2.2 - La facturation

Le délai moyen de facturation est de 45 jours pour les hospitalisations.

Cette étape importante rencontre principalement deux types de difficultés. Les unes sont liées à l'identification du bon débiteur en ce qui concerne les organismes complémentaires. Les autres concernent la détermination du taux de prise en charge.

Parmi les solutions envisagées, l'établissement s'est doté d'un logiciel de dématérialisation des prises en charge. Un autre projet vise une prise en charge en temps réel. A ce jour, l'établissement n'a pas engagé d'audit de la chaîne de facturation.

3.3 - L'organisation en pôles

Le développement inabouti de l'organisation en pôles, évoqué en présentation, constitue un point nettement critique de l'organisation.

Dix pôles ont été créés dans l'établissement. Ce nombre est très important à la fois au regard de celui des services (16) et de l'effectif de l'établissement. Les pôles dénombrés sont les suivants : pôle « viscéral et cancérologie », pôle « clinique et spécialités médicales », pôle « locomoteur », pôle « bloc-opératoire anesthésie », pôle « médecine urgences », pôle « mère-enfant », pôle « gériatrique-métabolique », pôle « logistique médicale », « prestations de service », pôle « réanimation », pôle « administratif ».

La logique qui a prévalu à leur création aurait fait intervenir plusieurs critères, décrits comme étant une taille critique, la cohérence de filière, la cohérence géographique. En réalité, le concept même du pôle, fédérateur, aurait exigé la création d'un nombre nettement plus réduit d'entités.

En effet, les pôles ne regroupent que peu de services, le plus souvent deux ou trois, parfois un seul (service de réanimation). Leur plus-value est donc faible en matière de regroupement et de mise en synergie. Il n'est donc pas surprenant que la moitié soient présentés par la direction comme inopérants. Parmi les pôles existants, certains ont un rôle effectif ; il en est ainsi des pôles « bloc-anesthésie », « mère-enfant », « gérontologie », « urgences ». Les autres n'ont pas de fonctionnement réel. Le pôle des spécialités médicales, réputé très hétérogène, ne fonctionne pas. Le plus souvent, le service est resté l'unité d'organisation de référence, au plan médical comme en termes de gestion.

Souvent, les conseils de pôle n'ont pas été mis en place. Seuls trois (pôle « mère enfant », pôle « personnes âgées », pôle « bloc opératoire ») en ont élu un. Le pôle « viscéral et cancérologie » n'a pas de chef de pôle. Seuls quatre pôles ont un cadre administratif. Quelques pôles ont élaboré un règlement intérieur ou une charte de fonctionnement. Aucun projet de pôle n'a été élaboré au sens de la nouvelle gouvernance. Le pôle « bloc opératoire » est celui le plus avancé en la matière, en ayant proposé un contrat de pôle qui demeure toutefois non signé.

Malgré l'ancienneté de cette réglementation, l'établissement contrevient aux dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation interne (articles L. 6146-1 et suivants) qui a prévu la mise en œuvre des pôles.

L'information médico-économique mise à la disposition des pôles est lacunaire. Ne sont mises à disposition que les informations relatives à l'activité et à sa valorisation. Les données de coûts ne sont transmises qu'une fois par an sous la forme de charges de structure (effectifs, consommations, dépenses médicales). Les comptes de résultat par pôles ne sont pas établis.

Les entretiens qui ont pris place au cours de l'instruction ont nettement mis en exergue une organisation de l'activité médicale « à l'ancienne », concentrée dans les services, soit une organisation très cloisonnée. Une telle organisation apparaît largement déconnectée des besoins de

gestion dans le cadre d'une tarification à l'activité qui demande une mise en balance permanente entre l'activité produite et les ressources consommées. Cette optimisation n'est possible que dans le cadre de regroupements de moyens significatifs et avec un suivi en temps réel des informations médico-économiques autorisant un vrai dialogue de gestion.

La direction et les responsables de la communauté médicale s'accordent à reconnaître que la mise en œuvre d'ailleurs incomplète de la nouvelle gouvernance a été un échec, le seul élément positif ayant été une certaine mutualisation des compétences paramédicales, portée par les cadres de santé eux-mêmes.

La chambre prend toutefois acte du projet, lancé en août 2015, de mise en place de tableaux d'analyse des coûts, de l'activité et de la qualité des soins, qui fait l'objet d'expérimentations.

Les conditions d'un pilotage efficace restent à mettre en place.

4 - LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE PERSONNEL

4.1 - L'évolution des charges et des effectifs

4.1.1 - L'évolution des charges

4.1.1.1 - Le poids des charges de personnel dans le budget H

Sur la période 2010-2014, l'augmentation des charges de personnel (titre 1 des charges d'exploitation) a été de 22 %, de deux points inférieure aux charges totales d'exploitation du budget H.

Le poids des charges de personnel dans le budget d'exploitation était de 66 % en 2010. Après avoir augmenté de 0,5 point en 2011 et de 1 point en 2013, il a été réduit de 2 points en 2014, revenant ainsi à un niveau inférieur de un point à 2010 (65 %).

Le ratio « charges de personnel sur produits de l'assurance-maladie », a progressé fortement, de 81 % à 87 %, soit de +6 points, diminuant d'autant la marge restant disponible après prise en comptes des charges de personnel, laquelle passe de 19 % à 13 % de ces produits.

Cette différence matérialise le décalage important entre la variabilité des produits et la rigidité des charges de personnel. A titre de rappel, l'exercice 2013 est celui où le décalage entre la baisse d'activité et l'augmentation des charges de personnel a été le plus fort : baisse des produits de 1,2 M€ et augmentation des charges de personnel de 2 M€.

tableau n° 14 : Le poids des charges de personnel dans le budget H

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2010/2013	Evolution 2010/2014
Dépenses totales	68 820 706	71 360 882	76 100 551	78 888 428	85 337 630	15 %	24 %
Dont titre 1 (D1)	45 327 750	47 382 008	50 412 582	52 906 850	55 280 458	17 %	22 %
Recettes totales	68 940 758	72 220 371	77 716 812	76 914 982	84 728 154	12 %	23 %
Dont titre 1 (R1)	55 655 986	58 504 327	61 299 095	58 368 542	63 343 416	5 %	14 %

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

D1/D (%)	65,9%	66,4%	66,2%	67,1%	65%	+1,2 point	-0,9 point
D1/R1 (%)	81,4%	81%	82,2%	90,6%	87%	+9,2 points	+5,6points
« marge » (%)*	18,6%	19%	17,8%	9,4%	13%	-9,2 points	-5,6 points

(*) : marge : % des recettes du titre 1 non consommées par les charges de personnel du titre 1

4.1.1.2 - Les charges de personnel médical et non médical

Les charges du personnel médical se sont accrues à un rythme beaucoup plus élevé (30 %) que celles relatives au personnel non médical (19%). Partant, la part des premières dans le budget total du personnel (titre 1) a augmenté de 27 % à 29 %, celle des secondes diminuant de 73 % à 71 %. Cette évolution est restituée dans le tableau ci- après :

tableau n° 15 : Les charges de personnel médical et non médical (budget H titre 1)
(euros)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2010/2014
Total général	45 327 750	47 382 008	50 412 582	52 906 850	55 280 458	22 %
Personnel non médical	32 966 490	34 152 180	36 390 484	37 753 296	39 159 843	19 %
Part en %	73	72	72	71	71	-2 points
Personnel médical	12 361 261	13 229 828	14 022 098	15 153 554	16 120 615	30 %
Part en %	27	28	28	29	29	+2 points

4.1.2 - L'évolution des effectifs

L'évolution des charges est principalement corrélée à celle des effectifs, mais pas uniquement, comme le montre le tableau ci-après.

L'effectif en personnel médical augmente de 23 % tandis que les charges afférentes évoluent de 30 %. L'effet volume (+ 23 % en ETP moyens) lié aux recrutements intervenus l'emporte donc nettement sur l'effet prix (+7 %).

L'effectif du personnel non médical augmente de 10 %, à comparer à la hausse des charges de 19 %. L'effet « prix » (6 %), qui correspond pour l'essentiel aux évolutions statutaires et aux revalorisations indiciaires, intervient pour une part non négligeable face à l'effet « volume », lié aux ETP (+13 % en ETP moyens).

tableau n° 16 : L'évolution des effectifs du personnel médical et personnel non médical (budget H)

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2010/2014 (en %)
Personnel non médical au 31/12	849	882	923	923	930	10
Evolution en ETP (moyenne /an)	775,21	802,28	839,51	864,11	873,49	13
Personnel médical au 31/12	118	129	133	141	145	23
Evolution en ETP (moyenne/an)	99,2	103,22	107,98	116,81	121,53	23

Ces constats relatifs à l'évolution des charges du personnel doivent inciter l'établissement à faire preuve de prudence en matière de recrutement, surtout quand il apparaît un décalage aussi manifeste que celui observé en 2013 entre le recrutement non médical s'élevant à plus de 40 ETP et l'activité produite.

L'ordonnateur a indiqué s'inscrire sans ambiguïté dans cette perspective et précisé qu'un suivi mensuel des effectifs rémunérés destiné, entre autres, à permettre une réduction de l'effectif global lorsque l'activité n'est pas en développement, avait été mis en place.

L'ordonnateur a précisé par ailleurs que cette politique avait été largement engagée en 2014, mais que ses effets ont été tempérés par l'augmentation de l'absentéisme. La chambre considère en effet que l'augmentation de l'absentéisme recèle un véritable enjeu (cf. infra).

4.2 - La gestion du personnel médical

4.2.1 - Les difficultés de recrutement et le recours aux remplaçants

Des postes vacants dans certaines disciplines

Plusieurs secteurs d'activité sont confrontés à des difficultés sérieuses de recrutement à l'origine de nombreux postes vacants. C'est le cas des disciplines suivantes :

- la médecine d'urgence où plusieurs postes sont régulièrement vacants en raison d'un turnover important ;
- la néphrologie-hémodialyse, où le recrutement est particulièrement difficile ;
- l'anesthésiologie, discipline déficitaire au niveau national, nécessitant le recours soit à des cliniciens, soit à des médecins en intérim ;
- la réanimation et la surveillance continue : les raisons en ont été en partie conjoncturelles car il y a eu dans cette discipline des départs en retraite, obligeant à recourir à l'intérim. L'établissement commence de nouveau à recruter des internes, et la situation s'est améliorée grâce à un recrutement de praticien hospitalier intervenu début 2015.
- en chirurgie, où les médecins sont impliqués de façon inégale, l'établissement a aussi dû faire appel des remplaçants.

Aux urgences, en anesthésie, et en néphrologie-hémodialyse, le phénomène est présenté comme essentiellement structurel, alors qu'il est présenté comme conjoncturel en réanimation et en chirurgie orthopédique.

Le recours aux médecins intérimaires

Pour combler les postes vacants, l'établissement dispose de deux options : soit des contrats de remplacement avec des médecins ou chirurgiens disponibles ponctuellement mais sur le long terme, soit le recours à l'intérim médical. Dans ce dernier cas, les conditions de recrutement sont dérogatoires aux conditions réglementaires, et le coût pour l'établissement est particulièrement onéreux. Le coût de recrutement des médecins intérimaires a presque triplé entre 2011 (389 000 €) et 2014 (1 151 000 €).

Les solutions

Pour pérenniser les postes médicaux, l'établissement met en œuvre une stratégie de recrutement. Tout d'abord, il privilégie les filières classiques du CHU, avec la mise en place d'un nombre important d'internes de spécialités, et le soutien apporté au développement des postes d'assistants en temps partagé avec le CHU. Le nombre d'internes est important (28 dont la moitié en spécialités), soit 30 % de l'effectif médical, illustrant les liens étroits noués avec le CHU. Pour les compétences rares, le centre hospitalier recherche une fidélisation des compétences. La possibilité de mise en place de postes de cliniciens est explorée pour certains métiers. Dans tous les cas, il s'attache à minimiser les risques dus au recrutement.

Compte tenu du coût exorbitant du recours aux médecins intérimaires, la chambre invite l'établissement à tout mettre en œuvre pour reprendre la maîtrise du recrutement médical afin de revenir à un mode pérenne.

4.2.2 - Le temps de travail des médecins

Des tableaux de service encore à généraliser

L'organisation du temps de travail des médecins ne semble pas obéir à des règles bien définies. En 2014, la nouvelle direction qui a constaté l'absence de tenue des tableaux mensuels de service, a fait un rappel à la réglementation. A ce jour, les tableaux de service ne sont toutefois établis que dans six services (dont ceux de cardiologie, infectiologie, pédiatrie, chirurgie digestive, réanimation polyvalente), soit dans un tiers de ceux-ci seulement. Ces tableaux permettent notamment la vérification de la valorisation des comptes épargne temps (CET) dans le décompte des charges additionnelles.

A ce jour, les tableaux de service restent donc à développer ; l'ordonnateur s'est engagé à ce que ceux-ci soient généralisés dans l'ensemble des structures du centre hospitalier.

Une dette CET et une provision CET mal définies

Par ailleurs, la dette contractée au titre du CET au 31 décembre 2014 est de 1 621 jours pour le personnel médical. Le montant de la dette relative aux comptes épargne temps des médecins est de 719 010.87 €, et le montant correspondant a été provisionné.

La permanence des soins

Les charges relatives à la permanence des soins (compte 6425) représentaient 1 957 940 € en 2010 ; elles ne représentaient plus que 1 570 681 € en 2014, soit une diminution de 20 % sur la période. La forfaitisation mise en place qui a facilité la gestion des indemnités, a aussi entraîné de nettes économies.

4.3 - La gestion du personnel non médical

4.3.1 - Le temps de travail

L'accord local a retenu les horaires de référence suivants³:

- 1 575 h pour les agents en repos fixe (307 agents concernés)

³ L'appréciation des nombres d'agents concernés est effectuée sur l'exercice 2013.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

- 1 561 h pour les agents travaillant jusqu'à 19 dimanches par an (60 agents concernés)
- 1 547 h pour les agents travaillant plus de 20 dimanches par an (582 agents concernés)
- 1 447 h pour les agents travaillant de nuit

Ces données sont restituées dans le tableau ci-après.

tableau n° 17 : Ecart avec le temps réglementaire (heures)

Temps de travail annuel en heures	Temps de travail réglementaire	Temps de travail au CH de Cahors	Différence
agents en repos fixe	1 607	1575	32
agents en repos variable 1	1 582	1561	21
agents en repos variable 2	1 568	1547	21
agents en travail de nuit	1 476	1447	29

L'impact financier de ces écarts a été évalué par l'établissement à environ 760 000 €. En effet, en appliquant l'accord local, le temps de travail effectué dans l'année s'élève à 1 475 000 heures. En application du temps de travail réglementaire, le temps de travail effectué serait de 1 505 500 heures pour 948 ETP. Le différentiel, en nombre d'heures s'élève à 30 500, soit une vingtaine d'ETP, correspondant à l'évaluation effectuée.

L'organisation du travail a donné lieu à certaines recherches d'optimisation, ainsi pour la journée de travail en 12h. Tels n'ont pas été le cas en ce qui concerne l'objectif de réduction des temps de chevauchement, ni pour la réduction des jours de RTT.

Ainsi, une marge de négociation assez large en la matière existerait, justifiant une révision des accords locaux. Alors que la durée quotidienne demeure de 8h, l'objectif de 7h45, voire de 7h30, permettrait de gagner du temps de travail et de réduire les jours de RTT.

La dette CET

Le montant de la dette relative aux comptes épargne temps du personnel non-médical est de 416 329,21 € et le montant correspondant a été provisionné.

4.3.2 - L'absentéisme

Comme le montre le tableau ci-dessous, entre 2010 et 2014, le nombre de jours d'absence a augmenté de 15,35 %. Cette évolution est à mettre en lien avec l'évolution des effectifs, de 12,5 %. L'augmentation de 39,2 % de l'absentéisme pour maladie est nettement préoccupante.

tableau n° 18 : L'absentéisme (en jours)

Causes d'absentéisme	2010	2011	2012	2013	2014
	AT/Maladie professionnelle	1 155	2 167	3 253	2 979
Congé de longue durée	2 078	1 607	2 384	1 806	1 618
Congé de longue maladie	3 239	4 620	3 628	2 256	1 600

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Congés de maladie	9 677	8 953	10 106	9 965	10 595
Congés de maternité	4 026	4 772	6 060	5 127	5 605
Absence pour enfant malade	154	168	174	164	155
Absence pour évènements familiaux	193	147	230	226	186
Congés de paternité	83	77	105	44	68
Grève		38	8	16	20
Total général	20 605	22 549	25 948	22 583	23 768

Source : CH de Cahors

Le deuxième tableau, ci-après, tempère toutefois ce constat : la part de l'absence pour congés de maladie a diminué de 3,15 % à 3,07 %. Le pourcentage dans le total des causes d'absentéisme s'est réduit s'agissant des congés de longue durée. Il a diminué fortement pour les congés de longue maladie.

tableau n° 19 : Les causes d'absentéisme (en %)

Causes d'absentéisme	2010	2011	2012	2013	2014
AT/Maladie professionnelle	0,38%	0,68%	0,96%	0,87%	1,13%
Congé de longue durée	0,68%	0,50%	0,71%	0,52%	0,47%
Congé de longue maladie	1,06%	1,44%	1,07%	0,66%	0,46%
Congés de maladie	3,15%	2,80%	2,99%	2,90%	3,07%
Congés de maternité	1,31%	1,49%	1,79%	1,49%	1,62%
Absence pour enfant malade	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,04%
Absence pour évènements familiaux	0,06%	0,05%	0,07%	0,07%	0,05%
Congés de paternité	0,03%	0,02%	0,03%	0,01%	0,02%
Grève		0,01%	0,00%	0,00%	0,01%
Total général	6,72%	7,04%	7,68%	6,56%	6,88%

Source : CH de Cahors

Consciente de l'impact de l'absentéisme sur le fonctionnement de l'établissement et de son coût, la direction a indiqué qu'un sous-comité du CHSCT avait établi un plan d'action de lutte contre l'absentéisme. Les principaux axes d'effort sont nombreux. Ainsi d'une nouvelle organisation de la direction des ressources humaines avec un pôle dédié au dialogue social et à la condition du personnel, d'une gestion informatisée des accidents du travail, de la définition de tableaux de bord et d'indicateurs liés à l'absentéisme, de la définition d'une procédure sur l'identification des risques psychosociaux avec sensibilisation des cadres, de l'identification des situations/organisations qui pourraient mettre en difficulté le personnel, de l'analyse de l'absentéisme selon sa typologie et de l'évocation de ce point à chaque CHSCT, de la sensibilisation des cadres à la mise en place d'actions préventives et correctives, etc.

4.3.3 - L'avancement du personnel non médical

L'établissement met en œuvre un avancement à la durée moyenne et un avancement à la durée minimale.

Le tableau joint, communiqué par l'établissement, présente le coût global de l'avancement en 2012, réparti entre durée minimum et durée moyenne ainsi que le nombre de bénéficiaires. Une marge de manœuvre existe toutefois, à hauteur de 60 000 €, si l'avancement d'échelon était effectué à la durée maximale.

tableau n° 20 : Avancement d'échelon

	Nombre de promouvables	Nombre de promus	Nombre de points	Coût brut (€)	Coût chargé (€)
Durée Moyenne	161	168	2 558	89 040,76	134 745,38
Durée Minimum	56	49	958	54 060,96	81 810,45
Durée Intermédiaire	0	0	0	0	0
Total	217	217	3 516	143 101,72	216 555,83

Source : CH de Cahors

4.3.4 - Le régime indemnitaire

Les indemnités et primes réservées aux titulaires et stagiaires qui sont accordées au personnel contractuel de l'établissement ont été inventoriées sur l'exercice 2013. L'examen a porté, de manière sélective, sur quatre indemnités : l'indemnité spécifique, l'indemnité de début de carrière, la prime de technicité, l'indemnité de majoration pour travail de nuit. La nouvelle bonification indiciaire (NBI), réservée aux titulaires, n'a pas été prise en compte. La part des indemnités accordées aux contractuels correspondant aux quatre indemnités sélectionnées représente pour l'exercice 2013 un montant de 87 256 €. La chambre note l'absence de tout texte pouvant servir de base légale à ces versements.

4.4 - Conclusion

La gestion des ressources humaines offre plusieurs gisements de réduction des dépenses de personnel, au premier rang desquels le temps de travail et la révision de l'accord sur les 35 heures. Il appartient à l'établissement de régulariser pour l'avenir ces anomalies.

5 - L'ENQUÊTE SUR LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH)

L'enquête sur le SIH, conduite conjointement entre la Cour des comptes (6^e chambre) et les chambres régionales des comptes, est organisée en six parties, correspondant à des enjeux identifiables répondant à des questions précises :

1. La stratégie SIH, les objectifs : « vers quoi ? »
2. Le contenu du SIH : « quoi ? »
3. L'organisation du SIH : « qui ? »
4. La qualité du SIH : « quelle plus-value ? »

5. La mise en œuvre du SIH : « comment ? »
 6. Le coût et le financement : « combien ? »

5.1 - La contribution du SIH à la stratégie de l'établissement

5.1.1 - Un enjeu stratégique

L'établissement est confronté à des enjeux pluriels. Financiers puisque les résultats 2013 et 2014 ont été déficitaires, mais aussi médicaux puisque l'outil « santé » qu'il représente dans le territoire se doit d'être le mieux adapté possible à la demande de la population.

A ce jour, le centre hospitalier de Cahors ne dispose pas d'un projet d'établissement. Néanmoins, la composante « SI » a été anticipée. Les objectifs généraux du système d'information sont fixés dans le schéma directeur du système d'information (SDSI).

Le CPOM comporte lui-même un volet SIH. Les objectifs qui y sont répertoriés correspondent à ceux définis dans le cadre du SDSI.

La précocité dans l'élaboration du SDSI est notamment à mettre au crédit du responsable du service informatique, particulièrement actif.

5.1.2 - La stratégie SIH de l'hôpital

Les objectifs du système d'information

Ces objectifs sont les suivants :

- optimiser la production de soins dans le parcours du patient,
- assurer la qualité des données et développer la performance de gestion,
- augmenter la performance des fonctions supports,
- sécuriser le système d'information et l'échange des données.

Le SDSI est actualisé annuellement.

Le pilotage et le suivi du SDSI

L'article 4 du SDSI décrit la gouvernance du système d'information. Une cellule opérationnelle est mise en place pour le suivi et le pilotage du système d'information. Un bilan est réalisé deux fois par an par l'évaluation des indicateurs « hôpital numérique » portant tant sur les prérequis que sur les domaines fonctionnels.

« Hôpital numérique » et les attentes de l'établissement

Le centre hospitalier souhaiterait bénéficier de financements dans le domaine de l'informatique hospitalière pour accélérer son déploiement et atteindre un niveau de maturité optimal tel que défini dans le plan « hôpital numérique ». A ce jour, l'établissement est environ à 60 % de l'atteinte de cet objectif. Ce niveau de maturité lui permettrait de s'améliorer en termes d'efficacité, de sécurité et de qualité.

L'analyse des processus

En matière médicale, une analyse des processus informatiques est mise en place pour tout projet d'informatisation des services de soins afin d'adapter l'outil à un fonctionnement respectant les bonnes pratiques.

Cette analyse des processus pour tout projet d'informatisation de gestion a pour objectif une adaptation de l'outil informatique au fonctionnement des services et à la réglementation.

5.1.3 - La contribution du SIH à la certification HAS et aux autres objectifs

La certification par la haute autorité de santé (HAS)

Le SIH est adapté aux différentes versions de certification, et répond aux exigences de la version 2014. Le centre hospitalier a été audité en mars 2015 dans le cadre de cette certification et son système d'information a été validé par les experts visiteurs.

Il est capable de fournir en routine des indicateurs. Leur mise en place effective est prévue pour 2015-2016. L'établissement note cependant que le développement à venir sera désormais fortement tributaire de l'évolution des ressources susceptibles de lui être affectées.

Les notes que l'établissement s'est attribué (voir tableau ci-dessous) traduisent un rôle du SIH tout à fait satisfaisant, sauf dans la fonction d'alimentation des tableaux de bord du centre hospitalier et des pôles. Cette dernière insuffisance est une source de faiblesse du pilotage dans l'établissement.

Mesure de la contribution aux objectifs :

objectif	note
Améliorer la qualité et la sécurité des soins	5/5
Contribuer à la certification HAS de l'établissement	5/5
Contribuer à la certification des comptes de l'établissement	Sans objet
Alimenter dans les délais les tableaux de bord du CH et des pôles	1/5
Partager des informations méd-éco avec l'ARS	5/5
et avec les EPS du territoire	5/5
Assurer la continuité des soins avec les autres EPS	2/5

Source : auto-évaluation du CH de Cahors

5.1.4 - L'impact des projets « SI » nationaux sur la stratégie SIH (ou la capacité d'intégration des contraintes externes)

L'adaptabilité du SI aux « facteurs » exogènes

Le SIH de l'hôpital est adapté aux coopérations territoriales et à la mise en œuvre des parcours de santé impliquant un partage accru d'information « patients » entre professionnels de santé du territoire de santé.

Le SIH de l'établissement est constitué de logiciels du marché (Hexagone Web d'Agfa Healthcare et DX Care de Medasys). Les versions de ces logiciels utilisées sont adaptées aux coopérations territoriales. Elles permettent par exemple de gérer plusieurs entités juridiques dans le même outil ou d'envoyer et de partager des informations médicales entre professionnels de santé de façon sécurisée. Le SIH est donc adapté et adaptable aux coopérations territoriales.

« Hôpital numérique » : opportunité ou contrainte

L'intégration dans la certification HAS des indicateurs du plan « hôpital numérique » est considérée par le CH de Cahors comme une opportunité. Le plan « HN » est totalement intégré dans le SDSI, tant au niveau des prérequis que de ses cibles fonctionnelles. Les indicateurs « HN » sont utilisés pour évaluer et suivre l'évolution du SIH.

L'établissement reconnaît que le plan « hôpital numérique » est aussi une contrainte dans la mesure où il représente une importante charge de travail pour les équipes informatiques : mise en place de la politique de sécurité, de procédures dégradées, etc.

La facturation directe à l'assurance-maladie

Le SI de l'établissement a été adapté au programme de facturation directe « FIDES ACE ». L'établissement est un des sites pilotes pour la société qui a développé le logiciel (Agfa Healthcare).

Conclusion

La chambre note que la stratégie SIH est, avec l'architecture, la seule qui ait vu ses objectifs clairement formalisés. Le fait que l'établissement ait pu intégrer les contraintes et prérequis du plan « Hôpital numérique » constitue un signe fort de l'engagement de l'établissement.

5.2 - Le déploiement des systèmes d'information

Les logiciels de l'établissement, à la fois sur le champ de la gestion et sur le champ médical ont été inventoriés.

5.2.1 - L'informatique de gestion

L'informatique de gestion comporte notamment tout ce qui a trait à la gestion administrative des malades (GAM/facturation), la gestion économique et financière (GEF), la gestion des RH (GRH, en particulier temps de travail).

Généralités

L'hôpital dispose d'un infocentre (le logiciel « Décision »), qui constitue un outil de centralisation des données informatiques.

Les résultats de la comptabilité analytique sont diffusés sous format électronique dans l'intranet de l'établissement. En matière de bureautique, l'établissement a fait le choix du logiciel propriétaire « Microsoft Office ». L'exhaustivité de la facturation nécessite la mise en place et

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

l'exploitation de contrôles embarqués. Pour la facturation directe, le centre hospitalier utilise le logiciel « Hexagone Web » de la société Agfa Healthcare.

Le tableau ci-après récapitule les logiciels de gestion utilisés.

Finances/achats

fonction	Logiciels et éditions	commentaires
Facturation (GAM)	2003 Hexagone Web/ Agfa Healthcare	Les logiciels métiers et celui servant au recueil de l'activité sont interopérables La saisie des actes et diagnostics est réalisée à la source Le délai moyen de facturation ACE est de 45 jours comme pour les séjours.
GEF	idem	Interfaçé avec le SI comptable (PESV2 en cours mise en place avec dématérialisation des pièces jointes)
Achats et gestion stocks	idem	Seule la gestion de la pharmacie est informatisée
Contrôle de gestion et comptabilité analytique	idem	Le CH de Cahors a un fichier structure Le SI comporte les fonctions suivantes : Retraitement comptable, CREA, coûts par séjour, et EPRD des pôles

Ressources Humaines

GRH	2003 Hexagone Web / Agfa Healthcare	Gestion des effectifs, formation, carrière et gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) dossier administratif des agents, bilan social
Temps de travail	Idem (2004)	Heures supplémentaires, gestion des gardes et astreintes Les congés (et CET) sont gérés par la DRH
plannings	Idem (2004)	
paie	Idem (2007)	
formation	Gesform (ANFH)	

Logistique

Restauration	Orbis restauration	
--------------	--------------------	--

	(Agfa Healthcare)	
Maintenance biomédicale	API services (Sage)	

L'établissement a signé un contrat de partenariat pour l'informatique administrative avec la société AGFA (logiciel Hexagone). Avec son « entreprise resource planing » (ERP), ou progiciel de gestion, l'établissement couvre l'ensemble des secteurs de la gestion administrative.

Le SIH comporte la fonction « SID » (système d'information décisionnel), mais celle-ci n'est pas utilisée. Toutes les données utiles sont disponibles sur une base (« datawarehouse ») sur laquelle il est possible de faire des requêtes. Celles-ci ne portent que très peu sur la problématique de l'amélioration de la performance médico-économique. Sur cette fonction « SID », l'établissement s'est auto-attribué la note de 1 sur 5. Il reste en effet tout un travail de définition des requêtes à effectuer en amont, puis de mise en place informatique.

5.2.2 - L'informatique médicale

Un « SI » informatisé est mis en place à hauteur de 75 % à 100 % dans la plupart des services cliniques. Comme pour l'informatique administrative, le « SI » clinique est un outil commun intégré du marché (DXcare de la société Medasys).

Un dossier patient informatisé (DPI) unique a été mis en place. Il regroupe l'ensemble des données des services de l'hôpital. Ce logiciel est fortement déployé puisqu'il couvre 80 % des lits et 90 % des patients. La couverture par le DPI pour seulement trois services reste toutefois à finaliser : la réanimation, les urgences, la maternité.

Le DPI comprend les données suivantes :

- compte-rendu de consultations, d'opérations, d'imagerie ;
- prescriptions pharmaceutiques, prescriptions d'anesthésie, prescriptions de biologie ;
- résultats d'examens de biologie, plans de soins, médicaments administrés, actes de soins, gestion des rendez-vous, recueil standardisé des séjours

Les seules données qui manquent encore sont les images médicales.

Le dossier médical patient et le dossier de soins sont réunis dans un seul outil DXcare.

Les services médico-techniques ont accès en fonction des droits définis au dossier médical informatisé du patient. Cette consultation n'a pour l'instant pas supprimé la circulation du dossier papier, excepté pour le laboratoire d'analyses médicales. Dans le cadre du projet de développement du logiciel Hydmedia de la société Agfa Healthcare, le dossier papier sera dématérialisé. Ce projet sera achevé en 2016

Le lien d'archivage entre le dossier papier et le dossier informatisé est effectué au moyen de la clé « numéro patient permanent » (NPP).

Le tableau ci-après récapitule les logiciels « médicaux » utilisés.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Dossier patient

fonction	Logiciels et éditeurs	commentaires
Consultations	DXcare/Médasys 2003	La gestion des rendez-vous est informatisée Le compte-rendu des consultations figure dans le dossier patient La reconnaissance vocale est en expérimentation
Blocs opérations	Idem (2014)	Les producteurs de soins (médecins) saisissent dans le SI l'activité de soins (actes) ; Toutes les interventions sont renseignées, y compris en anesthésie le pré-opération et le post-opération, mais en format papier pour le « pré-op »
Prescriptions	Idem (2008)	Le circuit du médicament est informatisé, ainsi que celui d'aide à la prescription Le logiciel est paramétré différemment selon les utilisateurs Il est intégré au dossier médical (dans le même outil DXcare) Toutes les prescriptions sont validées par le médecin Il n'y a pas de connexion entre le logiciel de prescription des médicaments et le logiciel de gestion stocks (les stocks sont gérés dans des armoires « plein/vide »)
Imagerie et biologie		Les prescriptions imagerie et biologie sont informatisées Elles sont intégrées au DPI (DXcare) Les résultats d'examens sont informatisés mais pas encore disponibles pour le médecin traitant : c'est l'objet du projet de développement d'une messagerie sécurisée MEDIMAIL
Courrier de sortie	Idem (2003)	Le courrier n'est pas encore diffusé de manière électronique Mais un lien avec le DPI est assuré
Gestion lits et places	Idem (2003)	La gestion des lits et places est informatisée (urgence, hospitalisation, ambulatoire) La consultation de la disponibilité des lits est possible en temps réel
Gestion transferts	Non informatisé	Reste à faire
Services cliniques	Idem (2003)	Les services peuvent accéder au DPI consultable dans l'outil DXcare en fonction des droits attribués

Médico-technique

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Biologie	Glims de MIPS Novembre 2007	L'activité d'anatomopathologie est sous-traitée à un laboratoire extérieur Le compte-rendu est récupéré sous format électronique dans le dossier papier DXCare Les activités de bactériologie et de virologie ne font pas l'objet d'un logiciel spécifique
Anesthésie	DXCare de Medasys Mars 2008	Le service anesthésie a accès au DPI via DXCare (en fonction des droits attribués)

Secteurs spécifiques

Urgences	DXCare de Medasys Septembre 2008	Même situation que pour l'anesthésie
SAMU	Application SAMU par Appligos sept 2007	Pas de lien avec le DPI. Le patient est identifié à son arrivée aux urgences.
Réanimation, dialyse, radiothérapie	DXCare de Medasys (Septembre 2012) dialyse Prévu en 2015 pour la réanimation Pas de radiothérapie	
Groupage PMSI	Logiciel interne (médecin DIM)	Le codage est exhaustif. Aucun problème n'est signalé
Archives médicales	Non informatisé Prévu fin 2016 projet Hydmédia	

Indéniablement, le haut degré d'informatisation du dossier patient (DPI) auquel est parvenu l'établissement constitue un point fort. Ce constat ne constitue pas seulement un satisfecit théorique puisqu'il a des implications directes sur la qualité du travail médical. L'informatisation des prescriptions médicales permet que toutes les prescriptions soient validées par le pharmacien, en temps réel. L'informatisation des examens permet au prescripteur de vérifier tous les examens faits antérieurement ce qui permet d'éviter les redondances.

A ce jour, selon les éléments communiqués par le service informatique, l'établissement s'apprêterait à candidater au niveau 6 de la certification HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)) Analytics Europe. A la fin de l'instruction, seulement cinq établissements de santé publics français auraient atteint ce niveau.

L'établissement, qui est associé avec le prestataire (DXcare) en tant que site pilote, est moteur dans le développement des logiciels. Cette situation, qui présente des contraintes fortes en termes de temps de travail, présente des avantages financiers pour l'établissement, qui peut bénéficier soit de

prestations gratuites, soit de réductions jusqu'à 50 % sur le coût des licences. Dans le premier cas, l'avantage a été estimé à 25 jours par an, ce qui au tarif de 1 400 HT par jour représente une économie de l'ordre de 35 000 €. Dans le deuxième cas, les réductions sur les licences ont concerné celle pour le bloc opératoire ou encore l'achat du logiciel de dématérialisation des relations avec le trésor public dans sa version PSV2. Des économies sont également faites sur l'achat des contrats de maintenance, évaluées à 85 000 € par an pour l'informatisation de la gestion administrative, et de même pour la partie médicale.

Si le niveau d'informatisation du DPI constitue un point fort, deux points faibles ressortent : l'existence d'un seul lieu de stockage (risque d'incendie) et le projet de créer un site miroir ; l'absence de « pacs » (système d'acquisition d'images) qui permettrait de numériser la totalité des images produites, de les consulter et de les partager.

5.2.3 - L'informatique de parcours de soins

Le centre hospitalier de Cahors ne participe à aucune expérimentation en matière de dossier médical partagé (DMP). Il ne partage donc pas d'informations informatisées, ni avec le réseau hôpital ni avec la médecine de ville (professionnels de santé libéraux). Au niveau régional, l'établissement retenu pour participer à cette expérimentation est le centre hospitalier de Castres-Mazamet, en raison des liens étroits noués avec la médecine de ville.

Pour autant, même s'il n'a pas été retenu pour être expérimentateur, l'établissement a adapté son système d'information aux évolutions futures du territoire de santé. En effet, celui-ci permet de gérer plusieurs entités juridiques et les données de chaque entité peuvent être partagées selon les droits d'accès mis en place. Avec cette solution d'autres territoires se sont déjà lancés dans cette démarche comme la Corse ou le territoire de l'Ariège.

A ce jour, le souhait de l'hôpital serait de mettre en place l'envoi de courriers par la messagerie sécurisée « MEDIMAIL », déjà déployée en Midi-Pyrénées.

5.2.4 - L'interopérabilité des SIH

L'interopérabilité évite d'avoir à saisir l'information plusieurs fois. La saisie ne s'opère qu'une fois et est diffusée aux autres applicatifs en fonction des besoins fonctionnels. Une cartographie applicative décrit les secteurs où l'interopérabilité entre les différents systèmes de gestion de l'établissement est assurée.

Le fait que l'établissement ait fait le choix de deux « ERP », un pour la gestion administrative et un autre pour la partie médicale (DPI), est un élément facilitateur en termes de compatibilité des systèmes d'information, du fait de la grande homogénéité des deux plateformes initiales. Les problèmes d'interfaçage s'en trouvent en effet réduits.

Cette homogénéité n'a pas été le fruit du hasard. Elle a été obtenue de manière volontariste, parfois en s'opposant aux souhaits des uns ou des autres, et en empêchant l'accès aux logiciels spécifiques. Ceux-ci ont été acceptés à titre exceptionnel sur le plateau technique (radiologie et biologie) mais pas sur le parcours de soins.

Dans ce contexte favorable, l'établissement recherche un logiciel capable de couvrir la totalité du secteur de soins, afin de limiter les interfaces. Dans un sens, l'interface vise à recenser les mouvements patients, de l'autre elle vise la remontée des actes pour la facturation. A ce jour, le dossier patient est interfacé avec le logiciel de gestion administrative du patient, notamment avec le logiciel de facturation.

L'identifiant du patient est homogène entre les applications. Chaque patient est identifié par un numéro patient permanent (NPP) unique dans l'ensemble des applications concernées. Mais cet identifiant ne permet pas un partage d'information au sein d'un territoire. Un autre identifiant disponible (l'INS-C) sera utilisé le moment venu. Les professionnels de santé se connecteront au système d'information par une identification nominative à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe.

En conclusion, non seulement le CH de Cahors a atteint un haut niveau d'informatisation mais ses bases de données sont homogènes, ce qui constitue un gage d'évolutivité des logiciels utilisés.

5.3 - L'organisation de la fonction informatique

5.3.1 - Le service informatique interne

Le service informatique est rattaché à la direction du système d'information (DSI), assurée par le directeur adjoint du centre hospitalier.

Il a été créé en 1991 avec l'embauche d'un informaticien. Au cours des années, son effectif s'est étoffé au fur et à mesure des avancées techniques et de l'évolution de l'informatisation de l'établissement. Aujourd'hui, il est composé de six personnes au profil technique. Le service bénéficie d'une prestation paramédicale d'accompagnement de la montée en charge du dossier patient informatisé mise à disposition par la direction du service de soins infirmiers (DSSI). Les effectifs du service informatique ont donc augmenté de manière significative, même si le responsable informatique souhaiterait détenir un poste supplémentaire.

Un travail important sur l'organisation du service, sa gouvernance, et la mise en place de procédure qualité a été initié dans le cadre des travaux nécessaires à la certification HAS et à l'atteinte des prérequis « hôpital numérique ». L'ancienneté moyenne du personnel informatique est de dix ans. Le responsable informatique a vingt ans d'ancienneté.

Les tableaux ci-après présentent les effectifs du service informatique et leurs niveaux de diplôme :

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

tableau n° 21 : Les effectifs du service informatique

Effectifs du service informatique en ETP rémunérés	2010	2011	2012	2013	2014
Filières techniques					
Titulaires					
Ingénieurs	0	0	0	0	0
Dont ingénieur général					
Dont ingénieur en chef					
Analyste	1	1	1	1	1
Techniciens supérieurs hospitaliers	1	1	1.67	2	2
Techniciens					
Contractuels					
CDI Ingénieur	1	1	1	1	1
CDI Analyste			0.16	1	1
CDD Technicien hospitalier		0.25	1	1	1
Filière administrative					
Titulaires Adjoint administratif	0.17	1	0.33		
CDI Adjoint administratif	0.59				
CDD Adjoint administratif	0.25	0.25			
Autres					
Titulaires Cadres supérieur de santé	1	1	1	1	1
TOTAL GENERAL	5.01	5.5	6.16	7	7
Dont contractuels	2.01	2.5	2.49	3	3
Dont total ingénieurs (titulaires + contractuels)	1	1	1	1	1
% ingénieurs/effectifs filière technique	33 %	31 %	21 %	17 %	17 %

La masse salariale du service est restituée dans le tableau ci-dessous :

tableau n° 22 : La masse salariale du service informatique

	2010	2011	2012	2013	2014
Masse salariale du service informatique	296 103.07 €	304 030.51 €	339 541.37 €	389 976.69 €	417 972.81 €
Part dans la masse salariale	0.7 %	0.6 %	0.7 %	0.7 %	0.8 %
Coût moyen de l'ETP du service	59 102.41 €	55 278.27 €	55 120.35 €	55 710.96 €	59 710.40 €
Coût moyen de l'ETP du personnel non médical de l'établissement	42 525.88 €	42 568.90 €	43 347.29 €	43 690.38 €	44 831.47 €

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Les effectifs du service informatique sont adaptés en termes de compétences et l'établissement ne rencontre pas de difficultés pour recruter. Aucun poste n'est vacant à ce jour. Les niveaux de diplômes sont recensés ci-après.

Le nombre de jours moyen de formation continue par agent du service est de cinq jours par an. Ces jours sont soit financés par les cotisations à l'ANFH, soit inclus dans les prestations concernant des projets informatiques.

tableau n° 23 : Les niveaux de diplôme des personnels du service informatique

Statut	Grade	Emploi	Temps de travail	Ancienneté	Diplômes ou formation
CDI	Ingénieur en Chef	H35F30 : Chef de projet(s) informatique maîtrise d'œuvre	100%	01/06/1994	BAC + 5
Titulaire	Analyste	H35F05 : Responsable des applications informatiques	100%	19/08/1995	Bac +5
CDI	Analyste	H35F05 : Responsable des applications informatiques	100%	05/11/2012	BAC + 4
Titulaire	Technicien supérieur	H35F05 : Responsable des applications informatiques	100%	01/02/2004	BAC +3
Titulaire	Technicien supérieur	H35F05 : Responsable des applications informatiques	100%	01/02/2008	BAC +2
CDI	Technicien hospitalier	H35L30: Support / assistant(e) informatique utilisateurs	100%	01/07/2011	BAC +2
Titulaire	Cadre supérieur de santé	Détachée – Mise en place du dossier patient informatisé	100%	01/01/2008	BAC +4

Source : CH de Cahors

Le statut des personnels informatiques

Deux agents sont concernés par le statut local d'analyste. Leur régularisation dans les grades nationaux serait en phase d'instruction auprès de la DRH. En réalité, un parmi ces deux agents étant en voie d'intégration dans le corps des ingénieurs informatiques, un seul resterait donc à régulariser.

5.3.2 - Le recours à l'externalisation

Le CH de Cahors ne recourt pas à l'externalisation de ses activités informatiques. Cependant, l'établissement a recours ponctuellement à des prestataires externes pour bénéficier de compétences pointues sur des technologies d'infrastructures informatiques. Le tableau ci-dessous montre l'achat à quatre reprises de prestations à la société SPIE. Il s'agit de projets bien spécifiques, listés ci-après. Les applications les plus spécifiques sont hébergées localement et aucune sous-traitance n'était mise en place à la fin de l'instruction de la chambre.

tableau n° 24 : Le recours aux prestataires externes

Spie	Mise en place du nouveau réseau IP LAN
Spie	Mise en place d'un portail et d'un accès externe par VPN sécurisée
Spie	Mise en place de l'infrastructure serveur et stockage SAN.
Spie	Mise en place de la virtualisation des serveurs VMWARE
Agfa	Mise en place d'un cluster Oracle RAC pour l'hébergement des bases de données du SIH

L'établissement est membre d'un club utilisateur « Dxcare » (solution de dossier patient informatisée), qui est une association loi 1901 regroupant les établissements utilisateurs de la solution DX Care. Le CH de Cahors participe au travers des comités techniques aux spécifications des nouvelles fonctionnalités du logiciel. Ce club a donc une influence sur le choix des solutions adoptées.

5.3.3 - Les conditions de fonctionnement

La maintenance

Le budget des prestations de maintenance (compte 615) représente un montant de l'ordre de 170 000 € par an. La maintenance est organisée à la fois en interne et en externe en fonction des domaines.

Une garantie de trois ans pour la maintenance des postes de travail est acquise conjointement avec le matériel utilisé par poste de travail. Au-delà de cette garantie, une maintenance interne effectuée par un agent du service informatique est mise en place. Une société externe intervient dans un délai de j+1 à la fin de la garantie de deux ans pour les imprimantes.

Un contrat de maintenance des serveurs est souscrit auprès du fabricant avec une intervention à H + 4 ou j + 1 en fonction de la criticité, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Pour le matériel réseau, une maintenance interne est organisée grâce au stock de matériels de remplacement en cas de panne.

Un contrat de maintenance pour les logiciels est souscrit auprès des éditeurs et comporte des délais d'intervention adaptés aux besoins de l'institution. Ces contrats prévoient une maintenance corrective et incluent les évolutions réglementaires et les nouvelles versions du logiciel. La maintenance préventive est exécutée en interne à partir de préconisations fournies par l'éditeur. Elles font partie des actions d'administration du système d'information.

Les difficultés rencontrées tels les problèmes de disponibilité ou de réactivité des fournisseurs, sont gérées au coup par coup.

Sécurité, plan de reprise, gestion des habilitations

L'établissement a analysé les risques tant physiques que d'intervention de tiers, de dysfonctionnements des applications, d'environnement (incendie et inondation) et a élaboré une politique de sécurité avec identification des solutions pour les maîtriser. La politique de sécurité est formalisée.

La sécurité du SIH est identifiée comme un point fort. Cette appréciation vise notamment tout ce qui a un lien direct avec le patient, à savoir le système de production de soins. Avant leur livraison aux services les logiciels font l'objet de tests rigoureux qui réduisent le risque de dysfonctionnement. Les résultats des tests donnent lieu à un suivi et à une évaluation.

Le principal point faible identifié est l'absence de redondance géographique de la deuxième salle informatique, à savoir l'absence de salle miroir. En cas de panne, le système peut redémarrer grâce aux sauvegardes mais la perte de temps occasionnée peut être pénalisante (12 heures ou 24 heures). Disposer d'une salle miroir permettrait d'assurer la production des données à deux endroits, et d'élever au maximum le niveau de sécurité. Mais le coût, de l'ordre de 150 000 € est élevé.

Il existe un plan de reprise d'activité informatique (PRAI) qui est testé régulièrement.

Une procédure de gestion des habilitations a été mise en place, qui distingue celles relatives aux données médicales et celles portant sur les données administratives du patient. Aucun incident d'accès, tel l'accès par des personnes non habilitées, n'a été recensé.

La sécurité de l'identité du patient est assurée dans le cadre d'une cellule d'identito-vigilance, appelée à gérer les procédures ayant cet objet. Les déclarations de la CNIL sont à jour et ses recommandations sont mises en œuvre.

Pour préparer l'échange avec les professionnels de santé extérieurs, l'établissement s'est d'abord doté des outils nécessaires à une parfaite sécurité et confidentialité (portail externe, active directory, pare-feu et Proxy web, connexion VPN, messagerie sécurisée MEDIMAIL). Le service informatique va pouvoir maintenant s'investir pleinement dans ce projet.

Globalement la sécurité informatique paraît donc bien maîtrisée. Si le logiciel constitue un point fort, tant du fait de son périmètre large que de la sécurité, le matériel présente une faiblesse, avec l'absence de salle miroir.

5.3.4 - Le suivi de la performance informatique

Les performances du service informatique donnent lieu à un suivi.

Tout d'abord, un tableau de bord de suivi des appels au service informatique est mis en place. Des indicateurs sur le « top 10 » des services demandeurs, sur les types d'appels enregistrés et sur la nature des interventions sont analysés annuellement. L'établissement en déduit des actions correctives.

Surtout, un tableau de suivi des indicateurs « hôpital numérique » traduit la performance du SIH et sa maturité. Ces indicateurs sont évalués tous les six mois. Le taux d'utilisation de l'informatique est mesuré depuis peu : désormais, un tableau Excel suit les arrêts programmés ou imprévus, ce qui permettra de déterminer un taux de disponibilité des différentes composantes du SIH.

L'établissement ne dispose pas de dispositif d'astreinte du personnel informatique. Les demandes d'intervention urgentes le week-end, les jours fériés et la nuit sont gérées par l'appel d'un des membres de l'équipe informatique par le directeur de garde.

5.4 - La contribution du SIH à l'efficacité de l'établissement

5.4.1 - La prise en compte des utilisateurs

En amont du choix de solutions informatiques, les utilisateurs sont appelés à exprimer leurs besoins. La cellule opérationnelle qui suit la définition et la mise en œuvre du SDSI, invite des utilisateurs ressources en fonction des sujets traités, à exprimer leurs besoins. De plus, le service informatique met à disposition un outil intranet de recueil des besoins ; ces besoins sont examinés et intégrés au SDSI en fonction des objectifs stratégiques de l'institution.

La satisfaction des utilisateurs est évaluée. Notamment le déploiement du dossier patient informatisé est suivi dans une réunion avec les équipes médicales et paramédicales organisée deux mois après la fin du déploiement dans le service de soins. Cette réunion est une évaluation croisée de l'utilisation de l'outil. Les équipes soignantes peuvent faire part de leur niveau de satisfaction et l'équipe informatique de déploiement peut évaluer si l'utilisation de l'outil respecte les bonnes pratiques. Des actions correctives sont éventuellement mise en place telles des formations supplémentaires, des modifications des paramètres, etc.

Une enquête de satisfaction générale du SIH a dû avoir lieu au 2^{ème} semestre 2015.

5.4.2 - Le pilotage du SIH par la performance

Engagé pleinement dans le plan « Hôpital numérique », l'établissement a mis en place des indicateurs pour évaluer l'impact des SI sur la qualité et la productivité des fonctions administratives et médicales. Deux types d'indicateurs peuvent être distingués, les uns mesurant les prérequis, les autres l'atteinte des cibles fonctionnelles.

En amont du lancement d'un projet, une étude de retour sur investissement est effectuée systématiquement. Mais d'autres éléments sont également mesurés, comme les gains en fiabilité, en qualité des soins et en efficacité. A l'avenir, une fois un projet exécuté, l'établissement évaluera aussi désormais ses gains en performance. Les résultats obtenus seront confrontés aux objectifs initiaux.

Il semble reconnu que le SIH a permis d'améliorer les pratiques de soins et leur qualité. Cependant, la performance de l'activité, qu'elle soit administrative ou de soins, peine encore à être évaluée. Pour vérifier le niveau d'évaluation, la chambre a demandé si les actions ci-après donnaient lieu à évaluation de la performance : délai de saisie d'un dossier administratif d'un patient, coût moyen de la feuille de paie, délai de mise à disposition des examens de laboratoire. A ces questions, l'établissement n'a pas apporté de réponse.

L'un des cinq domaines analysés par « HN » reste non développé, à savoir le pilotage médico-économique. Il s'agit clairement d'un point à corriger pour l'avenir.

5.4.3 - La contribution à la production de soins (rôle du DIM)

Les moyens du DIM

Le médecin DIM, praticien hospitalier temps plein, est chef de service du département d'information médicale (DIM). Il est membre de la commission médicale de l'établissement (CME)

et de différentes sous-commissions, mais il n'est pas membre du comité de direction (ou comité exécutif).

Outre le médecin DIM lui-même, l'équipe du DIM comporte 4 techniciens d'information médicale (TIM) pour 3,5 équivalents temps-plein : un TIM référent (adjoint médico-administratif), responsable plus particulièrement de l'organisation du travail, de la formation, du maintien des compétences, et de la supervision du contrôle qualité et 2,5 TIM (1,5 adjoints médico-administratifs, et une infirmière diplômée d'Etat (IDE)), qui assurent le codage, le contrôle de la qualité et de l'exhaustivité des informations.

Les missions du DIM et son positionnement

Le DIM exerce deux types de missions. Tout d'abord ses missions sont de nature logistique : la prise en charge de la collecte, le contrôle de qualité, le contrôle de l'exhaustivité et de la mise à disposition de l'information médicale. D'autres missions sont plus stratégiques : les aides à la décision, à la gestion, à l'évaluation et à la planification. La T2A a amplifié et rendu stratégique le rôle du DIM dans l'établissement.

Le DIM et le service informatique sont autonomes. Le DIM est intégré dans le projet de déploiement du dossier patient informatisé (DPI). Le DIM possède une double compétence médicale et informatique (diplôme de médecine et doctorat en informatique) précieuse pour mener à bien les projets conjoints avec le service informatique.

La fiabilité des données

Le centre hospitalier dispose d'un recueil automatisé des données administratives et/ou médicales. L'établissement a mis en place sur les étiquettes d'identification de ses patients un code barre qui permet, chaque fois que cela est nécessaire et dans tout l'hôpital, un recueil automatique de son identité à l'aide de douchettes.

Le logiciel DATIM est utilisé systématiquement pour vérifier la qualité des données avant leur transmission à l'ARS, les anomalies détectées sont contrôlées et éventuellement corrigées. La qualité des données est systématiquement contrôlée par rapprochement avec le dossier patient informatisé avant validation. Les autres informations médicales sont intégrées en temps réel dans le dossier médical informatisé, soit directement, soit par des interfaces avec les logiciels des plateaux techniques.

Le taux d'exhaustivité des séjours dans le PMSI est de 100% dans les délais réglementaires de transmission à l'ATIH. Ce taux est obtenu par un suivi quotidien de l'exhaustivité et avec relance hebdomadaire des services de soins.

La fonction de codage est restée en réalité très centralisée entre les mains du DIM, qui « recode » tous les séjours et tous les actes. Ce parti pris est consommateur de ressources mais ce choix a été fait délibérément pour ne pas risquer de perdre des recettes d'activité. Cette option se traduit aussi pour l'établissement par un taux de correction faible lors des contrôles CPAM.

En contrepoint, le rôle stratégique du DIM semble peu valorisé. Son absence au directoire témoigne d'un faible positionnement dans l'établissement.

5.4.4 - La contribution du SIH au pilotage médico-économique

Cette contribution du SIH au pilotage médico-économique est véritablement le point faible du SIH du CH de Cahors.

Le système de pilotage auquel ont accès les utilisateurs ne comporte que des données relatives à l'activité (en volume et en valeur). Elles se présentent sous la forme de tableaux de bord sur le volume d'activité des services d'hospitalisation et la valorisation de leurs séjours, communiqués mensuellement. En revanche, il ne comporte rien sur les coûts et la qualité. Selon l'établissement, des tableaux de bord intégrant des éléments de coûts et de qualité seraient en cours d'étude. Les tableaux de bord sont diffusés d'abord au directeur pour validation, et dans un second temps à l'ensemble du personnel de l'établissement sur le site intranet.

La chambre invite l'établissement à porter toute son attention sur le développement d'un volet dépenses de son système de pilotage.

5.5 - La mise en œuvre des projets informatiques

5.5.1 - Les projets réalisés

Un tableau communiqué par la direction inventorie les projets informatiques mis en œuvre par le CH de Cahors au cours de la période 2010-2014. Sur seize projets, seuls six (les projets 1, 2, 6, 10, 13 et 16) sont des projets supérieurs à 50 000 €.

Deux projets SIH de l'établissement retenus lors de l'instruction, intègrent une dimension territoriale ou une logique de parcours :

- le projet 11 a une dimension territoriale. En effet, un site internet permet de communiquer sur le territoire et de diffuser des informations à la population. Ce projet est achevé ;
- le projet 8 a une logique de parcours de soins. Le déploiement du dossier patient informatisé est développé dans ce sens. Ce projet était en cours à la fin de l'instruction, et réalisé à 80 %.

Un seul projet, le projet 16 (voir infra), a été réalisé dans le cadre d'une démarche de coopération. Ce projet intègre une démarche de création d'un GCS de laboratoire entre quatre établissements hospitaliers (Cahors, Montauban, Gourdon et Moissac). L'ARS souhaitant la création d'un GCS de moyens a initié ce rapprochement des quatre laboratoires. Le GCS a été subventionné à hauteur de 240 000 € dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics (FMESPP).

5.5.2 - La conduite de projet

La maîtrise d'ouvrage pour le déploiement du SDSI et/ou des grands projets informatiques est assurée au sein de l'EPS en interne. L'établissement dispose pour assurer sa maîtrise d'ouvrage des compétences suivantes : un directeur adjoint, un ingénieur responsable du service informatique, deux analystes, un cadre supérieur de santé.

L'EPS n'a pas eu recours à de l'assistance à maîtrise d'ouvrage externalisée.

En ce qui concerne la production de solutions informatiques et le maintien de solutions précédemment produites, le médecin DIM a développé le logiciel de traitement du PMSI MCO. Cette solution présente des avantages en termes d'adaptation des besoins mais l'inconvénient est la dépendance aux compétences du médecin DIM.

L'établissement ne vend pas de solutions informatiques et/ou de prestations informatiques.

5.5.3 - L'accompagnement des projets

Au cours de la période examinée, aucun projet n'a fait l'objet d'accompagnement méthodologique externe.

5.5.4 - L'étude de trois opérations significatives

Trois projets – les projets 1, 2 et 16 - ont été sélectionnés lors de l'instruction. Dans les trois projets, la conduite du projet est conjointe entre l'établissement et le fournisseur. L'accompagnement interne est respectivement d'un ETP pour les deux premiers et de 0,5 ETP pour le troisième. L'accompagnement externe en nombre de jours d'intervention est respectivement de 10, 12 et 95 jours.

Dans le cas du projet 16, la conduite de projet est réalisée par un biologiste accompagné d'un chef de projet du fournisseur MIPS. Les deux responsables informatiques des établissements de Cahors et Montauban ont coordonné l'aspect technique. Les techniciens de laboratoire du CH de Cahors ont participé et accompagné leurs collègues de Montauban et de Moissac dans la réalisation des paramétrages.

Aucun de ces trois projets n'a vraiment donné lieu à la mise en place d'indicateurs qu'ils soient quantitatifs et/ou qualitatifs. Une enquête de satisfaction et un bilan de mise en place devrait être réalisé à la fin du projet 16 en accord avec le GCS laboratoire. Les projets 1 et 2 sont des projets purement techniques et n'ont pas fait l'objet de tels indicateurs.

Les formations se sont déroulées sous la forme de prestations incluses dans l'opération. Elles ont été de 3 jours pour le projet 1, de 5 jours pour le projet 2, et de 7 jours pour le projet 16.

Les projets 1 et 2 ont été réalisés en phase avec le calendrier prévisionnel. Le projet 16 a un retard évalué à un mois, suite à des dysfonctionnements fonctionnels ponctuels rencontrés par le fournisseur (MIPS).

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Dans le cadre des projets 1 et 2, aucune tâche n'a été laissée à la charge de l'établissement. Pour le projet 16, le CH de Cahors a dû gérer la mise à disposition de l'infrastructure serveur et réseau du projet. Le laboratoire du CH de Cahors a réalisé une grande partie du paramétrage de la solution applicative pour le compte du GCS « laboratoire ».

La migration vers les nouvelles solutions informatiques n'a pas donné lieu à des difficultés dans le cas des projets 1 et 2. Pour le projet 16, quelques difficultés de coordination ont été constatées en raison de la multiplicité des intervenants à savoir les quatre centres hospitaliers de Gourdon, Moissac, Montauban et Cahors accompagnés de plus de 15 fournisseurs indépendants.

L'interfaçage entre les établissements n'a pas donné lieu à des difficultés particulières dans le cas des projets 1 et 2. En revanche, des difficultés de coordination ont été rencontrées pour le troisième.

Les principales raisons de la réussite de chacun des trois projets ont été :

- pour les deux premiers : la bonne conduite du projet avec le fournisseur ; la compétence technique de la société SPIE a été un élément favorable ;
- pour le troisième : la bonne coopération entre les équipes des quatre hôpitaux participant au projet a été un élément moteur de réussite. Quelques difficultés de disponibilité et de réactivité ont été rencontrées avec le fournisseur.

tableau n° 25 : La conduite de trois projets

	Projet 1	Projet 2	Projet 16
Accompagnement interne (nombre ETP)	1	1	0,5
Accompagnement externe en jours intervenants	10	12	95
Indicateurs de conduite de projet	non	non	Enquête satisfaction et bilan
Formation en nombre de jours	3	5	7
Retard	non	non	1 mois
Tâche à la charge de l'établissement	non	non	matériel
Difficultés migration	non	non	Difficulté de coordination
Difficultés interfaçage	non	non	Difficulté de coordination
Facteurs réussite ou échec	Compétence société SPIE	Compétence société SPIE	Bonne coopération des intervenants des hôpitaux, mais faible réactivité du fournisseur

L'établissement n'a pas participé à des projets informatiques dans un cadre mutualisé, comme par exemple dans le cadre d'une CHT, aujourd'hui encore inexistante. Mais pour les cinq années qui viennent, la direction estime que 80 % des projets qui seront conduits prendront place dans un cadre territorial. Beaucoup de projets comme la téléradiologie ou la télémédecine sont concernés par la mutualisation des ressources entre établissements. A partir de 2016, le plan « hôpital numérique » sera réorienté pour permettre une convergence des SI dans le cadre des futures CHT de façon à ce que tous les établissements puissent dialoguer ensemble.

De la même manière que l'établissement est parvenu à rendre ses logiciels internes inter-opérables par le choix fait en amont d'un « ERP », le territoire fait face désormais à la même problématique de rendre les SI des établissements inter-opérables. La question est complexe puisque le choix d'un logiciel remet en cause les autres ainsi que les investissements informatiques réalisés.

Le choix du périmètre du groupement hospitalier de territoire (GHT) sera important au regard des enjeux qui se présentent. Si le périmètre du département semble plus adapté au plan informatique, l'enjeu médical ne pouvant se limiter à un secteur prédominant comme peut l'être la problématique de la prise en charge des personnes âgées dans le Lot, plaide en faveur d'un périmètre plus large. Or c'est à l'organisation informatique à s'adapter à l'organisation médicale et non le contraire. La fusion des régions aggrandit encore le périmètre à prendre en compte. Au niveau de la région, ces enjeux vont mettre en question les grands éditeurs que sont Dxcare et le Mipih.

5.6 - Le coût et le financement du SIH

5.6.1 - La programmation pluriannuelle des dépenses « SIH »

La mise en œuvre du SDSI fait l'objet d'une programmation pluriannuelle financière. Cependant, celle-ci est remise en question en fonction des possibilités de l'établissement. L'exécution du SDSI est revue annuellement. Les prévisions de dépenses pluriannuelles et les réalisations annuelles ne donnent pas lieu à comparaison, même annuelles, présentées aux instances.

5.6.2 - Les dépenses informatiques annuelles

Un tableau communiqué par la direction présente ci-dessous l'évolution du budget informatique de l'établissement entre 2010 et 2014. Celle-ci évolue de 1,19 M€ à 1,7 M€ (+43 %) et a été en progression constante. Le budget informatique représentait 1,5 % du budget de l'hôpital en 2010, et 1,9 % en 2014.

L'essentiel du budget informatique se compose pour plus de 80 % de dépenses d'exploitation qui augmentent de 0,93 M€ à 1,38 M€. En 2014, les principaux postes sont le personnel pour 417 972 €, la maintenance pour 419 745 € et les amortissements pour 358 073 €.

Les investissements, qui représentent 324 013 € en 2014, se partagent à part presque égale entre matériels et logiciels. La dépense de logiciels (178 107 €) serait plus importante si l'établissement n'avait pas établi un partenariat avec les éditeurs. La dépense de prestations (57 811 €) serait aussi plus importante. L'économie annuelle est évaluée à 240 000 €.

L'établissement n'a pas de visibilité sur les dépenses comparables des autres hôpitaux.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

tableau n° 26 : Le budget informatique

Année	2010		2011		2012		2013		2014	
	Prévu/Réalisé	réalisé	réalisé	réalisé	réalisé	réalisé	réalisé	réalisé	réalisé	
Investissement										
Matériels		229 800.19 €	191 144.71 €		336 755.18 €		189 713.87 €		145 905.92 €	
Logiciels		29 604.13 €	167 395.90 €		172 588.03 €		144 300.14 €		178 107.68 €	
Locaux informatiques		0.00 €	6 513.90 €		0.00 €		16 184.18 €		0.00 €	
Etudes										
Autres										
Total investissement		259 404.32 €	365 054.51 €		509 343.21 €		350 198.19 €		324 013.60 €	
Fonctionnement										
Personnel		296 103.07 €	304 030.51 €		339 541.37 €		389 976.69 €		417 972.81 €	
Formation		ND	ND		ND		ND		ND	
Maintenance		227 966.30 €	250 197.15 €		372 776.55 €		359 730.39 €		419 745.59 €	
Entretien et réparation		6 542.89 €	11 153.15 €		4 740.27		4 329.83 €		5 881.26	
Fourniture		82 198.65 €	94 655.34 €		94 212.88 €		108 674.93 €		124 152.31 €	
Entretien des bâtiments										
Prestations de service		23 007.51	30 013.66 €		35 642.77 €		54 002.55 €		57 811.21 €	
Amortissements		298 599.73 €	264 609.23 €		262 660.49 €		337 868.37 €		358 073.20 €	
Autres										
Total exploitation		934 418.15 €	954 659.04 €		1 109 574.33 €		1 254 582.76 €		1 383 636.38 €	
Total Général		1 193 822.47 €	1 319 713.55 €		1 618 917.54 €		1 604 780.95 €		1 707 649.98 €	
Ratio des budgets informatiques sur les budgets d'ensemble										
Fonctionnement		1.4%	1.3%		1.5%		1.6%		1.6%	
Investissement		3.0%	2.3%		10.4%		3.3%		6.7%	
Global		1.5%	1.5%		2.0%		1.8%		1.9%	

5.6.3 - Les financements et accompagnements financiers

L'établissement n'a bénéficié d'aucun accompagnement financier pour financer son SIH, ni sur « Hôpital 2007 », ni sur « Hôpital 2012 ». La totalité a été autofinancée. Dans le cadre du plan « hôpital numérique », l'établissement devait déposer un dossier mais, à la fin de l'instruction, il n'avait encore bénéficié d'aucune subvention.

5.6.4 - Les gains financiers liés au SIH

A ce jour, l'établissement n'a pas évalué les gains générés par l'informatisation ou le changement de logiciel en termes d'économies, d'amélioration de la performance, ou d'autres effets favorables. Tous les projets prévus dans le SDSI participeront à l'avenir à l'amélioration de la performance. Les indicateurs prévus dans le SDSI seront évalués à l'aboutissement des projets.

6 - RECOMMANDATIONS

Au terme de son contrôle, la chambre a décidé de formuler les recommandations suivantes :

L'organisation et la stratégie

- 1- Redéfinir la taille, la mission et l'organisation des pôles afin d'établir les bases d'un pilotage efficace, pour permettre une mise en synergie des services, offrir un périmètre significatif de mutualisation des ressources, instaurer un dialogue médico-économique.
- 2- Développer la coopération inter-établissements dans le territoire du Lot.
- 3- Etablir un projet d'établissement permettant de fixer les axes d'effort pour l'avenir.

Le système d'information hospitalier (SIH)

- 4- Mettre à la disposition des acteurs les outils de gestion médico-économique (ou système d'information décisionnel) nécessaires pour optimiser, secteur par secteur, l'équilibre emplois/ressources.

La situation financière

- 5- Mettre en place un plan de retour à l'équilibre plus précis et formalisé, permettant de responsabiliser les acteurs et de suivre l'impact budgétaire des mesures prises.

L'activité

- 6- Mettre à la disposition des services d'hospitalisation et du bloc opératoire une batterie d'outils et d'indicateurs permettant de mesurer leur performance et d'optimiser le fonctionnement.
- 7- Développer la chirurgie ambulatoire.

La gestion des personnels

- 8- Reprendre la maîtrise du recrutement médical afin de réduire le coût des médecins intérimaires, suivre le temps de travail médical.
- 9- Régulariser le temps de travail des personnels non médicaux, revoir le rythme d'avancement d'échelon des agents et régulariser les indemnités accordées aux agents non titulaires.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées
Rapport d'observations définitives

Telles sont les observations définitives que la chambre a décidé de formuler sur la gestion du centre hospitalier de Cahors.

*

* *

Réponses aux observations définitives
en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières

Réponse du 15 février 2016 de Monsieur Marc HECTOR,
Directeur du centre hospitalier de Cahors

Article L. 243-5 du code des juridictions financières, 4^{ème} alinéa :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».