

# Mission ministérielle d'appui

RAPPORT

**5 auditeurs se sont penchés sur le CHNDS.**

**Pendant 3 jours** ils ont rencontré :

- l'ARH et la DDASS,
- la direction
- la CME,
- le représentant du Conseil de l'Ordre,
- les trois maires,
- les représentants des 3 syndicats,
- un représentant des usagers
- le collectif de défense de l'offre de soins en Nord Deux-Sèvres.

**A l'issue de leurs analyses, ils ont établi un rapport de 35 pages, dont la sortie, prévue en octobre 2004, n'est intervenue qu'en avril 2005.**

**Sous couvert de leurs interlocuteurs ou de leurs propres observations, ils mettent en évidence des dysfonctionnements et des risques que pour l'essentiel nous avons dénoncés.**

La mission déplore **une absence d'anticipation**  
**du travail commun de demain** \* **sur un seul site.**

La période récente se caractérise par un  
**renforcement de la culture de sites et de la**  
**concurrence inter – établissements.** \*

**Remise à plat de l'ensemble de l'organisation**  
**médicale.** \*

**Le président de la CME est perçu comme le représentant des activités chirurgicales de Bressuire et non comme le garant des intérêts de l'ensemble de l'établissement. \***

**Le projet médical est un catalogue où la stratégie, la transversalité et les concepts actuels sont absents \***

**Dans le même temps, le CHNDS n'a pas d'objectifs concrets, clairs et précis pour asseoir une stratégie et mobiliser le personnel. \***

**Le comité stratégique doit définir des objectifs. \***

**Le projet médical est à repenser. \***

Une **réduction de la base budgétaire de 3,5 M€** liée à l'introduction de la **Tarifification à l'Activité** est inéluctable. Son impact s'échelonnera en fonction de la mise en œuvre de cette dernière \*.

Une réduction prévisible des moyens s'amorce lentement mais sûrement. **Rien n'a été prévu pour la compenser** alors que subsiste un **nombre important de plages additionnelles pour les 2 services en temps continu** (anesthésie et urgences).

**Le CHNDS doit entreprendre une démarche d'optimisation des ressources.** \*

**La mission pointe l'absence :**

- **de reporting budgétaire** (production rapide de données financières et d'activité)
- **de contrôle de gestion par tableaux de bord**
- **de comptabilité analytique** adaptée aux nouvelles contraintes de connaissance des coûts par groupes homogènes de soins. \*

**Les outils correspondants doivent être mis en œuvre le plus rapidement possible. \***

**Le système d'information hospitalière est en panne \*. Sa rénovation est conduite par un comité de pilotage qui ne fonctionne pas.**

**Le retard de facturation qui en résulte portait, fin 2004, sur 5 616 dossiers à Bressuire, 5 162 à Parthenay, 5 735 à Thouars soit un total de 16 513 dossiers représentant 2,5 millions d'euros de créances en souffrance et des charges supplémentaires (frais de personnel, intérêts, abandons de créances).**

**Un contentieux est en cours.**

**La mission préconise l'abandon du projet Calystène et son remplacement par un autre logiciel spécialisé qui a fait ses preuves ailleurs.**

**Au terme de la visite de 3 jours,  
la mission d'appui considère que  
l'un des handicaps les plus graves du CHNDS  
peut se résumer à**

**un ensemble de déficits de management  
au niveau de la direction générale,  
de la CME et du Conseil d'administration,  
déficits dont les effets se cumulent.**

La mission affirme que le **nombre de patients a tendance à se réduire en chirurgie.**

**Cette première remarque doit être relativisée**

(Période de référence ? Fiabilité des relevés d'activité avec un système informatique défaillant ? Impact des travaux de rénovation de Bressuire, développement de l'activité ambulatoire).

Elle dit aussi que les **coefficients d'occupation des lits sont faibles en chirurgie et en gynéco-obstétrique. La deuxième est lourde de menaces.**

**Pas de préconisation directe sur ces 2 points sauf refonte du projet médical et plateau technique unique.**

La mission dénonce un **faible niveau de performance médico-économique** alors que **pourtant le poids moyen du cas traité (1411) et le panel de GHM pris en charge (456) sont supérieurs à la moyenne des centres hospitaliers (respectivement 1355 et 383) et que l'activité est « correcte ».**

**Optimisation des ressources \***  
**et plateau technique unique**

**Pour le collectif, la gestion des personnels (y compris les PH) et des moyens doit être améliorée avec pour objectif la réduction des fuites.**

**Le rapport souligne le « faible poids des dépenses médicales et pharmaceutiques qui apparaissent bien gérées » \* alors que précédemment l'organisation actuelle des soins sur 3 sites était considérée comme responsable des déficits.**

**Il préconise « la réalisation de simulations budgétaires par centre de responsabilité pour mesurer les conséquences des fonctionnements ou dysfonctionnements actuels. » \***

La mission balaie d'un trait de plume plusieurs perspectives en affirmant, **sans rien démontrer**,  
- que **le statu quo constitue un risque certain de dégradation de l'offre en douceur**,  
- qu'une « **spécialisation poussée par site** » **n'est pas réaliste**,

**et avance à nouveau le plateau technique unique.**

**Pour le collectif, seul l'examen transparent et contradictoire des différentes solutions envisageables permettra un choix raisonné et fondé.**

**Mais le rapport confirme ce que nous avons  
dit  
sur le coût du site unique**

<b>Constructions neuves</b>	<b>62 M €</b>
<b>Réhabilitations</b>	<b>37 M€</b>
<b>Equipements</b>	<b>2 M€</b>
<b>Total</b>	<b>101 M€</b>

**Ce chiffrage ne tient compte  
ni des intérêts d'emprunt,  
ni des dépenses d'aménagements routiers.**

**Elle reconnaît aussi que la section d'investissement est dans l'incapacité de supporter des projets importants du fait d'un en-cours d'emprunt très élevé \* pour un établissement de cette taille et constate que les remboursements de capital mobilisent la moitié des ressources de la section d'investissement au détriment du renouvellement et de la modernisation des équipements.**

**Dans ces conditions, la réalisation d'un plateau technique unique n'est envisageable qu'avec un « soutien financier extérieur ».**

**Toutes les observations** relatives au fonctionnement actuel du CHNDS **sont pertinentes et argumentées** mais **le rapport de la mission d'audit ne nous apprend rien**. Il ne fait que confirmer nos analyses en reprenant ce que nous dénonçons depuis 2 ans.

Une fois de plus, **il se contente d'affirmer que le plateau technique unique est la seule solution pour l'avenir**. Paradoxalement et **sur ce seul point, les arguments et la démonstration sont absents**. **Nous continuons de demander une étude comparative transparente et contradictoire associant toutes les parties prenantes**.

**Le rapport définit le contenu d'un éventuel site unique :**

- Urgences, blocs opératoires, imagerie médicale, laboratoire...**
- Médecine, chirurgie, obstétrique,**
- Psychiatrie,**

**confirmant ce que nous avons dit :**

**Il ne peut s'agir que d'un déménagement complet des sites existants.**

**Sur la localisation il émet deux hypothèses :**

- « **Sur un des sites existants avec les difficultés prévisibles d'adhésion des autres bassins,** »

- « **sur un secteur du triangle à déterminer consensuellement avec des craintes non moins importantes d'une activité « rapportée » et positionnée artificiellement dans un espace exclusivement rural.** »

**Il n'apporte aucune solution dans ce domaine.**