

Le Président

Rennes, le 20 novembre 2009

Monsieur le Directeur
du centre hospitalier des Pays de Morlaix
19, rue Kersaint Gilly
29600 Morlaix

Par lettre du 31 août 2009, j'ai porté à votre connaissance le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes sur la gestion des exercices 2003 et suivants de votre centre hospitalier. Ce rapport a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

Votre réponse, parvenue à la chambre dans le délai d'un mois prévu par les articles L. 243-5 et R. 241-17 du code des juridictions financières, est jointe au rapport d'observations définitives pour constituer avec lui un document unique qui vous est notifié ci-après.

En application des dispositions de l'article R. 241-17 du code des juridictions financières, il vous appartient de transmettre ce rapport et la réponse jointe à l'assemblée délibérante. Conformément à la loi, l'ensemble doit :

1. faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de l'assemblée ;
2. être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres ;
3. donner lieu à débat.

Vous voudrez bien retourner au greffe de la chambre l'imprimé joint afin d'informer la juridiction de la tenue de la prochaine réunion de l'assemblée délibérante. Après cette date, en application des dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, le document final sera considéré comme un document administratif communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du même code, le rapport d'observations définitives et la réponse jointe sont transmis au préfet, au trésorier-payeur général et à l'agence régionale de l'hospitalisation.

Michel RASERA
Conseiller maître à la Cour des comptes

<p style="text-align: center;">NOTIFICATION FINALE DU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES</p>

sur la gestion du centre hospitalier des Pays de Morlaix

au cours des exercices 2003 et suivants

INTEGRANT LA REPONSE RECUE DANS LE DELAI LEGAL

SOMMAIRE

Rapport d'observations définitives	p. 2 à 34
Réponse de M. Richard BREBAN, Directeur	p. 35 à 40

Centre hospitalier des Pays de Morlaix

OBSERVATIONS DÉFINITIVES DE LA CHAMBRE RÉGIONALE
DES COMPTES DE BRETAGNE

Exercices 2003 et suivants

La chambre régionale des comptes de Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier des Pays de Morlaix à compter de l'exercice 2003. Ce contrôle a été ouvert par lettre en date du 28 mars 2008.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 26 novembre 2008 avec M. Bréban ordonnateur à compter du 15 janvier 2008. Les entretiens préalables avec M. Jacquet ordonnateur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 10 octobre 2007 et M. Le Moigne, ordonnateur du 11 octobre 2007 au 15 janvier 2008 ont eu lieu respectivement le 26 novembre et le 3 décembre 2008.

Lors de sa séance du 15 janvier 2009, la chambre a arrêté ses observations provisoires qui ont été adressées le 16 mars 2009 au directeur du centre hospitalier des Pays de Morlaix ainsi qu'à ses prédécesseurs sur la période. Des extraits et des communications ont été également adressés le même jour aux tiers mis en cause et à certains services de l'Etat.

Après avoir examiné les réponses écrites et entendu à sa demande, M. Bréban, directeur du centre hospitalier des Pays de Morlaix, la chambre, lors de sa séance du 25 août 2009, a arrêté ses observations définitives. Celles-ci sont développées dans les parties suivantes du présent rapport :

- 1 Présentation de l'établissement
2. La situation financière
3. La nouvelle gouvernance
4. Le personnel médical

Résumé des observations

Le centre hospitalier des pays de Morlaix est un établissement public de santé de plus de 1000 lits situé dans le nord du Finistère. Il offre une palette complète de services de soins, de court, moyen et long séjour avec un secteur psychiatrique important. La population desservie d'environ 115 000 habitants pour le court séjour et de 180 000 habitants pour les activités de psychiatrie est plus âgée que la moyenne départementale et est plutôt en diminution. Pour autant, l'activité se maintient depuis 2002, notamment en court séjour, malgré la concurrence locale en chirurgie d'une clinique privée.

La situation financière de l'établissement qui était jusqu'en 2006 plutôt satisfaisante se détériore notamment en raison d'une augmentation moindre des recettes par rapport à celle des dépenses. Le déficit du budget principal atteint ainsi 304 K€ en 2007 et 291 K€ en 2008. Les charges de personnel médical ont notamment augmenté de près de 38% entre 2003 et 2008 en raison de recrutements importants ces dernières années sans que l'activité, et donc les recettes liées à celle-ci, aient pour l'instant augmenté en conséquence. La dégradation de l'autofinancement, si elle se maintenait dans la durée pourrait compromettre le calendrier des investissements prévus dans le cadre du projet d'établissement.

La chambre constate que la direction du centre hospitalier a mis en œuvre, parfois non sans difficultés, la réforme sur la nouvelle gouvernance. Celle-ci repose à la fois sur une redéfinition des attributions parmi les instances de décision comme le directeur, le conseil d'administration ou le conseil exécutif nouvellement créé qui associe à parité des médecins et la direction, et également sur un regroupement des services cliniques et médico-techniques au sein de pôles suffisamment larges qui doivent permettre une meilleure gestion des moyens par une plus grande responsabilisation des personnels. La question du découpage des pôles a notamment été l'occasion de débats parfois vifs entre les praticiens. Les choix qui ont finalement été retenus ont été décidés par le conseil d'administration contre l'avis d'une partie du corps médical en décembre 2006.

Le centre hospitalier est désormais organisé en six pôles dont un médico-technique et quatre cliniques. La logique de composition a reposé essentiellement sur le projet médical et non sur une logique d'affinités. Aujourd'hui, les responsables de pôle reconnaissent la cohérence globale du découpage. Les pôles selon eux permettent une vision plus globale des difficultés qui s'imposent à l'hôpital, et peuvent dans certains cas permettre plus facilement une harmonisation ou une optimisation des pratiques. Les limites de cette nouvelle gouvernance demeurent avec notamment un manque de recul sur une organisation encore très récente, et non achevée. Les responsables attendent en effet les délégations de gestion qui doivent leur donner des moyens d'agir concrètement.

La chambre a relevé plusieurs dysfonctionnements dans l'activité des personnels médicaux. La réglementation relative à l'activité libérale n'est ainsi pas totalement respectée, notamment dans la nature des actes accomplis par certains praticiens. Dans plusieurs cas, la majorité de certains actes techniques est effectuée dans le cadre de l'activité libérale alors que celle-ci ne doit pas excéder la moitié de l'activité du praticien concerné. Par ailleurs, le fonctionnement de la commission chargée de suivre l'activité libérale au sein de l'établissement pourrait être amélioré notamment dans la présentation et la transparence de ses travaux.

1. Présentation de l'établissement

1.1. Présentation générale

Le centre hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) est un établissement public de santé généraliste d'une capacité totale de 1075 lits d'hospitalisation. Situé à une soixantaine de kilomètres à l'est de Brest, il rayonne sur un territoire d'environ 115 000 habitants pour le court séjour et de 180 000 habitants pour la psychiatrie. Il s'agit d'un secteur où la population a tendance plutôt à diminuer depuis une trentaine d'années, et qui, au surplus, est vieillissante. Depuis une quarantaine d'années, l'activité est diversifiée avec un secteur de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) d'une capacité de 314 lits d'hospitalisation complète, un secteur de soins de suites et réadaptation (SSR) d'une capacité de 143 lits, un secteur de psychiatrie d'une capacité de 282 lits et un secteur de long séjour pour les personnes âgées d'une capacité de 318 lits. L'effectif total de l'établissement au 31 décembre 2007 est de 1967,95 personnels non médicaux ETP¹ et de 141,08 personnels médicaux ETP, soit un total de 2109,03 ETP.

Le CHPM est situé sur deux implantations principales, l'une à Morlaix (65 hectares) et la seconde à Plougouven (25 hectares) à une dizaine de kilomètres. Sur la première, sont regroupés le court séjour, dans un ensemble immobilier cohérent et fonctionnel relativement récent, ainsi que des services de psychiatrie et de long séjour répartis notamment sur de nombreux bâtiments dont certains sont très anciens. Le site de Plougouven, qui est un ancien sanatorium, est progressivement réhabilité et est désormais spécialisé dans les activités de long séjour et de soins de suites et rééducation. Le secteur de réhabilitation respiratoire bénéficie ainsi par exemple depuis 2005 d'un bâtiment neuf de 25 lits. Le plan directeur 2008-2012 prévoit environ 35 M€ d'investissements dans des opérations nouvelles. Les projets qui concernent le secteur psychiatrique avec notamment la construction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation de 50 lits, représentent 13 M€. Il est prévu 14 M€ pour le long séjour avec la construction d'une unité d'hospitalisation de 50 lits et une unité de 40 lits dédiée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le court séjour finalement ne retient que 7 M€ d'investissements avec essentiellement des modernisations d'équipements existants, des adaptations de l'organisation actuelle afin de poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour et de semaine, ainsi que les créations d'une unité d'hospitalisation de courte durée et d'une unité de médecine gériatrique.

1.2. L'activité du CHPM

1.2.1. Le court séjour

1.2.1.1. L'évolution du nombre d'entrées

Le court séjour représente 314 lits, dont 215 en médecine, 75 en chirurgie et 24 en obstétrique. L'activité sur la période 2005-2007 est relativement stable. Le nombre d'hospitalisations en court séjour augmente même légèrement, notamment en chirurgie (+3,7%).

¹ ETP : équivalent temps plein

Evolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète entre 2005 et 2007

<i>Nombre d'entrées</i>	2005	2006	2007	Evolution 07/05
Total Médecine	11 892	12049	12001	+0,9%
Total chirurgie	4 644	4 742	4 816	+ 3,7 %
Total obstétrique	813	1012	935	+ 15%
Total MCO	17 349	17 803	17 752	+ 2,3 %

Source projet d'établissement

Avec 12 001 entrées en 2007, l'activité de médecine qui offre une large palette de spécialités allant de la cardiologie à la pneumologie en passant par la cancérologie, la gastro-entérologie, l'uro-néphrologie ou encore la pédiatrie a augmenté de moins de 1% depuis 2005. La part de marché de l'établissement en médecine atteint environ 60% sur sa zone d'attractivité.

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en chirurgie a augmenté de 3,7% entre 2005 et 2007, malgré une forte concurrence du secteur privé avec la présence à Morlaix du centre médico-chirurgical de la baie de Morlaix (CMCBM). Le CHPM représente sur sa zone d'attractivité une part de marché de 28,6% en 2007 alors que l'établissement privé représente 33,1%.

La part de marché du CHPM en 2007 pour toutes les activités de court séjour est d'environ 49%.

	Habitants	hospitalisés en 2007	dont au CH PM	Part de marché du CHPM
Zone CHPM	117 448	35 196	17 294	49,1%

Sources données PMSI récupérées sur le site internet Parthage

1.2.1.2. Le taux d'occupation

1.2.1.2.1 La méthodologie appliquée

L'efficacité d'un centre hospitalier peut se mesurer également par l'évolution de son taux d'occupation. Plus celui-ci est important, plus les moyens mis à disposition de l'établissement sont utilisés de manière optimale.

La chambre constate que les chiffres publiés par le CHPM, notamment dans son projet d'établissement, n'obéissent pas exactement aux mêmes règles que celles utilisées par la CRAM et la DRASS. Ces dernières, dans un document annuel qui regroupe les statistiques de l'ensemble des établissements bretons (SAE), calculent le taux d'occupation en rapportant le nombre de lits effectivement utilisés en hospitalisation complète à la capacité théorique de l'établissement. En revanche, le CHPM calcule parfois le taux d'occupation en ajoutant au nombre de lits utilisés en hospitalisation complète le nombre de lits utilisés en hospitalisation de jour. La chambre ne conteste pas le bien fondé des raisons qui ont inspiré la méthodologie retenue par l'établissement mais observe que celle-ci a pour effet de gonfler les résultats obtenus et d'altérer les comparaisons avec les autres établissements bretons. Ainsi, si avec les chiffres affichés dans le projet d'établissement en 2007, le CHPM se situe dans la moyenne régionale, avec les chiffres calculés avec la méthode de la SAE, il se situe en revanche en dessous de cette moyenne.

Par ailleurs, la chambre constate que la méthode actuellement utilisée au CHPM n'a pas toujours été identique. En 2005, l'établissement a utilisé les seules journées d'hospitalisation complètes pour calculer les taux d'occupation, conformément à la méthode SAE. En 2006 et 2007, le CHPM a utilisé les journées d'hospitalisation complètes auxquelles il a ajouté les venues en hospitalisation partielles. Pour le seul MCO, le taux d'occupation en 2007 calculé par l'établissement est supérieur de 3,83 points à celui calculé sans les hospitalisations partielles, c'est-à-dire avec la méthode utilisée en 2005. Les comparaisons entre les taux d'occupation 2005 et 2007 sont donc faussées. L'augmentation affichée dans le projet d'établissement du taux d'occupation en MCO passant de 78,51% en 2005 à 82,80% en 2007 ne correspond donc pas à la réalité. Si les taux comparés sont calculés avec la même méthode (uniquement les hospitalisations complètes), il apparaît une stagnation (78,51% en 2005 et 78,97% en 2007) et non plus une augmentation du taux d'occupation entre 2005 et 2007.

2007						
	Nombre de lits	Capacité théorique	journées		taux d'occupation	
			Hospitalisation complète (SAE)	Hosp. Complète+ partielle (PE)	Tx SAE	Tx PE.
Médecine 1	30	10 950	9963	10057	90,99%	91,84 %
Médecine 2	30	10 950	10012	10058	91,43%	91,85 %
Médecine 3	24	8 760	8133	8158	92,84%	93,13 %
Pédiatrie	16	5 840	3030	3389	51,88%	58,03 %
Néonatalogie	4	1 460	732	732	50,14%	50,14 %
Pneumo	30	10 950	10196	11298	93,11%	103,18 %
Pneumo de semaine	10	3 650	1048	2150	28,71%	90 %
Hépatogastro	14	5 110	4160	4849	81,41%	94,9 %
Médecine gériatrique	13	4 745	4578	4578	96,48%	96,48 %
cardiologie	26	9 490	8621	8660	90,84%	91,25 %
Soins intensifs	8	2 920	1920	1920	65,75%	65,75 %
Réanimation	10	3 650	2719	2719	74,49%	91,12 %
Total médecine	215	78475	65112	68568	82,97%	87,38 %
Chirurgie viscérale	26	9490	7982	8028	84,11%	84,59 %
Chirurgie orthopédique	25	9125	7468	7570	81,84%	82,96 %
Spécialités chirurgicales	24	8760	5157	5826	58,87%	66,51 %
Total chirurgie	75	27375	20607	21424	75,28%	78,26 %
Obstétrique	24	8760	4789	4903	54,67%	55,97 %
Total obstétrique	24	8760	4789	4903	54,67%	55,97 %
TOTAL MCO	314	114610	90508	94895	78,97%	82,80%

1.2.1.2.2 L'évolution du taux d'occupation

Sur les années 2005 à 2007, les taux d'occupation comptabilisés avec les seules journées d'hospitalisation complètes rapportées à la capacité théorique (nombre de lits multipliés par les 365 jours d'une année), sont les suivants pour chaque discipline :

Unités	2005	2006	2007
Total médecine	78,73%	82,76%	82,97%
Total chirurgie	72,17%	78,91%	75,28%
Total obstétrique	52,29%	62,9%	54,67%
Total MCO	75,14%	80,32%	78,97%

Calculés à partir des données du projet d'établissement

Le précédent rapport d'observations portant sur la période 1999 à 2004 indiquait un taux d'occupation régulièrement inférieur à 80%. Il était ainsi de 75% en 2002. Force est de constater que les taux d'occupation en MCO ne progressent que timidement, mais résistent. Les différences entre les services restent également identiques.

C'est le secteur de la médecine qui connaît le taux d'occupation le plus élevé. Il était déjà de 82% en 2002 et atteint à peine 83% en 2006 et 2007. Ce taux reste inférieur à celui constaté pour la région Bretagne (88% en 2006). Il cache par ailleurs des écarts entre certains services. Ainsi, le service pédiatrie a une activité sensible au climat avec peu de fréquentation l'été et beaucoup en hiver qui explique que sur l'année entière le taux d'occupation est inférieur à 60%. En revanche, certains services sont proches des 100% comme la pneumologie ou la rhumatologie.

En chirurgie, le taux qui était de 70% en 2002 dépasse en 2006 et 2007 les 75%. Ce taux malgré l'augmentation constatée demeure inférieur à celui constaté en moyenne pour les établissements publics bretons qui était de 77,3% en 2006. Le nombre d'entrées n'a pas augmenté voire légèrement diminué puisqu'il est passé de 4 934 en 2002 à 4 816 en 2007. De même le nombre de journées est resté relativement stable puisqu'il est passé de 21 131 en 2002 à 21 602 en 2006 et 20 607 en 2007. En revanche le nombre de lits est passé de 83 à 75 lits, soit une diminution de près de 10%. Le centre hospitalier a donc partiellement adapté son offre d'hospitalisation à la demande.

En revanche, le taux d'occupation en obstétrique demeure faible et surtout très variable d'une année sur l'autre. De 49% en 2002, il n'était que de 52% en 2005. Il s'est élevé à 64% en 2006 pour retomber ensuite à 56% en 2007. Il devrait augmenter en 2008 mais demeurera inférieur à la moyenne régionale de 72,5%.

1.2.1.3. La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) au centre hospitalier des pays de Morlaix en 2006 est cohérente avec celles relevées par l'étude nationale des coûts (ENC) en 2005. Pour les 14 groupes homogènes de malades pour lesquels il y a eu au moins 100 séjours à Morlaix en 2006, 11 avaient une DMS inférieure à celle calculée par l'ENC.

	séjours CHPM	DMS Morlaix	DMS ENC	Écarts Morlaix/ENC
Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	100	3,3	4,9	-1,6
Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	147	9,99	11,1	-1,11
Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	117	10,42	12,4	-1,98
Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	397	10,46	13,1	-2,64
Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	162	7,64	8,2	-0,56
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	421	9,69	11,5	-1,81
Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	144	2,7	3,1	-0,4
Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	220	3,11	3,7	-0,59
Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	185	7,57	8,2	-0,63
Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	100	10	12,5	-2,5
Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	160	6,2	5,7	0,5
Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	105	11,2	10	1,2
Prothèses de hanche sans CMA	112	10,7	12,2	-1,5
Accouchements par voie basse sans complication significative	644	4,74	4,4	0,34

1.2.1.4. Les axes de développement

1.2.1.4.1 La concurrence en chirurgie du centre médico-chirurgical de la baie de Morlaix (CMCBM)

La présence de deux plateaux techniques en chirurgie dans une commune de la taille de Morlaix peut paraître excessive notamment dans un contexte général de déflation des effectifs médicaux. De fait, une réflexion encouragée par l'ARH a été engagée depuis quelques mois pour un rapprochement entre les deux structures. Les deux établissements ont une activité comparable autour de 4500 RSS² par an et sont complémentaires. A partir des données relevées sur le seul canton de Morlaix, le CHPM a des parts de marchés supérieures en chirurgie orthopédique (55%), en chirurgie du système nerveux (69,4%) et en cardiologie (58,1%), tandis que le CMCBM est dominant en chirurgie ophtalmique (79,5%) et en ORL (49,6%).

Activités de chirurgie du CH et du centre médico-chirurgical de la Baie de Morlaix

2007	Habitants	Hospitalisés	dont CH PM	dont CMCBM	% CH PM	% CMCBM
Total zone	117 448	11 594	3 317	3 840	28,6%	33,1%

Sources données PMSI / site internet Parhtage

Pour l'heure, les négociations entre les deux structures relatives à leur rapprochement se sont heurtées à des désaccords qui portent aussi bien sur le lieu du futur site, le choix du futur gestionnaire, ou les modalités de financement des travaux nécessaires (construction d'un nouveau plateau, de nouveaux parkings, de nouvelles capacités d'hébergement). La coexistence de deux statuts de praticiens dans les mêmes spécialités, est une difficulté supplémentaire qu'il conviendra de gérer.

1.2.1.4.2 L'activité d'obstétrique

L'activité d'obstétrique est très variable d'une année sur l'autre. En augmentation sur la période 2005-2007 de 15%, elle a diminué de près de 8% entre 2006 et 2007. Avec environ 800 accouchements jusqu'en 2006, l'activité a chuté à moins de 700 en 2007, essentiellement pour des raisons de pénurie de praticiens spécialistes. L'amélioration de l'accueil avec l'arrivée début 2008 d'un gynécologue a permis d'augmenter sensiblement l'activité et 836 naissances ont pu ainsi être enregistrées en 2008. Compte tenu du nombre de parturientes du pays de Morlaix qui ont choisi d'aller accoucher ailleurs qu'au CHPM – près de 700 en 2006 –, et compte tenu de l'arrivée prochaine d'un 4^{ème} gynécologue-obstétricien, l'objectif d'atteindre 900 accouchements annuellement ne paraît pas irréaliste.

1.2.1.4.3 Le développement de l'ambulatoire

Le développement de l'ambulatoire qui constitue une alternative à l'hospitalisation avec hébergement est l'une des priorités du projet d'établissement 2008-2012 du CH des Pays de Morlaix.

En médecine, l'ambulatoire représente, en 2007, 4 090 entrées notamment en pneumologie et en gastroentérologie contre 12 001 entrées en hospitalisation complète, soit 25,41% de l'activité de médecine. Afin de développer cette activité qui répond à une demande croissante des patients, une unité ambulatoire centralisée regroupant l'ensemble des chimiothérapies de jour et non ambulatoires de moins de 48 heures va être créée en 2009. Pour les autres spécialités, comme la rhumatologie, l'endocrinologie ou la diabétologie, une réflexion va être engagée, notamment au sein des pôles.

En chirurgie, l'ambulatoire est également une priorité du projet d'établissement, d'autant que l'hospitalisation sans hébergement a marqué le pas avec 1 062 patients en 2007 contre 1 386 patients en 2006, soit une diminution sensible de plus de 23%, en raison notamment d'un basculement d'une partie de l'activité d'hospitalisation à temps partiel vers des actes externes, sous l'influence de règles plus restrictives rappelées dans la circulaire « actes frontières » du 31 août 2006. L'ARH incite à ce développement de l'ambulatoire. Depuis le printemps 2008, trois gestes marqueurs - arthroscopie du genou, extractions dentaires et adénoïdectomie/amygdalectomie – sont désormais soumis à un accord préalable du service de contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie avant toute hospitalisation avec hébergement. Ces gestes qui peuvent être réalisés en ambulatoire devront être justifiés si un hébergement est demandé.

1.2.1.4.4 Le développement de la chirurgie de semaine ou programmée

Le projet d'établissement prévoit le développement de la chirurgie programmée en semaine. Une nouvelle unité de chirurgie de semaine d'une capacité de 16 lits a ouvert le 5 janvier 2009 en lieu et place d'un des trois services de chirurgie d'une capacité de 24 lits qui a été supprimé. Cette unité est pluridisciplinaire et tous les actes chirurgicaux y sont pratiqués sous réserve qu'ils soient programmés, qu'ils aient une durée moyenne de séjour prévisible inférieure ou égale à 5 jours et que le séjour soit situé du lundi au vendredi inclus. Les économies en personnel grâce à cette nouvelle organisation représentent 9 ETP.

1.3. La psychiatrie

Une des particularités du CHPM tient à l'existence d'un important pôle psychiatrique pour la population adulte et pour les enfants. Trois secteurs de psychiatrie représentant un territoire de 2 820 km² sont rattachés au CHPM. Chaque secteur dispose d'une équipe pluri-disciplinaire propre avec des moyens dédiés comme des services d'hospitalisation avec ou sans hébergement, ainsi que différents lieux de consultation comme des centres médico-psychologiques. Le nombre d'entrées en hospitalisation complète est de 4 221 en 2007, pour 282 lits. Il y a par ailleurs chaque année 40 000 venues dans les différents services de jour de psychiatrie.

1.4. Les soins de suite et les soins longue durée

Le CHPM dispose sur les deux sites de Morlaix et de Plougouven de plusieurs services de soins de suite et de rééducation avec un total de 164 lits en hospitalisation complète. Un service de réhabilitation pour insuffisants respiratoires est notamment implanté sur le site de Plougouven depuis 2005. Le nombre d'entrées a été en 2007 de 261 patients. Par ailleurs, le long séjour dispose de 282 lits sur notamment deux résidences médicalisées. Le nombre d'entrées s'est élevé à 72 en 2007. Un centre pour traumatisés crâniens sur le site de Plougouven complète l'offre de soins du CH. Cette structure est gérée par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix en collaboration avec le Centre Perarhidy de Roscoff et l'Association des Familles des Traumatisés Crâniens du Finistère.

2. La situation financière

2.1. Le suivi des subventions d'investissement renouvelables

Les subventions d'investissement sont les subventions reçues par l'établissement en vue d'acquies ou de créer des valeurs immobilisées (subvention d'équipement) ou de financer des activités à long terme, qu'elles revêtent la forme d'une subvention globale ou d'une subvention spécifique, en espèces ou en nature. Les subventions d'investissement sont soit des subventions « non renouvelables », en réalité des dotations inscrites aux comptes 1022, 1023, 1024 ou 1028, soit des subventions « renouvelables », reprises par fraction au compte de résultat et inscrites au compte 131. Seul figure au bilan le montant net de la subvention d'investissement non encore virée au compte de résultat. Le compte 139, qui n'est pas budgétaire, est débité par le crédit du c/777 « Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice » d'une somme égale au montant de la subvention rapporté à la durée de l'amortissement du bien subventionné. Les comptes 131 et 139 sont soldés l'un par l'autre lorsque le crédit du premier est égal au débit du second pour une subvention donnée. Le suivi comptable des subventions d'investissement au centre hospitalier des Pays de Morlaix appelle de la chambre les observations suivantes.

Le solde du compte 131 en 2006 s'élève à 507 167,03 €. Parmi les subventions reçues du département, une d'un montant de 45 192,60 € ne fait pas l'objet d'amortissements depuis 1995. Le centre hospitalier ne semble d'ailleurs pas connaître l'origine de cette subvention. Une autre subvention inscrite au compte 1318 pour un montant de 90 518,14 € ne fait pas l'objet non plus d'amortissements et ni en conséquence l'objet d'opérations de reprises au résultat. La chambre souligne que l'absence d'amortissement de ces subventions comptabilisées au compte 131, outre qu'elle ne permet pas le respect de la réglementation comptable, minimise chaque année le résultat consolidé du centre hospitalier.

Dans sa réponse, l'établissement ne conteste pas les anomalies constatées par la chambre et déclare avoir procédé à une régularisation comptable, qui s'est traduite, d'une part, sur l'exercice comptable 2008, par l'émission d'un titre de recettes permettant d'amortir les subventions d'équipement reçues (45 192,60 € et 90 518,14 €), et d'autre part, par le passage des écritures d'ordre budgétaire pour solder les comptes 13 et 139 concernés sur l'exercice comptable 2009.

2.2. Analyse financière

2.2.1. Présentation des comptes

Le budget du CHPM est composé d'un budget principal et de 6 budgets annexes, un budget « soins de suite-soins longue durée », un budget « maison de retraite », un budget « dotation non affectée », un budget « école de soins infirmiers », un budget « soins à domicile » et un budget « article 321-1 du CASF ». En 2007, sur un total de 136,3 M€ de dépenses de fonctionnement, 88,9% de celles-ci relevaient de l'activité principale, 2,5% de la maison de retraite, 6,3% de l'unité de soins longue durée, 1,1% de l'école de soins infirmiers et le solde des autres budgets. Le budget se présente depuis 2006 sous la forme d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui intègre des prévisions financières en plus des prévisions purement budgétaires.

2.2.2. Les dépenses

Les dépenses consolidées du CHPM ont augmenté de 11,54 % sur la période 2003-2007. Les charges de l'activité principale ont progressé au même rythme, tandis que celles du long séjour diminuaient de 5,6% et celles de la maison de retraite augmentaient légèrement de 5,6%.

Charges	2003	2004	2005	2006	2007	Evol 07/03%
Budget principal	108 590 744	112 204 040	116 349 649	119 246 943	121 147 510	11,56%
DNA	6 495	6 405	3 087	547	531	-91,83%
Long séjour	9 044 117	9 347 555	9 375 350	8 290 116	8 536 497	-5,61%
lutte contre alcoolisme en 2003	104 489					-100,00%
Budget annexe écoles			1 472 507	1 497 057	1 511 941	1346,99%
J Budget annexe maison de retraite	3 227 269	3 295 649	3 330 730	3 304 098	3 409 595	5,65%
soins à domicile	186 748	204 116	220 356	254 030	248 615	33,13%
P Budget annexe art L 321-1 CASF	1 070 976	1 198 637	1 229 541	1 322 395	1 475 916	37,81%
Total charges consolidées	122 230 838	126 256 403	130 683 100	133 915 187	136 330 605	11,54%

En euros

Les dépenses de personnel n'expliquent pas à elles seules l'augmentation des dépenses. Pour le seul budget principal qui représente près de 89% des dépenses, la part relative des dépenses de personnel a même tendance à diminuer puisqu'elle est passée de 77,2% en 2003 à 74,6% en 2008 de l'ensemble des dépenses, traduisant ainsi une maîtrise des dépenses de personnel. Il s'agit toutefois d'une maîtrise globale, puisque la part des dépenses liées au seul personnel médical a plutôt tendance à augmenter. Ainsi, entre 2003 et 2008, les dépenses liées à la rémunération des praticiens hospitaliers ont augmenté de 38% alors que l'ensemble des dépenses de personnel n'a cru que de 11,2%. Sur le total des dépenses de personnel, la part des dépenses de personnel médical représente ainsi en 2008 10,7% contre 8,6% en 2003. Le nombre de médecins rémunérés est ainsi passé de 95,15 ETP en 2003 à 104,35 ETP en 2007. En 2008, en tenant compte des internes, le nombre de praticiens atteint 136,7.

Evolution des dépenses de personnel médical

budget principal (En K€)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Evol 08/03
Dépenses personnel médical	7 200	7 311	8 088	8 771	9 328	9 934	+38%

Source : comptes de gestion, compte financier 2006, 2007 et 2008

L'augmentation générale des charges tient essentiellement à une forte augmentation des charges à caractère médical (+29,2% entre 2003 et 2008) ainsi que des dépenses d'amortissements qui sont une conséquence directe des investissements effectués pendant cette période (+67%). La forte dégradation des comptes constatés entre 2005 et 2006 – bénéfice de 1,424 M€ en 2005, déficit de 347 K€ en 2006 – est ainsi d'abord liée à une augmentation en 2006 de 6% des charges à caractère médical et de 28% des dépenses d'amortissement. L'augmentation des seules dépenses de personnel (+1,8%) était inférieure à celle des recettes (+2,1%) et donc ne pouvait expliquer la dégradation des comptes.

2.2.3. Les recettes

Les recettes consolidées du CHPM progressent de 9,55% entre 2003 et 2007, soit à un rythme légèrement inférieur à celui des dépenses. L'augmentation des recettes sur la période 2003-2007 de 9,6% s'explique par les produits de l'assurance-maladie (groupe I) qui augmentent de 8,4% (de 93,7 à 101,6 M€) et par les autres produits de l'activité hospitalière (groupe II) qui augmentent de 32% (de 5,8 à 7,7 M€).

	2003	2004	2005	2006	2007	Evol 07/03%
Budget activité principale	110 310 305	114 058 321	117 789 156	118 899 683	120 843 906	9,55%
DNA	6 495	6 405	104 194	547	33 927	422,37%
Long séjour	9 149 458	9 393 110	9 381 784	8 239 406	8 435 168	-7,81%
lutte contre alcoolisme en 2003	104 489					-100,00%
écoles			1 472 507	1 508 593	1 609 833	1440,68%
maison de retraite	3 227 269	3 296 904	3 254 046	3 353 064	3 399 462	5,34%
soins à domicile	186 748	218 207	220 356	240 546	262 556	40,59%
art L 321-1 CASF	1 070 976	1 191 102	1 363 997	1 385 533	1 484 202	38,58%
Total recettes consolidées	124 055 740	128 164 048	132 272 713	133 627 372	136 069 055	9,68%

Pour le budget principal, jusqu'en 2004 inclus, l'intégralité des recettes de l'assurance maladie était versée sous forme d'une dotation. A partir de 2005, les produits liés au court séjour ont été versés en partie en fonction de l'activité, cette part ayant augmenté jusqu'en 2008 où 100% de l'activité de MCO a été valorisée par une tarification spécifique (T2A). Toutefois, celle-ci ne représente pas la totalité des recettes du budget principal. Des dotations pour des missions d'intérêt général ou des aides spécifiques (MIGAC) ainsi que des remboursements de médicaments demeurent en marge de la T2A. En outre, les produits liés aux services de soins de suites et rééducation et de psychiatrie de l'établissement morlaisien demeurent sous forme de dotations. Ainsi, dans l'EPRD 2008, les recettes liées à l'activité de MCO financées à 100% par la T2A ont représenté seulement 45% du total des recettes versées par l'assurance maladie. Une majorité des recettes versées par cette dernière l'est donc encore aujourd'hui sous forme de dotations ou de remboursements qui permettent au CHPM d'amortir les conséquences d'une diminution éventuelle de l'activité.

Globalement, les produits versés par l'assurance maladie ont continué d'augmenter en 2007 par rapport à 2006 de 1,86%. Cette hausse ne s'explique pas par les recettes directement liées au court séjour (T2A et dotations complémentaires-DAC) qui n'ont pas augmenté, mais essentiellement par la hausse des MIGAC (+18,3%) ou des remboursements des médicaments (+17,63%). La mise en place de la T2A a en effet été concomitante avec des diminutions régulières de tarifs et l'application d'un coefficient de transition de 0,9833 sur les produits de l'activité. Désormais, le simple maintien des recettes liées au MCO passe par une augmentation de l'activité. Dans l'hypothèse théorique où l'activité 2007 de MCO du CHPM aurait été simplement reconduite en 2008, les produits auraient diminué de 4,98% en raison de la baisse des tarifs et du coefficient de transition. Les produits du groupe II sont en revanche plus dynamiques avec une augmentation notamment de 3,3% entre 2006 et 2007, avec une hausse des forfaits et surtout des tickets modérateurs des séjours hospitaliers.

2.2.4. Evolution générale de la situation financière

2.2.4.1. L'évolution du résultat entre 2004 et 2008

Résultat du budget principal

	2004	2005	2006	2007	2008	Evol 08/04%
Produits nets	114 058 321	117 789 156	118 899 683	120 843 906	124 569 097	+ 9,2 %
Charges nettes	112 204 040	116 349 649	119 246 943	121 147 510	124 860 681	+ 11,3 %
Résultat	1 854 281	1 439 507	- 347 261	- 303 604	- 291 584	- 115,7 %

La situation financière du budget principal du CHPM s'est détériorée entre 2004 et 2008, avec un résultat passé d'un bénéfice de 1,9 M€ à un déficit de 0,3 M€.

Cette évolution s'explique notamment par l'accroissement des coûts médicaux supérieurs à celui de l'activité. Ainsi, entre 2002 et 2007, le nombre d'entrées ne varie que très faiblement (+0,8%), tandis que le nombre de praticiens hospitaliers, hors internes, a augmenté de 13,9%. Si en 2002, un praticien traitait en moyenne 242 patients, le nombre d'entrées rapporté au nombre de praticiens ne s'élevait plus en 2007 qu'à 214. Dans le même temps, le nombre de patients par personnel soignant non médical reste stable autour de 16. L'établissement explique la détérioration du ratio par le recrutement de praticiens dans le cadre d'activités ambulatoires comme l'équipe mobile en soins palliatifs, l'équipe douleur, l'équipe mobile de gériatrie, l'équipe tabacologie-addiction ou en gériatrie, qui n'ont donc pas d'impact en termes d'hospitalisation. L'établissement reconnaît malgré tout que l'aménagement et la réduction du temps de travail a conduit à un renforcement des équipes médicales sans qu'il y ait augmentation parallèle de l'activité.

ETP	2002	2005	2006	2007	Evol 07/02	Evol 07/05
ETP PNM soins	1456	1470,15	1459,03	1467,64	+0,8%	-0,1%
ETP PM (hors internes)	95,7	100,92	104,35	109,08	+13;9%	+8,1%
Nombre d'entrées	23 173	23 490	23 665	23 364	+0,8%	-0,5%
Entrées/ETP PNM	16,05	15,97	16,21	15,91	-0,8%	--0,4%
Entrées/ETP PM	242,14	232,75	226,78	214,19	-11,6%	-7,9%

Par ailleurs, l'évolution de la valorisation de séjours ne suffit pas à compenser l'augmentation des coûts médicaux. Pour le court séjour uniquement, sur la période 2005-2007, la valorisation moyenne des séjours a augmenté de 5% entre 2005 et 2007, avec des écarts situés entre +6,3% pour les séjours en chirurgie, +4,8% pour les séjours en médecine et +1,3% pour les séjours en obstétrique. Globalement, les produits valorisés des séjours augmentent ainsi de 3,2% sur la période en tenant compte de la diminution des séjours de 1,7% mais les coûts de personnel augmentent de près de 12%. L'évolution des coûts est donc supérieure à celle des recettes liées à l'activité.

2.2.4.2. Financement des investissements

L'établissement a conduit d'importants programmes de travaux entre 2004 et 2008, tant en MCO qu'en SSR et psychiatrie. Un bâtiment d'alcoologie-addictologie de 2,6 M€, un pôle mère-enfant de 4,4 M€ et un bâtiment pour accueillir le service de réhabilitation respiratoire sur le site de Plougouven ont ainsi notamment été construits sur la période.

Plan de financement des investissements

Recettes	2004	2005	2006	2007	2008	total
Emprunts	6 510 389	2 806 551	3 225 000	6 000 000	9 590 000	28 131 940
CAF	6 390 610	4 958 660	4 075 679	4 057 573	4 755 421	24 237 943
Subventions et autres	507 167	12 345	85 130	154 831	186 692	946 165
Total ressources	13 408 166	7 777 556	7 385 809	10 212 404	14 532 113	53 316 048
Dépenses						-
Rbt Emprunts	2 109 626	2 088 915	2 564 856	2 519 477	6 090 656	15 373 530
Immobilisations	11 184 146	6 412 689	6 177 113	6 252 289	7 007 768	37 034 005
Autres dépenses d'invest		105 659	1 000			106 659
Total emplois	13 293 772	8 607 263	8 742 969	8 771 766	13 098 424	52 514 194
Apport au FDR	114 394	- 829 707	- 1 357 160	1 440 638	1 433 689	801 854
Total équilibré tableau	13 408 166	7 777 556	7 385 809	10 212 404	14 532 113	53 316 048

La capacité d'autofinancement (24,2 M€) cumulée sur la période 2004-2008 excède largement les remboursements d'emprunt (15,3 M€). Des emprunts ont été souscrits à hauteur de 28,1 M€ sur la période et ont été utilisés pour financer en partie les dépenses d'équipement (37 M€). L'endettement a donc couvert environ 76% des dépenses d'équipement sur la période. Toutefois, l'autofinancement tend à diminuer sur la période avec une CAF passée de 6,4 M€ en 2004 à 4,8 M€ en 2008, même s'il a tendance à remonter légèrement cette dernière année. Le taux de CAF (CAF rapportée aux produits réels d'exploitation) n'est plus que de 3,52 % en 2008 alors que le taux médian constaté sur les hôpitaux de même catégorie est de 4,99 %. Comme, par ailleurs, l'endettement augmente sensiblement, de 20,2 M€ à 27,9 M€ sur la période, la durée théorique de remboursement de l'endettement double pour passer de 3 à 6 ans. Malgré cette dégradation, la chambre relève que le financement des investissements a été globalement assuré dans de bonnes conditions sur la période 2004-2008.

Le projet d'établissement 2008-2012 prévoit des dépenses d'investissement particulièrement importantes avec un montant total de 52,84 M€ pour la période dont 15,2 M€ pour la seule année 2008. Pour les 35 M€ de nouveaux programmes, 13 sont dédiés à la psychiatrie, 7 au court séjour, 13 pour les personnes âgées. Ce programme particulièrement ambitieux doit être financé par un recours massif à l'emprunt à hauteur de 37,76 M€, soit 71,46% du besoin de financement total. Le montant de la dette devrait ainsi passer de 24,4 M€ en 2007 à 50,2 M€ fin 2012 compte tenu d'un montant des remboursements relativement constant autour de 2,5 M€ par an. Le programme repose également sur l'hypothèse que la CAF va continuer à progresser, avec un montant des amortissements calculé en mode linéaire qui va suivre le montant des investissements, et un compte d'exploitation en équilibre chaque année sauf en 2008 où un déficit était prévu. La hausse de l'endettement prévue reste néanmoins largement supérieure à l'augmentation envisagée de la CAF ce qui induit une augmentation de la durée théorique de remboursement par la CAF qui va passer de 6 à 10 ans, ce qui devient préoccupant.

2.2.4.3. L'année 2008

L'EPRD 2008 a été élaboré avec un déficit de 385 K€ dont 277 K€ pour le court séjour. Les hypothèses de l'EPRD reposaient sur des prévisions d'une évolution de l'activité limitée à une progression de 1,68% du nombre de journées en court séjour grâce notamment à l'augmentation prévue de la médecine gériatrique. Toutefois, la diminution des tarifs et la requalification d'un certain nombre d'actes d'ambulatoire en consultations externes qui pèsent sur les produits ont également été pris en compte et une diminution globale des recettes (120,172 M€ en 2008 contre 120,843 M€ en 2007) a été envisagée. L'établissement a établi en conséquence un plan d'économies de 467 K€, dont 217 K€ concernant le pôle des prestataires administratifs, techniques et logistiques (transformation de deux postes de directeurs en attachés d'administration, transfert du suivi des patients sous tutelle ou curatelle à des administrations, fermeture du self de l'internat, réduction du nombre de postes à la blanchisserie,...) et 218 K€ concernant le pôle psychiatrie.

Finalement et contrairement à certaines projections établies à l'automne 2008, qui prévoient un déficit proche de 700 K€, le déficit de la gestion 2008 ne s'est finalement élevé qu'à 291 K€, soit un montant proche du résultat prévisionnel (-277 K€) et inférieur au résultat 2007 (-303 K€). Par rapport aux prévisions, les dépenses et les recettes ont cru de façon symétrique d'environ 3,6%. Les charges de personnel ont été pratiquement conformes à ce qui était inscrit au budget primitif (+1,4%), même si les dépenses de rémunération du personnel médical ont continué à augmenter de manière plus importante et ont dépassé les prévisions de 4,2%. Les charges à caractère médical et les charges d'amortissement ont dépassé de 13% les prévisions. Les produits versés par l'assurance maladie ont été légèrement supérieurs (+1,2%) aux prévisions initiales en raison essentiellement des dotations de financement et des MIGAC. En revanche, les produits de la tarification des séjours ont été inférieurs aux prévisions de 2,2%. Ce sont surtout les variations de stock et les subventions d'exploitation qui expliquent l'augmentation des produits.

Compte tenu des dotations aux amortissements supérieures aux prévisions, et sous réserve des résultats des budgets annexes non encore connus, la capacité d'autofinancement dégagée en 2008 ne devrait donc pas compromettre le financement des investissements prévus.

3. La nouvelle gouvernance

3.1. Les organes de tête

La nouvelle gouvernance a redéfini les attributions de certains organes de tête et en a créé d'autres dont le conseil exécutif. Par ailleurs les centres hospitaliers ont été invités à réorganiser leurs services en les regroupant au sein de pôles d'activité.

3.1.1. Le conseil d'administration

Contrairement à la grande majorité des établissements publics de santé, la présidence du conseil d'administration du CHPM n'est pas assurée par un élu local mais par un représentant des personnalités qualifiées. Monsieur Jean-Jacques CLEACH, ancien médecin du CH de Morlaix, et également ancien maire de la ville de Morlaix est président du CA depuis 1995.

La composition et le fonctionnement du conseil d'administration (CA) du CHPM sont conformes aux dispositions du Code de la santé publique. La chambre observe toutefois que contrairement aux dispositions de l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement n'a pas fait l'objet d'une délibération du CA du CHPM.

3.1.2. Le conseil exécutif

3.1.2.1. Composition du conseil exécutif

Le conseil exécutif est l'une des nouveautés instaurée par la circulaire n°2005-406 du 2 mai 2005 et qui vise à améliorer la gouvernance au sein de l'hôpital. Il s'agit d'une instance qui a pour objet de mieux associer les praticiens à la gestion de l'hôpital. Il doit préparer toutes les délibérations du conseil d'administration, notamment celles portant sur la gestion et l'organisation de l'hôpital, sur le projet d'établissement et le contrat pluri-annuel. Sa composition est paritaire entre personnels de l'administration et praticiens hospitaliers. Nonobstant le caractère quasi inévitable des tâtonnements dans l'instauration de toute nouvelle instance, la chambre relève néanmoins les nombreuses évolutions constatées depuis 2006 dans la mise en œuvre du conseil exécutif du CHPM.

La composition du CE a été fixée initialement à l'automne 2005 par le directeur à 8 membres, dont 4 médecins et 4 représentants de la direction. Ces derniers ont été nommés par le directeur conformément à la réglementation. Les représentants des praticiens hospitaliers doivent être normalement désignés par la commission médicale d'établissement (CME). Or, la communauté médicale a préféré à l'époque ne pas délibérer sur le sujet afin de ne pas créer de tensions parmi les candidats. Elle a ainsi décidé de s'en remettre aux choix de la présidente de la CME. Celle-ci, lors de sa réunion du 24 janvier 2006 a ensuite pris acte des choix de sa présidente sans qu'il soit fait mention de délibération particulière.

Par ailleurs, conformément à l'article L. 6143-6-1 du CSP, la moitié au minimum des membres du CE doit exercer des fonctions de responsable de pôle. Le CE constitué début 2006 pour épauler la direction dans l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement qui devaient être finalisés avant la mi-2007, ne pouvait donc être que provisoire dans l'attente de la constitution des pôles d'activité. Ces derniers ont été validés par le CA le 22 décembre 2006. Or, 5 pôles d'activité clinique et médico-techniques ont été créés alors que le CE n'était composé que de 4 représentants du corps médical dont le président de CME. Lors de sa séance du 24 avril 2007, la CME a donc exprimé le souhait de voir la composition du CE modifiée, de façon à ce que tous les responsables de pôle puissent être traités de la même manière. La direction a rejeté dans un premier temps cette solution estimant qu'un CE resserré était plus efficace. Après une phase transitoire, où les représentants de pôle non désignés au sein du CE, pouvaient assister aux réunions sans voix délibérative, la composition a finalement été portée à 12 membres début 2008, avec le changement de directeur, afin que tous les représentants des pôles puissent participer pleinement aux délibérations du CE.

3.1.2.2. Fonctionnement du conseil exécutif

Le conseil exécutif depuis sa constitution début 2006 s'est réuni à de nombreuses reprises : 13 fois en 2006, 16 fois en 2007 et 9 fois déjà entre janvier et septembre 2008. Les sujets abordés au cours de chacune des réunions correspondent aux compétences attribuées au CE, notamment le projet médical ou les nominations de praticiens.

Sur le fond, la chambre observe que le poids de la direction au sein de cette instance reste prééminent malgré la parité. En premier lieu, il apparaît que les praticiens membres du CE ne sont pas toujours systématiquement présents alors que les membres de la direction ne manquent pas une seule réunion. Deux praticiens seulement sur 4 étaient par exemple présents les 2 et 19 octobre 2006. Trois étaient présents lors des CE tenus les 5 et 17 octobre 2006. Par ailleurs, le CE travaille essentiellement sur des projets présentés par la direction qui garde l'initiative des débats.

3.1.3. La commission médicale d'établissement (CME)

3.1.3.1. *Le fonctionnement de la commission médicale d'établissement (CME)*

La chambre observe que la CME a fonctionné conformément à la réglementation sur la période contrôlée, malgré notamment une absence de volontaire pour en assurer la présidence entre les mois d'avril et de septembre 2007. Les sujets abordés correspondent globalement aux attributions définies à l'article R. 6144-1 du CSP. A travers deux exemples développés ci-dessous, la chambre relève néanmoins que la direction, afin de prendre en compte les avis des personnels médicaux, n'utilise pas toujours le canal de la CME censée pourtant représenter la communauté médicale.

3.1.3.2. *La participation de la CME dans la rédaction du projet médical*

L'article R. 6144-1 du CSP détaille les attributions de la CME. Il prévoit notamment que la CME prépare avec le directeur et le conseil exécutif le projet médical d'établissement. Or, si le CE, lors de sa première réunion le 9 février 2006, a effectivement organisé et planifié les travaux préparatoires à la rédaction du projet médical prévu pour la fin de l'année 2006, en revanche, la CME n'a pas réellement été associée à ces travaux, mis à part son président qui était de droit membre du CE. Plusieurs médecins ont travaillé sur le projet, mais d'une part ils ont été choisis par le CE, et d'autre part, ils ont travaillé sur des thèmes particuliers définis par le CE, sans que ceux-ci soient validés ou discutés en CME. 11 groupes de travail ont ainsi été constitués. Lors du CE du 10 mars 2006, l'exposé de la méthodologie retenue indique bien que le pilotage des travaux est effectué par le CE. Ainsi, il était prévu que « *toute réunion de travail programmée doit faire l'objet d'une information aux membres du Conseil Exécutif* », « *en outre tout membre du Conseil Exécutif peut aussi participer à une réunion en qualité d'observateur, en sachant qu'il n'engage pas le Conseil Exécutif par ses prises de position éventuelles (sauf mandat explicite)* », et enfin « *A tout moment un chef de projet peut saisir le Conseil Exécutif d'une question délicate qui lui paraît nécessiter une confirmation ou précision d'une orientation générale ou un arbitrage* ». En revanche, la CME n'est à aucun moment citée dans la procédure.

3.1.3.3. *La participation de la CME dans la mise en place des pôles d'activités*

La mise en place des pôles d'activités a donné lieu à des débats parfois houleux au sein de la CME. Lors de la séance du 21 novembre 2006, des désaccords se sont manifestés sur le découpage en 6 pôles proposé par le CE, notamment sur la création d'un pôle réunissant à la fois la médecine et les urgences et d'un autre pôle réunissant la pharmacie-stérilisation avec le bloc. Concernant les urgences et la médecine, les difficultés semblaient surtout relationnelles, les différents chefs de service assurant ne pouvoir travailler ensemble. Lors de la CME du 19 décembre, les principaux médecins des urgences et des services de médecine ont indiqué qu'il n'était pas possible « *de faire fonctionner un pôle où les gens ne s'entendent pas d'emblée* ». Le vote qui a suivi sur le projet de découpage avec 6 pôles a d'ailleurs été négatif avec 14 voix contre et 9 pour avec 3 abstentions. La CME a ensuite voté une délibération qui proposait la création d'un 7^{ème} pôle réanimation-urgences-pharmacie. Ces votes purement consultatifs n'ont pas eu d'impact sur le choix final puisque c'est le projet initial approuvé par le comité exécutif qui a été adopté. La proposition de création d'un 7^{ème} pôle, votée par la CME, ne sera d'ailleurs même pas présentée au vote du CA puisque selon le directeur celle-ci n'a pas été validée par le CE.

3.1.4. Le comité technique d'établissement

L'article L. 6144-3 du CSP prévoit que dans chaque établissement, il est créé un comité technique d'établissement doté de compétences consultatives, notamment sur les délibérations relevant de la compétence du CA (art L. 6143-1). La composition du CTE du CH des Pays de Morlaix, qui est dans la catégorie des CH de plus de 2000 agents est conforme aux textes avec trois membres représentant les agents de catégorie A, sept de la catégorie B, 10 de la catégorie C, avec autant de suppléants pour toutes les catégories. Son fonctionnement est conforme à la réglementation.

Concernant la mise en place de la nouvelle gouvernance, il apparaît ainsi que la consultation du CTE a respecté sur le plan formel les dispositions du CSP. Le projet de nouvelle organisation en pôles d'activité a bien fait l'objet d'une délibération au sein du CTE le 18 décembre 2006, soit quelques jours avant la délibération du CA. En revanche, la direction n'a pas cherché à faire participer le CTE dans la réflexion sur les enjeux de la nouvelle gouvernance. Si par exemple, une information a été donnée sur les nouveaux textes liés à la nouvelle gouvernance à la CME du 11 octobre 2005, aucune information en revanche n'a été donnée lors du CTE qui s'est tenu le lendemain, soit le 12 octobre. De même, le CTE n'a pas été tenu informé comme il l'aurait souhaité des travaux sur le découpage des pôles. La première allusion aux pôles apparaîtra dans le PV du 25 octobre 2006, soit un an après que la CME ait été officiellement informée du démarrage des travaux sur la nouvelle gouvernance. En réponse à une question sur le sujet, le directeur a concédé qu'effectivement, les pôles seraient mis en place au 1^{er} janvier 2007, soit juste deux mois après, comme prévu par les textes. La nouvelle gouvernance est officiellement à l'ordre du jour pour la réunion du CTE du 18 décembre 2006, soit seulement moins de deux semaines avant l'instauration officielle des pôles.

3.1.5. La direction

Dans la mise en place de la nouvelle gouvernance, la chambre observe que le rôle de la direction est resté prédominant. Elle n'a pas été retenue par des avis consultatifs éventuellement contraires et elle a su imposer son point de vue finalement au sein du conseil exécutif et au sein du conseil d'administration. L'organigramme des directions fonctionnelles a évolué depuis l'arrivée du nouveau directeur : deux directeurs adjoints sont partis fin mai 2008 et n'ont pas été remplacés. L'administration a montré ainsi l'exemple dans le cadre d'un programme d'économies pour le CHPM en mai 2008.

3.2. Les pôles d'activité

3.2.1. La constitution des pôles

3.2.1.1. Les pôles d'activité retenus par le CA

Le CA du CHPM a validé le 22 décembre 2006 la répartition proposée par le CE en six pôles d'activités. Ceux-ci (cf. annexe) sont les suivants :

Pôles	Structures internes (dont services)	Effectif personnel médical	Effectif personnel non médical
1 - SERVICES ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES ET LOGISTIQUES	8 (1)	1	408
2 - SERVICE CLINIQUES ET MEDICO- TECHNIQUES	5 (4)	26	189
3 - MEDECINE ET URGENCES- REANIMATION	5 (5)	43	352
4 - CHIRURGIE ET MERE-ENFANT	7 (5)	20	235
5 - PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE	6 (5)	24	620
6 - SSR ET PERSONNES AGEES	6 (3)	12	346

Le CHPM a choisi un nombre restreint de pôles pour conserver à ceux-ci une taille minimale. L'effectif moyen d'un pôle à Morlaix est de 358 avec un minimum de 189 et un maximum de 620. L'objectif affiché a été de rechercher l'efficacité en minimisant la lourdeur des charges administratives induites par la gestion du pôle. La logique de localisation n'a pas prévalu. C'est ainsi que le pôle SSR/gériatrie est dispersé en de multiples bâtiments situés tant à Plougouven (SSR, réhabilitation respiratoire, long séjour) qu'à Morlaix (SSR, long séjour, kinésithérapie, médecine gériatrique). De même le pôle psychiatrie et addictologie est réparti sur Plougouven, Morlaix et il comprend également des centres médico-psychologiques (CMP) et des hôpitaux de jour répartis entre Morlaix, Lesneven et Carhaix. La logique d'affinités n'a pas prévalu non plus alors que selon un sondage effectué auprès des présidents de CME de CH en janvier 2007, celle-ci a été présente dans la réflexion de découpage en pôles dans 45% des hôpitaux. Le pôle « médecines-urgences » a réuni, au moins jusqu'en juin 2008, des chefs de service ne souhaitant pas, selon leurs dires, travailler ensemble. La logique de regroupement a donc été essentiellement médicale pour les 4 pôles d'activité cliniques et médico-technique, avec l'objectif de réunir des services travaillant le plus souvent ensemble.

3.2.1.2.*La désignation des responsables de pôles, des trinômes et des conseils de pôle*

L'article R. 6146-1 du CSP prévoit que les nominations de responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique par décision conjointe du directeur et du président de la CME interviennent seulement après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, de la CME et du CE.

Les avis du CE et de la CME ont bien été rendus respectivement les 26 février et 6 mars 2007. En revanche, les conseils de pôle n'existaient pas encore à l'époque de la désignation des responsables et ils n'ont donc pu émettre d'avis sur la désignation de leurs responsables. Le CE en date du 11 janvier 2007 a proposé une autre méthode pour désigner les responsables de pôle, consistant à ce que « *des "collèges médicaux" de pôles soient réunis fin janvier à l'initiative du directeur mais sans sa participation pour débattre de la nomination de chaque responsable de pôle. Idéalement, cette proposition devrait se faire par consensus interne au corps médical ce qui simplifierait la procédure.* ». La chambre constate également que les conseils de pôle qui ont été constitués depuis n'ont pas émis d'avis, même a posteriori, sur la nomination de leurs responsables.

La direction a par ailleurs désigné pour chaque pôle, un cadre administratif et un cadre de santé chargés d'assister le responsable de pôle, les trois personnalités formant un trinôme.

3.2.1.3.*Les organes du pôle*

Le CA du 22 décembre 2006 a validé les principes de fonctionnement du pôle. Outre le trinôme qui forme l'exécutif de chaque pôle, il existe un bureau du pôle composé du trinôme et d'un représentant médical ou paramédical de chaque structure interne du pôle. Son rôle est essentiellement de préparer les conseils de pôle. Il est en outre consulté par le responsable notamment sur les questions d'organisation des soins internes, sur les orientations des activités de soins ou sur l'adaptation des activités du pôle aux contraintes de la tarification. Il existe enfin un conseil de pôle constitué de 35 membres dont parmi les membres de droit, le trinôme, les médecins responsables de structures internes au sein du pôle, les cadres supérieurs de santé qui assurent l'encadrement de plusieurs cadres de santé, ainsi que des cadres de santé représentant chaque structure interne, ainsi que des membres élus dont la moitié constitué de médecins. Le conseil de pôle se réunit au moins deux fois par an et émet un avis obligatoirement sur les questions de sa compétence qui lui sont soumises par le CE, le directeur ou le président de la CME.

3.2.2. Le fonctionnement des pôles en 2008 selon ses responsables

3.2.2.1. Les points positifs

3.2.2.1.1 Un découpage cohérent

Les responsables de pôle reconnaissent que les médecins ont été associés aux réflexions sur les projets de découpage. Certains initialement contre la réforme, sont finalement relativement satisfaits du découpage actuel. Ce dernier est perçu pour l'un des responsables comme « *intelligent et cohérent* ». Il permet l'existence de pôles suffisamment importants, réunissant des services qui travaillent en général avec les mêmes patients (urgences-médecine, SSR) ou sur des pathologies similaires (psychiatrie, chirurgie) mais qui jusqu'alors ne collaboraient pas autrement que de manière informelle. Ce découpage répond à des logiques médicales, et même si des modifications sont toujours envisageables, cela resterait toujours à la marge selon les responsables interrogés. Les pôles sont aujourd'hui clairement repérés dans la communauté hospitalière.

3.2.2.1.2 Un fonctionnement satisfaisant des différents organes du pôle

Chaque pôle du CHPM fonctionne conformément à la réglementation avec notamment un trinôme de direction composé d'un responsable qui est praticien hospitalier, un représentant de la direction et un cadre de santé. Selon les responsables rencontrés, les trinômes fonctionnent de manière satisfaisante au sein de leur pôle. Chaque trinôme se réunit en moyenne deux fois par mois, parfois plus.

Les conseils de pôle fonctionnent également au CHPM conformément à la réglementation. Fin 2008, deux conseils de pôle s'étaient tenus au moins dans chaque pôle. Ils permettent de relayer dans la plupart des cas une information sur tout ce qui intéresse le fonctionnement de l'établissement mais ils peuvent également être le lieu d'une réflexion plus précise sur l'organisation du travail à l'échelle du pôle, notamment dans le cadre de la rédaction du projet de pôle. Ainsi, le conseil de pôle médecine-urgences du 3 avril 2008 a été le lieu de débats sur le projet de pôle et un vote a été organisé sur différents scénarii d'organisation de l'hospitalisation programmable ou sur la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée.

3.2.2.1.3 Une responsabilisation des acteurs

Selon les responsables de pôles rencontrés, le pôle permet aux différents chefs de service d'avoir une vision plus globale de l'établissement et d'être mieux responsabilisés. Les demandes de nouveaux matériels sont ainsi désormais arbitrées par le responsable de pôle après des discussions entre praticiens sur les priorités à effectuer au sein de chaque pôle. De même, les pôles permettent à différents services de travailler ensemble alors qu'ils s'ignoraient jusqu'à présent. C'est le cas des trois services de psychiatrie qui étaient compétents chacun sur un territoire donné mais qui n'avaient pas de liens entre eux. Le nouveau pôle « psychiatrie » qui réunit tous les personnels de la spécialité doit permettre à ces derniers de mieux comprendre les enjeux d'une mutualisation des moyens et notamment, par exemple, des lieux d'accueil.

3.2.2.1.4 Une harmonisation des pratiques

L'échelle du pôle représente une taille jugée intéressante pour réfléchir à des pratiques médicales ou médico-techniques nouvelles plus économes en moyens. Ainsi par exemple, la réflexion a porté dans différents pôles sur les déplacements de personnels et les transports de médicaments ou de prélèvements entre services techniques et services cliniques qui sont très coûteux en temps. De même, une réflexion sur les manières d'effectuer les pansements a pu avoir lieu dans un autre pôle.

3.2.2.2. Les limites

3.2.2.2.1 Une organisation encore très récente

La mise en place des pôles est encore très récente et les conséquences de la nouvelle organisation ne sont pas encore toutes perceptibles. Pour certains praticiens, les pôles n'ont pas véritablement modifié le fonctionnement de l'hôpital. Les projets d'amélioration des services qui existent sont ainsi souvent dans la continuité de projets initiés dans le cadre du projet d'établissement, et non des pôles. De fait, le bilan de la nouvelle gouvernance devra être effectué dans quelques années.

3.2.2.2.2 Des débuts parfois chaotiques

L'année 2007 a été une année difficile avec une certaine vacance de la direction. Le directeur parti dès le mois d'avril au début de la mise en place des pôles n'a été officiellement remplacé que six mois plus tard. Un directeur adjoint avait certes une délégation de signature mais pas la plénitude des attributions d'un directeur et donc l'autorité nécessaire pour accompagner de manière efficace la mise en place des pôles. Certains responsables de pôle ont ainsi déclaré avoir souffert de cette situation avec des interrogations laissées parfois sans réponse faute d'interlocuteur.

Par ailleurs, la mise en place de ces nouvelles structures (trinôme, bureau, conseil de pôle) a suscité beaucoup de craintes auprès des personnels non médicaux. Ces derniers avaient des craintes sur les risques de mobilité au sein des pôles, sans que leur avis soit sollicité. Il a fallu lors des premiers conseils de pôles effectuer un important travail d'explication sur ce que pouvait permettre la gestion en pôle et ce qu'elle ne permettrait pas. Les premières actions des pôles ont donc été de tenter de rassurer les personnels.

3.2.2.2.3 Une charge administrative supplémentaire

Le pôle est une structure supplémentaire qui ne remplace pas les services qui subsistent. Pour les responsables de pôle, il sera en effet toujours nécessaire d'avoir des responsables pour chaque activité particulière, que celle-ci soit dénommée service ou non. L'individualisation des responsabilités demeure nécessaire et le pôle est trop vaste pour que le responsable puisse assumer la charge de toutes les activités qui composent un pôle.

Les responsables ont tous le sentiment de passer beaucoup de temps en réunions et de moins en moins exercer leur art. Ils sont en effet au moins pour 4 d'entre eux également chefs de service, ils siègent en CME et désormais au conseil exécutif. En tant que responsables de pôle, ils ont des réunions de trinôme, de bureau et de conseil de pôle. Le nombre de réunions auxquelles ils sont soumis est donc important, sans que les sujets varient toujours d'une réunion à l'autre. Le projet d'établissement a été évoqué par exemple tant en réunions de pôles, qu'en CME ou en CE. La gestion d'un pôle prend donc beaucoup de temps, estimé par certains à une journée par semaine, au détriment du temps médical.

3.2.2.2.4 Des interrogations subsistantes sur le rôle véritable des responsables de pôle

Les responsables de pôle s'interrogent toujours sur leur place au sein de la nouvelle gouvernance. Ils sont certes conscients des difficultés financières auxquelles sont confrontés les centres hospitaliers publics et de la responsabilité qui est la leur d'essayer d'imaginer de nouvelles pratiques plus économes en moyens notamment humains. Mais ils ne souhaitent pas endosser la responsabilité de décisions éventuelles de gestion qui pour eux relèvent de la direction. Les responsables des pôles d'activité clinique et médico-technique estiment que la priorité doit demeurer à la médecine et que tout ne peut être justifié au nom de la rentabilité et de l'économie.

De même, la question de la hiérarchie entre responsables de pôles et chefs de service peut se poser. La réforme de la gouvernance a conduit la direction à privilégier les premiers dans ses relations avec le corps médical et les chefs de service peuvent avoir l'impression d'être déclassés. Les demandes de matériels de tel ou tel service passent par exemple désormais par les responsables de pôle et non plus directement à la direction. Il s'en suit une hiérarchisation de fait entre les praticiens, que ne souhaitaient pas a priori les responsables de pôle. L'un des responsables de pôle qui n'est pas chef de service pourrait être ainsi dans une situation délicate vis-à-vis de son chef de service.

3.2.2.2.5 L'absence de délégations de gestion

Conformément à l'article L. 6146-6 du Code de la santé publique, le responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement et les moyens définis dans le contrat passé avec le directeur afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Or, ces contrats n'existent pas pour l'heure au CHPM. Les responsables de pôle n'ont donc aucune délégation de gestion de la part du directeur et faute de moyens, ils ne peuvent être qu'une force de proposition, sans réels pouvoirs de décisions. Dans le domaine de la formation et des ressources humaines, les responsables de pôle du CHPM n'ont par exemple aucune véritable prérogative. L'absence d'outils de pilotage comme des tableaux de bord sur leur activité est également mal ressentie.

Pour la direction, une des raisons des retards dans la mise en place des délégations provient des questionnements sur la responsabilité qu'endossera l'ordonnateur lorsque les délégations de gestion prévues dans les contrats de pôle seront mises en place. En effet, il ne peut y avoir de délégation de gestion sans délégation de responsabilité. Or, les responsables de pôle, s'ils souhaitent avoir plus de pouvoirs, ne sembleraient pas tous prêts à endosser de nouvelles responsabilités.

3.2.2.2.6 Les limites prévisibles des contrats de pôle

Les compétences déléguées resteront soumises à la réglementation et les attentes exprimées par les responsables de pôle en matière notamment de gestion des personnels ou d'achat public risquent d'être limitées en conséquence. Un responsable de pôle, dans un contrat d'objectifs, ne sera pas totalement libre de sa gestion du personnel. Il ne pourra ni recruter, ni se séparer d'un personnel en faisant fi du statut des personnels hospitaliers qui nécessite des compétences particulières que seule la direction maîtrisera. De même, un responsable de pôle dans un établissement public ne pourra acheter un matériel technique dans les mêmes conditions que son homologue du privé et restera contraint par les règles propres à l'achat public.

4. Le personnel médical

4.1. Evolution générale des effectifs du CHPM

ETP	2002	2005	2006	2007	Evol 07/02	Evol 07/05
ETP PNM soins	1456	1470,15	1459,03	1467,64	+0,8%	-0,1%
ETP hors soins	503,35	534,6	531,23	500,31	-0,6%	-5,8%
ETP PM (hors internes)	95,7	100,92	104,35	109,08	+13,9%	+8,1%

Si les effectifs des services de soins non médicaux et des services techniques et administratifs sont remarquablement stables, voire en diminution sur la période 2002-2007, cela n'est pas le cas pour les effectifs des praticiens hospitaliers qui augmentent de 13,9 % entre 2002 et 2007 et de 8,1% sur les seules deux dernières années (entre 2005 et 2007). Cette évolution a pu s'expliquer notamment par les nouvelles règles européennes sur le temps de travail du personnel médical ou par le renforcement de certaines équipes comme aux urgences.

4.2. L'activité libérale

4.2.1. L'organisation de l'activité libérale

Conformément à l'article L. 6154-4 du code de la santé publique, les sept praticiens hospitaliers du CHPM qui ont choisi d'avoir une activité libérale ont signé un contrat avec l'établissement. Les contrats sont conformes au contrat type joint à l'article R. 6154-4 (annexe 61-2) et rappellent les obligations des praticiens concernés, notamment celles fixées par l'article L. 6154-2 qui précise que l'activité libérale « s'exerce à la triple condition :

1° que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le service public hospitalier ;

2° que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ».

Les contrats des sept praticiens examinés par la chambre sont accompagnés de tableaux de service avec la répartition sur la semaine des différentes activités publiques et privées. La règle selon laquelle la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens est respectée avec un maximum de deux demi-journées dans la semaine consacrée à l'activité libérale. Les contrats précisent que les honoraires sont perçus par l'administration du centre hospitalier qui prélève avant reversement au praticien la quote-part relative à la mise à disposition du praticien d'équipements publics. Ces contrats ont par ailleurs été approuvés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ce qui vaut autorisation de l'exercice de l'activité libérale. Cette autorisation peut être suspendue ou retirée lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent. Les tarifs des consultations publiques et privées sont affichés dans les salles d'attente avec la précision que les honoraires relèvent du secteur 1 sans dépassements d'honoraires.

4.2.2. Le contrôle de l'activité libérale

La chambre a procédé à un examen approfondi de toutes les consultations et actes effectués en 2006 et 2007 par les trois praticiens ayant l'activité libérale la plus importante, un pneumologue, un gastro-entérologue et un cardiologue.

Il s'agissait de vérifier d'une part que les praticiens ayant une activité libérale exercent à titre principal des activités de même nature dans le secteur hospitalier public et d'autre part que le nombre de consultations et d'actes effectués par les praticiens dans le cadre de leur activité publique était supérieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale. Pour permettre ces comparatifs, il convenait en premier lieu de définir le périmètre de l'activité publique et privée

4.2.2.1. Le périmètre de l'activité privée et publique

L'activité libérale est exercée uniquement dans le cadre des consultations externes et est donc simple à déterminer. En revanche, le périmètre de l'activité publique a longtemps fait débat.

Les rapports annuels d'activité libérale établis par l'établissement en 2006 et 2007 ne mentionnaient ainsi que des comparatifs relatifs à l'activité seulement externe, excluant l'activité au profit des patients hospitalisés. Le rapport 2007 comporte un tableau comparatif de l'activité publique et privée par praticien qui ne comporte que l'activité externe, et qui fait apparaître pour les trois praticiens un déséquilibre en faveur du secteur privé. A partir des données transmises par l'établissement, le comparatif des activités externes privée et publique est le suivant :

Comparatif actes privés/publics 2006 externes

	Activité libérale		Activité publique	
	externe	part privé	externe	part public
Dr X pneumologue	930	65,4%	491	34,6%
Dr Y Gastro-entérologue	752,5	78,7%	204	21,3%
Dr Z Cardiologue	1033	52,2%	946	47,8%

Comparatif actes privés/publics 2007 externes

	Activité libérale		Activité publique	
	externe	part privé	externe	part public
Dr X pneumologue	1015	59,5%	690	40,5%
Dr Y Gastro-entérologue	776	75,0%	258	25,0%
Dr Z Cardiologue	838	53,6%	725	46,4%

La chambre a pu ainsi constater que certains actes externes étaient très majoritairement effectués dans le cadre de l'activité libérale. C'est le cas par exemple des pléthysmographies externes dont 90% en 2006 et 84% en 2007 sont effectuées dans le cadre libéral.

Ce périmètre restreint à l'activité externe et excluant l'activité au profit des patients hospitalisés pouvait se justifier dans la mesure où les praticiens concernés n'ont une activité libérale que pour l'activité externe. L'enjeu est bien de s'assurer que les patients extérieurs ont un réel choix entre activité publique et activité libérale. Par ailleurs, si le choix entre activité publique et privée est neutre sur un plan financier pour les patients, les praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, il ne l'est pas pour l'établissement public qui dans un contexte de T2A à 100% perd des recettes lorsque le patient choisit l'activité libérale.

Toutefois la présentation des rapports de l'activité libérale en 2006 et 2007 n'est pas conforme à ce que prévoit la réglementation, et le déséquilibre constaté sur les simples activités externes n'est pas suffisant pour en déduire une irrégularité. Dans une lettre circulaire en date du 22 juin 2006, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a précisé en effet que pour apprécier les parts respectives entre activité publique et activité libérale, il convenait de comparer l'activité publique et l'activité privée pour les patients externes mais aussi pour les patients hospitalisés. L'établissement devra donc en conséquence modifier les tableaux comparatifs figurant dans les rapports de l'activité libérale et y intégrer les patients hospitalisés dans l'activité publique.

4.2.2.2. Le contrôle du nombre des actes

Pour les trois praticiens ayant l'activité libérale la plus importante, si l'on rajoute à leur activité externe les actes au profit de patients hospitalisés, il apparaît que le nombre d'actes en public est égal ou supérieur au nombre d'actes en privé, tant en 2006 qu'en 2007. Les conditions précisées dans la lettre circulaire en date du 22 Juin 2006 sont donc respectées.

Comparatif actes privés/publics 2006

	Activité libérale		Activité publique			
	externe	part privé	externe	hospitalisés	total	part public
Dr X pneumologue	930	50,6%	491	416	907	49,4%
Dr Y Gastro-entérologue	752,5	38,5%	204	999	1203	61,5%
Dr Z Cardiologue	1033	41,1%	946	536	1482	58,9%

Comparatif actes privés/publics 2007

	Activité libérale		Activité publique			
	externe	part privé	externe	hospitalisés	total	part public/
Dr X pneumologue	1015	48,10%	690	405	1095	51,9%
Dr Y Gastro-entérologue	824	30,10%	585	1326	1911	69,9%
Dr Z Cardiologue	838	39,20%	725	573	1298	60,8%

4.2.2.3. Le contrôle de la nature des actes

L'article L. 6154-2 du Code de la santé publique précise que « *les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le service public hospitalier* ». La circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005 précise qu' « *afin d'apprécier la similitude entre la nature de l'activité publique et celle de l'activité privée, il convient de rapprocher les coefficients des lettres clés et la valorisation tarifaire rapportée à la moyenne des actes effectués dans le cadre de l'activité publique à celle des actes effectués dans le cadre de l'activité libérale* ».

La valorisation globale des actes externes et de ceux effectués au profit des patients hospitalisés indique que l'activité des docteurs Y et Z est essentiellement assurée dans le secteur public. En revanche, il existe un déséquilibre au profit du secteur privé pour le docteur X qui certes tend à diminuer en 2007 mais qui ne peut se justifier au regard de la circulaire précitée. D'après l'établissement, il s'agit d'un praticien dont l'activité publique doit s'apprécier également par le biais notamment des nombreuses responsabilités assumées (présidence de commissions, remplacement dans d'autres services...). Néanmoins, la chambre encourage l'établissement à poursuivre les efforts entrepris afin de rééquilibrer l'activité du Dr X au profit de l'activité publique.

	Activité en valeur 2006					
	Activité privée		Activité publique			
	valorisation	part privé	externe	hospitalisés	Total public	part public
Dr X pneumologue	90296,6	66,3%	19230,01	26724,63	45954,64	33,7%
Dr Y Gastro-entérologue	48256,6	29,9%	9937,57	102980,13	112917,7	70,1%
Dr Z Cardiologue	80178,3	41,0%	61819,79	53371,17	115190,96	59,0%

	Activité en valeur 2007					
	Activité privée		Activité publique			
	valorisation	part privé	externe	hospitalisés	Total public	part public
Dr X pneumologue	92458,0	61,5%	29449,55	28328,37	57777,92	38,5%
Dr Y Gastro-entérologue	53277,5	30,6%	10312,48	110515,62	120828,1	69,4%
Dr Z Cardiologue	59776,4	39,3%	36417,04	55797,74	92214,78	60,7%

Par ailleurs, la charte de l'activité libérale de l'URCAM Bretagne diffusée en 2007 précise que « *les praticiens ne peuvent en aucun cas choisir de ne réaliser certains actes que dans le cadre de leur activité libérale* ». Force est de constater que même en agrégeant l'activité auprès des patients hospitalisés, le docteur X effectue certains actes essentiellement dans le cadre libéral. C'est le cas des pléthysmographies qui ont été effectuées en 2006 à 81% en secteur privé (819 actes en secteur privé contre 188 en secteur public) et en 2007 à 76% en secteur privé (776 actes en secteur privé contre 245 en secteur public).

4.2.3. Le rapport d'activité libérale

Conformément à l'article L. 6154-5 du Code de la santé publique, il existe au CHPM une commission de l'activité libérale qui se réunit une fois par an. Celle-ci étudie notamment, conformément à l'article R. 6154-11, un rapport annuel sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale au sein de l'établissement et précisément sur les informations financières et statistiques relatives à cette activité. Ces rapports obéissent à une trame normalisée. La chambre a plusieurs observations à formuler concernant les années 2006 et 2007.

En premier lieu, contrairement aux dispositions du Code de la santé publique, les rapports n'ont pas été communiqués pour information à la CME et au CA. La chambre souligne là un défaut de transparence au sein de l'établissement sur l'activité libérale. Dans sa réponse, l'établissement déclare que ce défaut d'information officielle sera corrigé en 2009.

Par ailleurs, il manque dans ces rapports des informations importantes. La maquette des tableaux exclut ainsi les actes au profit des patients hospitalisés. Par ailleurs, pour le rapport 2006, des tableaux comparatifs entre activité publique et activité libérale par praticien, en nombre d'actes et en nombre de coefficients (valorisation), ne sont pas renseignés. Le rapport 2007 est légèrement plus complet puisqu'y figure le tableau « *comparatif de l'activité publique et privée par praticien (en nombre d'actes)* » alors qu'il ne l'était pas l'année précédente. En revanche, le tableau comparatif qualitatif en nombre de coefficients ne figure toujours pas.

La chambre s'interroge enfin sur le rôle de la commission. Celle-ci, pourtant chargée de contrôler le respect des obligations contractuelles des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale, a accepté l'absence d'informations comparatives et n'a pas émis d'observations particulières lorsque les données affichées le nécessitaient. Ainsi, pour 2007 le nombre d'actes en privé apparaît clairement supérieur au nombre d'actes en public pour les docteurs X, Y et Z sans que la commission n'apporte de commentaires.

4.2.4. Les gardes et astreintes

4.2.4.1. Le service de chirurgie orthopédique

4.2.4.1.1 La liquidation des indemnisations des astreintes

La permanence des soins au sein du service de chirurgie orthopédique est assurée par une astreinte à domicile des chirurgiens orthopédiques. Chaque praticien transmet mensuellement au directeur un état justificatif pour chaque astreinte effectuée, conformément à l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 qui précise que : « *Chaque praticien effectuant une astreinte à domicile enregistre, selon des modalités arrêtées par le directeur sur proposition de la commission de la permanence des soins, les informations suivantes :*

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

Le nombre de déplacements pour chacune des astreintes assurées par les docteurs A et B est particulièrement important. Pour la période d'août à octobre 2007, le nombre moyen de déplacements pour chacune des 31,5 astreintes assurées par le docteur A est de 3,16. Pour la même période, le nombre moyen de déplacements pour chacune des 39,5 astreintes assurées par le docteur B est de 2,56. Les états justificatifs transmis par les docteurs A et B pour les mois de janvier et août 2007 examinés par la chambre sont toutefois correctement renseignés avec pour chaque appel, l'heure d'arrivée et de départ, le nom du patient et l'indication de l'acte effectué. La liquidation des indemnités versées est également cohérente avec les déclarations effectuées par les praticiens.

La chambre a toutefois une observation sur la façon dont sont renseignés les états justificatifs et notamment sur les déclarations sur les horaires d'appel qui ne sont pas toujours cohérents avec les heures réelles d'intervention. En effet, si les appels déclarés correspondent à des interventions effectives, celles-ci sont parfois réalisées dans des périodes de temps resserrées qui rendent difficile plusieurs déplacements. Un praticien a pu intervenir trois fois dans la même heure pour des interventions chirurgicales et comptabiliser trois déplacements. Or c'est le déplacement qui doit être remboursé et non l'intervention elle-même. La chambre invite donc l'établissement à mettre en place une procédure de contrôle interne visant à vérifier que les déplacements soient contrôlés et non seulement les interventions.

Par ailleurs, selon l'établissement et selon les praticiens eux-mêmes, le déplacement n'est pas forcément justifié par un appel. Un praticien peut se déplacer en dehors des heures ouvrables pour un patient déjà connu pendant les heures ouvrables et sans qu'un appel soit nécessaire. C'est le cas par exemple, d'un contrôle de routine pour un patient opéré quelques heures auparavant ou pour une intervention en dehors des heures ouvrables sur un patient dont l'opération aura été décidée pendant les heures ouvrables mais aura été différée en raison de la préparation de l'intervention (anesthésie...). Or, tous les justificatifs contiennent l'information de l'horaire de l'appel en dehors des périodes ouvrées qui pourrait donc être fictif dans certains cas. Cette situation est corroborée par le fait que les relevés d'appel téléphonique retracent en général moins d'appel qu'il n'y a eu de déplacements déclarés. La chambre s'interroge donc sur la maquette de l'état justificatif et sur l'obligation faite aux praticiens de renseigner une donnée qui n'existe pas forcément.

Par ailleurs, contrairement à ce que l'arrêté prévoit, un des praticiens ne semble pas transmettre ces informations à la fin de chaque mois. Les déplacements ne sont en effet rémunérés qu'avec plusieurs mois de décalage. Ainsi les déplacements de décembre 2006 n'ont été payés qu'en avril 2007. Ceux de mars l'ont été en juillet ou ceux de mai en septembre. L'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit pourtant que les informations relatives aux déplacements déclarés par le praticien doivent être transmises au directeur à la fin de chaque mois. L'établissement dans sa réponse a précisé qu'une note de rappel visant à signaler le respect de l'article 19 de l'arrêté précité était en cours de finalisation.

4.2.4.2. Le service d'imagerie médicale

La permanence des soins au sein du service d'imagerie médicale fonctionne avec une astreinte opérationnelle. L'activité des trois principaux radiologues sur l'année 2007 a été analysée et la chambre a observé des écarts importants entre les praticiens, qui peuvent, certes, s'expliquer par des pratiques médicales différentes. La valeur moyenne des rémunérations par période d'astreinte varie ainsi de 180,12 € pour le docteur C, ce qui correspond à deux déplacements en moyenne pour chacune des 81 astreintes effectuées en 2007 à 394,59 € pour le docteur D ce qui correspond à 5 déplacements en moyenne pour chacune des 92 astreintes effectuées. Par ailleurs, la chambre observe que les justificatifs de déplacements des Drs D et E ne mentionnent pas d'indications sur la nature des soins dispensés, contrairement à ce que prévoit l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003. Dans sa réponse, l'établissement précise qu'à la suite du contrôle de la chambre, le chef de service a demandé à ses confrères qui assurent les astreintes de porter une attention particulière sur la nécessité de l'indication de la nature des soins dispensés sur les relevés de déplacements.

	Dr C		Dr D		Dr E	
	astreintes (1)	valeur (2)	astreintes (1)	valeur (2)	astreintes (1)	valeur (2)
Janvier	8,5	1707,7	5	1811,69	3	814,82
Février	5	464,75	9,5	3524,72	7,5	1468,09
Mars	9,5	887,44	6,5	2473,88	8,5	1268,28
Avril	7,5	2113,32	10	4274,2	7,5	1508,55
Mai	8	1892,37	9,5	3376,93	10	1170,37
Juin	4	1040,09	11,5	4127,51	12	2726,19
Juillet	9,5	2407,25	4,5	2180,55	3	673,96
Août	4	388,13	6	2018,5	7	879,41
Septembre	6	712,2	8,5	3662,74	9,5	1481,96
Octobre	6,5	1479,8	9,5	4378,76	9,5	992,84
Novembre	6	575,94	4	1646,44	0	
Décembre	6,5	920,66	7,5	2826,57	4	854,44
	81	14 589,65	92	36 302,49	81,5	13 838,91
<i>Rémunération moyenne par astreinte</i>		180,12		394,59		169,80

(1) nombre d'astreintes ; un jour = 1 astreinte sauf le samedi = 1,5 astreinte et le dimanche = 2 astreintes
(2) rémunération figurant sur le bulletin de paye de m+2 ;

4.2.5. La rémunération d'un praticien contractuel

Le CH des Pays de Morlaix fait régulièrement appel à des praticiens contractuels pour suppléer des absences, notamment lors des congés d'été. L'attention de la chambre s'est portée sur le cas du Dr G, anesthésiste-réanimateur dont la rémunération s'est élevée à 22 776,63 € nets pour un mois de travail, du 16 juillet au 16 août 2007 soit 31 jours. Sa rémunération est décomposée comme suit :

Traitement de base médical :	8 397,00 €
Gardes	4 146,24 €
Temps de travail additionnel :	13 882,50 €
Total	26 425,74 €

La réglementation prévoit qu'un médecin contractuel est rémunéré au maximum au 4ème échelon de la grille des praticiens hospitaliers majoré de 10%. Par ailleurs, un praticien doit travailler 10 demi-journées par semaine, soit 208 jours par an. Le CHPM a donc mentionné dans le contrat un taux journalier de 270,87 € par jour correspondant à 1/208ème du salaire annuel. Mais pour la chambre il s'agit d'un salaire par jour effectivement travaillé qui ne peut s'appliquer aux jours de repos. Dans le cas où la rémunération devait s'appliquer à la durée totale du contrat, y compris les repos, le taux journalier aurait du correspondre à 1/365ème du salaire annuel soit 154,36 € par jour. Ce n'est pas l'option qui a été choisie.

Or, le docteur G n'a pas travaillé effectivement 31 jours mais, d'après les tableaux mensuels de service, seulement 13 journées avec garde consécutive, dont certaines le dimanche. Conformément au fait que les temps de garde doivent être considérés comme temps de travail en vertu de la directive européenne du 23 novembre 1993 « concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail » dont l'applicabilité aux médecins hospitaliers a été reconnue le 3 octobre 2000 par la Cour de Justice européenne, le docteur G a donc travaillé l'équivalent de

28,5 jours. La chambre considère donc que la rémunération aurait dû être de 7719,8 €, et non 8 396,97 €. Le surcoût pour le CHPM est donc de 677,17 € au titre du traitement de base.

L'indemnité forfaitaire pour temps de travail additionnel est versée lorsque le praticien exerce au-delà de son temps de travail normal, c'est-à-dire lorsqu'il travaille plus de 10 demi-journées par semaine. Les durées de travail pouvant être différentes d'une semaine sur l'autre, le temps additionnel ne peut être calculé que sur une période longue, normalement tous les quatre mois.

Le Dr G a travaillé la semaine du :

- 16 au 22 juillet : 3 jours suivis de 4 gardes, soit l'équivalent de 7 jours ;
- 23 au 29 juillet : 3 jours suivis de 4 gardes, soit l'équivalent de 7 jours ;
- 30 au 5 août : 2,5 jours suivis de 2 gardes, soit l'équivalent de 4,5 jours ;
- 6 au 12 août : 4 jours suivis de 4 gardes, soit l'équivalent de 8 jours ;
- 13 au 16 août (date fin de contrat) : 1 journée suivie d'une garde, soit l'équivalent de deux jours.

Les 4 premières semaines, il aurait dû travailler 20 jours (ou 40 demi-journées), or il a effectivement travaillé 26,5 jours soit 6,5 jours en trop. En revanche, du lundi 13 août au jeudi 16, il aurait dû travailler 4 jours et n'a effectivement travaillé que l'équivalent de deux jours. Au total donc, le Dr G aurait donc pu prétendre à 4,5 jours d'indemnités pour temps additionnel, soit 4,5 fois le taux d'une indemnité fixée en août 2007 à 460,75 € soit 2073,4 €. Or, le docteur G a perçu 13 882,5 €, soit un trop perçu de 11809,1 €.

Une partie de la rémunération du docteur G estimée à 12 486,3 € n'est pas justifiée réglementairement. Le contexte de la réanimation à l'été 2007 au CHPM ne peut justifier en droit les dérogations à la réglementation. La chambre demande donc à l'établissement d'émettre un titre de recettes du montant de l'indu à l'encontre du docteur G.

Délibéré le 25 août 2009

Michel RASERA

Conseiller maître à la Cour des comptes

Annexe

1 – POLE DES PRESTATAIRES DE SERVICES ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

1. DRH / Service social du personnel
2. Direction des soins
3. Direction des affaires médicales et générales
4. Direction de la qualité
5. Direction des services économiques et logistiques
6. Direction des travaux et de la maintenance
7. Direction des finances, de l'analyse de gestion, de l'informatique et du bureau des entrées / service social MCO SSR.
8. DIM (sce)

2 – POLE DES PRESTATAIRES DE SERVICE CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

1. Imagerie médicale (sce)
2. Laboratoire (sce)
3. Pharmacie –stérilisation – hygiène (sce)
4. Blocs opératoires / anesthésie (y compris salle de césarienne) (sce)
5. Service diététique (U)

3 – POLE DES SERVICES DE MEDECINE ET URGENCES-REANIMATION

1. Médecine interne et médecine ambulatoire (sce)
2. Pneumologie - gastro-entérologie (sce)
3. Cardiologie (sce)
4. Structure des urgences et SMUR (sce)
5. Réanimation polyvalente (sce)

4– POLE DES SERVICES DE CHIRURGIE ET MERE-ENFANT

1. Chirurgie viscérale (sce)
2. Chirurgie orthopédique (sce)
3. Chirurgies spécialisées (sce) regroupant ORL stomato ophtalmo gynéco
4. Gynécologie obstétrique et centre de planification (sce)
5. Pédiatrie-néonatalogie (sce)
6. Chirurgie ambulatoire et consultations de chirurgie (U)
7. Crèche (U)

5 – POLE DE LA PSYCHIATRIE ET DE L'ADDICTOLOGIE

1. Secteur 29G05 (sce)
2. Secteur 29G06 (sce)
3. Secteur 29G07 (sce)
4. Intersecteur 29I03 (sce)
5. Intersecteur 29A01 d'addictologie (y compris CCAA ou CSAPA) (sce)
6. An Haleb (U)

6 – POLE DES SERVICES DE SSR ET DE PERSONNES AGEES

1. Services de moyen séjour de Morlaix et Plougouven y compris médecine physique et réhabilitation respiratoire (sce)
2. Médecine gériatrique (sce)
3. Services de personnes âgées de Morlaix et Plougouven et SSIAD (sce)
4. Triskel (U)
5. Service de kinésithérapie (U)
6. Unité douleur soins palliatifs (U)

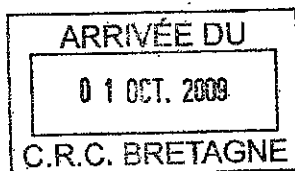
ENREGISTRE AU GREFFE
LE 7 OCT. 2009

MORLAIX, le 28 Septembre 2009

Le Directeur du Centre Hospitalier

à

RB/GLN
n°156/2009



Monsieur le Président
Chambre Régionale des Comptes de Bretagne
3, rue Robert d'Arbrissel
CS 64231
35042 RENNES CEDEX

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 31 Août 2009 qui portait sur le rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix pour les années 2003 et suivantes,

je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint une note en réponse au rapport qui a été adopté par la Chambre Régionale des Comptes en sa séance du 25 Août 2009.

Vous en souhaitant bonne réception.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Le Directeur,

R. BREBAN

**NOTE DU CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX
SUR LE RAPPORT D' OBSERVATIONS DEFINITIVES
ARRETE PAR LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DANS SA SEANCE DU 25 AOUT 2009**

Le rapport de la Chambre Régionale des Comptes étant structuré en quatre parties, l'établissement entend répondre aux observations de la chambre suivant le même découpage :

Présentation de l'établissement

▪ 1.2.1.2.1 - Méthodologie appliquée pour le calcul du taux d' occupation

La Chambre a constaté que le taux d' occupation a été calculé en 2005 en s' appuyant uniquement sur les journées d' hospitalisation complète et que, par contre, en 2006 et en 2007, l' établissement comptabilisait non seulement les journées d' hospitalisation complète mais aussi les venues en hospitalisation incomplète. Bien entendu, les pourcentages de taux d' occupation ne sont pas comparables entre 2005 et 2006/2007, mais il y a lieu de préciser les raisons du changement de la méthode.

L' établissement rappelle que certains services ne disposent pas d' unités dédiées pour les venues en hospitalisation incomplète et que ces venues sont dispersées tout au long de l' année dans les services d' hospitalisation à temps complet. Dès lors, il y a lieu de calculer les taux d' occupation en calculant le rapport entre le nombre de journées lits exploitables et le nombre de journées réalisées (en hospitalisation complète et incomplète).

Cette évolution, dans le calcul du taux d' occupation à partir de 2006 ne permet donc plus de se comparer à l' année 2005, il ne s' agit en aucun cas de fausser les comparaisons mais de remettre à compter de 2006, un calcul du taux d' occupation conforme à la réalité des activités réalisées dans les différents services.

Rajoutons par ailleurs, que le développement de l' ambulatoire au cours des dernières années et plus particulièrement le glissement d' une partie de l' activité l' hospitalisation à temps complet vers l' hospitalisation à temps partiel et depuis 2007, de certaines venues vers des actes externes a pour conséquence un ralentissement des entrées, une baisse de la DMS, un affaissement des taux d' occupation et les comparaisons peuvent donc s' avérer délicates sur les périodes analysées en raison des changements d' activité.

2. La situation financière

▪ 2.2.2 - Les dépenses

et

▪ 2.2.4 - L' évolution générale de la situation financière

La Chambre indique que la détérioration de la situation financière de l' établissement serait due à l' accroissement des coûts médicaux supérieurs à celui de l' activité. La Chambre retient par ailleurs que le rapport nombre d' entrées par praticien s' est également dégradée entre 2002 et 2007.

L' établissement souhaite apporter des précisions complémentaires sur les analyses et ratios qui sont donnés par la Chambre.

Tout d' abord, concernant l' évolution des coûts médicaux, celle-ci provient d' une part de l' application des textes réglementaires liés à la rémunération des personnels médicaux qui ont été particulièrement nombreux au cours de la période observée (2003-2007) et d' autre part de l' évolution des effectifs. Ces derniers progressent entre 2002 et 2007, mais il s' agit entre autres d' appliquer les textes réglementaires sur les temps de travail (circulaire européenne sur le temps de travail), avec à la clé des ajustements d' effectifs.

L' évolution des effectifs, c' est aussi la professionnalisation des urgences et la nécessaire automatisation des lignes de garde (application des normes et des règlements dans le cadre de visite de conformité des activités), mais également l' anticipation sur la pénurie médicale dans certaines spécialités (exemple : la chirurgie) et enfin, la mise en œuvre d' un projet d' établissement et de son contrat d' objectifs et de moyens, documents stratégiques qui comportent la création de postes médicaux.

Si les coûts médicaux et les effectifs ont bien augmenté et c' est incontestable, l' établissement tient à souligner qu' il est extrêmement délicat d' établir un rapport entre le nombre d' entrées et le nombre de praticiens hospitaliers et d' en faire une comparaison pluriannuelle.

En effet, la production médicale ne peut se réduire à un nombre d' entrées moyen traité par médecin, mais il y a lieu de prendre en compte d' autres paramètres et indicateurs dont le développement d' activités médicales ambulatoires.

Ainsi, la création d' emplois médicaux, dans le cadre de la constitution d' une équipe mobile de soins palliatifs, d' une équipe douleur, d' une équipe mobile de gériatrie, d' une équipe de tabacologie - addiction apportent d' autres modes de prise en charge ambulatoire dont l' indicateur n' est en aucun cas le nombre d' entrées mais le nombre de consultations.

Ces nouvelles activités s' inscrivent dans le plan du développement des plans nationaux de santé publique.

Enfin, on peut s' interroger sur la multiplication du nombre de commissions, comités, conseils de tous ordres qui nécessitent la présence de médecins et qui a pour conséquence de les éloigner de leur art et d' enlever du temps médical au plus près des patients et, de façon indirecte de toucher à la production médicale.

▪ 3.2.2.1.3 - Une responsabilisation des acteurs

La Chambre indique que les pôles permettent à différents services de travailler ensemble alors qu' ils s' ignoraient jusqu' à présent en citant le cas des services de la psychiatrie qui n' avaient pas de liens entre eux. Les termes « s' ignorer » et « absence de lien » sont excessifs pour l' établissement et dans le cas présent de la psychiatrie, les liens existaient par la force des choses bien avant la création des pôles (mouvements de patients entre les secteurs, continuité médicale à travers les astreintes, répartition des activités intersectorielles, etc...). Les pôles permettent aujourd' hui un renforcement des liens entre les secteurs et les inter secteurs de psychiatrie, une cohérence globale dans l' organisation et le fonctionnement des unités.

▪ 3.2.2.2 - Des débuts parfois chaotiques dans la mise en place des pôles

L' année 2007 est notée comme une année difficile par les responsables de pôle dans la mise en place des pôles et ils déclarent avoir souffert de cette situation en raison de la vacance de la direction.

Certes, il y a eu des vacances de poste à la direction au cours de cette année 2007 ce qui n' a pas empêché le directeur par intérim de présenter un projet d' établissement voté à l' unanimité par toutes les instances (Comité Technique d' Etablissement, Commission Médicale d' Etablissement et Conseil d' Administration) en Juin 2007 ; (Il a été rejeté par l' Agence Régionale d' Hospitalisation de Bretagne le 21 Septembre 2007). Par contre, le Contrat Pluri annuel d' Objectifs et de Moyens qui était la déclinaison de ce projet d' établissement a été approuvé le 21 Septembre 2007 avec effet du 3 Juillet 2007.

Certainement, la mise en place des pôles a été ralentie en 2007 mais dans les priorités de l' établissement, il s' agissait avant tout (et avant la mise en place des pôles) de présenter un projet d' établissement et un contrat pluriannuel d' objectifs et de moyens qui déterminaient les axes stratégiques de l' établissement pour les cinq années à venir.

▪ 4.2.2 - Le contrôle de l' activité libérale

▪ 4.2.3 - Le rapport de l' activité libérale

Les membres de la Commission de l' activité libérale ont été invités à prendre connaissance du rapport d' observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes en sa séance du 21 Septembre 2009 sur la partie concernant l' activité libérale.

Un rappel a été effectué auprès des praticiens qui ont une activité libérale, les invitant à équilibrer la valorisation des actes réalisés en secteur privé par rapport à la valorisation globale des actes externes et de ceux effectués au profit des patients hospitalisés en secteur public.

De la même façon, il a été rappelé que, conformément à la charte de l' activité libérale de l' URCAM Bretagne diffusée en 2007, « les praticiens ne peuvent en aucun cas choisir de réaliser certains actes que dans le cadre de l' activité libérale ».

L' établissement reconnaît la nécessaire vigilance dans la construction des rapports d' activité libérale et la nécessaire intégration des informations financières et statistiques relatives à cette activité et également de la transmission des rapports pour information à la Commission Médicale d' Etablissement et au Conseil d' Administration.

Enfin l' établissement précise que le montant de l' activité privée en 2006 pour le Docteur Z est égal à 51 575.52 euros et non de 80 178.30 euros comme indiqué dans le tableau de la Chambre. Une erreur similaire est relevée également sur l' activité externe publique en 2006.

▪ 4.2.4 - les gardes et astreintes

L' article 19 de l' arrêté du 30 Avril 2003 prévoit que les informations relatives aux déplacements déclarés par le praticien doivent être transmises au Directeur à la fin de chaque mois. La note de service n° 2009/39 en date du 4 Mai 2009 est venue rappeler cette obligation aux praticiens concernés par les astreintes.

Par ailleurs, l' établissement recherchera au cours des prochains mois une amélioration de la maquette des états justificatifs et en particulier les items et les informations qui touchent aux heures de l' appel, de l' arrivée et de départ de l' hôpital.

▪ 4.2.5 - La rémunération d' un praticien contractuel

L' attention de la Chambre s' est portée sur le cas du Docteur G, Anesthésiste - Réanimateur et plus particulièrement sur sa rémunération entre le 16 Juillet et le 16 Août 2007.

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix tient à rappeler que le contexte aigu de la démographie médicale et les réelles difficultés de recrutements de spécialistes comme les réanimateurs, indispensables pour assurer la continuité du service public et des soins à prodiguer aux patients, a contraint l' établissement à une rémunération globale négociée (22 776.63 euros net) sur la période de remplacement.

Après plusieurs publications de postes de réanimateurs dans les journaux officiels d' Avril et Novembre 2007, après plusieurs annonces passées dans les revues spécialisées, sur internet et autres sites, l' établissement peut assurer que ces démarches sont restées infructueuses.

Néanmoins contraints par les obligations rappelées dans le Contrat Pluriannuel d' Objectifs et de Moyens 2007-2011, approuvé par l' Agence Régionale d' Hospitalisation de Bretagne le 4 juillet 2007, dans son annexe (objectifs quantifiés - activités particulières) l' établissement se doit d' assurer la permanence médicale, les conditions de la visite de conformité du service de réanimation et d' adosser le service de surveillance continue à cette activité. Il est rappelé dans cette annexe que les critères à observer comporte entre autres la permanence médicale.

Dans ce contexte difficile, l' établissement a recruté l' effectif médical nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins, puisqu' il lui appartenait en l' occurrence de mettre en œuvre toutes les mesures permettant d' assurer la permanence médicale.

La Chambre, en demandant à l' établissement d' émettre un titre de recette du montant de l' indu (12 486.30 euros) à l' encontre du Docteur G, risque d' amener l' établissement vers un contentieux avec le praticien concerné mais l' établissement se pliera à la demande de la chambre.

Morlaix : le 28 Septembre 2009

Le Directeur,

R. BREBAN