

Le Président

Rennes, le 3 mars 2010

Monsieur le directeur
du centre hospitalier de Bretagne Sud
27, rue du docteur Lettry
56100 Lorient

Par lettre du 6 janvier 2010, 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 établissement.

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 et au trésorier-payeur général et à l'agence régionale de l'hospitalisation.

Michel RASERA
Conseiller maître à la Cour des comptes

**NOTIFICATION FINALE
DU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES**

sur la gestion du centre hospitalier de Bretagne Sud

au cours des exercices 2003 et suivants

INTEGRANT LA REPONSE RECUE DANS LE DELAI LEGAL

SOMMAIRE

Rapport d'observations définitives	p. 2 à 31
Réponse de M. Thierry GAMOND-RIUS, directeur	p. 32 à 34

La chambre régionale des comptes de Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du Centre hospitalier de Bretagne Sud à compter de l'exercice 2003. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 13 février 2008.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 12 février 2009 avec M. Bénéteau directeur de l'établissement.

Lors de sa séance du 12 mars 2009, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 20 juillet 2009 au directeur de l'établissement.

Après avoir examiné les réponses écrites la Chambre a, après en avoir délibéré le 3 décembre 2009, arrêté ses observations définitives. Celles-ci sont développées dans les parties suivantes du présent rapport :

- 1- Présentation de l'hôpital
- 2- Fiabilité des comptes
- 3- Analyse financière
- 4- Organisations des soins

Résumé des observations provisoires

► La capacité du centre hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) en court séjour est de 572 lits d'hospitalisation complète (414 en médecine, 97 en chirurgie et 61 en obstétrique) ; par ailleurs l'hôpital dispose de 130 lits de soins de suites, de 284 lits de soins de longue durée et de 48 lits d'hébergement. Son activité est répartie sur 5 sites. L'hôpital a décidé en 2002 de réunir l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et le plateau technique sur un site, celui de l'ancien hôpital militaire « Calmette » bordant le Scorff. Cette opération lourde a été scindée en deux. La première phase a porté sur la construction du pôle « femme-mère-enfant », ouvert au début du mois de février 2008. La seconde prévoit le « rapatriement » de toutes les autres activités sur le site du Scorff d'ici 2011.

► En ce qui concerne la fiabilité des comptes :

- La provision pour renouvellement des immobilisations est constituée de façon quasi exclusive de dotations versées par l'assurance maladie au titre des surcoûts engendrés par la création du nouvel hôpital. Le montant provisionné au 31 décembre 2008 au titre de ces aides est de 17,2 M€.

Cette pratique n'est pas propre à cet établissement, au surplus elle est désormais inscrite dans l'arrêté du 30 octobre 2006 portant instruction comptable M21.

Néanmoins, fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides aux hôpitaux, elle aboutit, vu le déficit permanent de l'assurance-maladie, à financer par des emprunts les réserves financières de certains hôpitaux.

La chambre constate par ailleurs qu'il y a à l'actif d'importantes valeurs mobilières de placement.

- La chambre a également constaté, à l'occasion de l'examen d'un mandat portant remboursement d'emprunts d'une part que la totalité des dettes financières n'était pas inscrite au compte 16 ce qui pose question pour la fiabilité des comptes ; d'autre part, que la charge du remboursement en capital de l'emprunt était directement imputée sur la section de fonctionnement du budget principal, ce qui réduisait artificiellement le résultat.

La chambre invite le CHBS à respecter les imputations comptables.

- Les taux d'exécution budgétaire sont satisfaisants, si l'on excepte ceux du groupe 4 (amortissements et provisions) significativement inférieurs à 100 %.

Dans un souci d'augmentation de ses fonds propres, l'établissement inscrit en fait au budget plus de charges qu'il n'y en a vraiment.

► En ce qui concerne l'analyse financière, la chambre constate que les produits de l'hôpital croissent plus vite que ses charges, d'où une forte augmentation du résultat consolidé. L'année 2007 avec la mise en œuvre du plan « nouvel hôpital » voit un début de retournement de tendance, au moins pour le budget principal. Ce sont essentiellement les produits de l'activité hospitalière qui augmentent, que ceux-ci soient versés par l'assurance maladie ou non.

L'hôpital dispose en outre d'un portefeuille de 12,5 millions € de valeurs mobilières de placement dont le revenu était de 0,5 million € en 2006.

Il reste encore à construire l'hôpital proprement dit et notamment le plateau technique (bloc opératoire, laboratoire, imagerie, pharmacie, stérilisation). Avec un très faible endettement, une trésorerie importante et une forte capacité d'autofinancement, l'hôpital présente une situation favorable pour aborder ce cycle d'investissement dans lequel il s'est engagé.

L'étude du plan pluriannuel d'investissement (2007-2018) révèle une vision optimiste de l'hôpital tant en matière de gains de productivité que de hausse moyenne des produits versés par l'assurance maladie. En outre ce plan génère sur une grande partie de la période une capacité d'autofinancement nette négative et prévoit un prélèvement important sur le fonds de roulement proche du montant du fonds de roulement pour 2006 de 16,9 millions d'euros.

► L'organe essentiel pour la direction de l'hôpital est le conseil exécutif. Il fixe les orientations majeures que le conseil d'administration entérine.

► Sur l'organisation des soins, la chambre relève qu'une bonne partie des praticiens contractuels recrutés par l'établissement sont rémunérés forfaitairement, ce qui est contraire aux textes qui les régissent. L'établissement, conscient de cette situation mais soumis également selon ses propres termes, « à de fortes obligations de continuité de soins » a tenté d'y remédier, pour l'instant sans succès.

En particulier il a essayé de conclure un marché de mise à disposition de personnel médical remplaçant qui s'est avéré infructueux et le projet de constitution d'un groupement de commande régional pour passer des marchés en vue de recourir à du temps médical pour suppléer aux absences statutaires des praticiens en poste et aux vacances de postes n'a pas encore abouti.

► Concernant l'activité libérale de ces praticiens, en particulier en radiothérapie, la chambre invite l'hôpital à se doter d'un système d'information lui permettant d'avoir une connaissance précise du volume et du montant de cette activité par rapport à l'activité publique.

Cet outil dont l'hôpital ne dispose pas à ce jour lui permettra de s'assurer du respect des trois conditions d'exercice d'une activité libérale (exercice personnel et à titre principal d'une activité de même nature dans le service public hospitalier ; durée de l'activité libérale n'excédant pas 20% de la durée du service hospitalier ; nombre de consultations et d'actes effectués en libéral inférieur à celui pratiqué au titre de l'activité publique).

En outre le système actuel décrit par la chambre est imparfait puisqu'il est de nature à permettre un double paiement par l'assurance-maladie d'actes identiques à la fois au titre de l'activité privée du médecin et au titre de son activité publique.

► L'étude des rémunérations du personnel non médical montre que sur l'ensemble des primes versées par l'établissement, un bon nombre l'est sans respect des textes, voire sans texte. Cette étude montre aussi un recours important à du personnel contractuel dont une bonne partie voit ses contrats régulièrement renouvelés.

1 - Présentation de l'hôpital

Le centre hospitalier de Bretagne sud, établissement public de santé intercommunal est l'hôpital de référence de l'ensemble de la population du territoire de santé n°3. Ce territoire, de 270 000 habitants, est composé de deux bassins : celui du pays de Lorient (Morbihan) et celui de Quimperlé (Finistère)¹. « La population se caractérise par un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne régionale (36,5 contre 34,5) et un taux de fécondité inférieur (50,3 contre 52,8). »

Sa capacité en court séjour est de 572 lits d'hospitalisation complète (414 en médecine, 97 en chirurgie et 61 en obstétrique) ; par ailleurs l'hôpital dispose de 130 lits de soins de suites, de 284 lits de soins de longue durée et de 48 lits d'hébergement.

Son activité est répartie sur 5 sites.

L'établissement de Bodélio à Lorient, aujourd'hui hôpital de court séjour, va fermer. Le site de la Calmette à Lorient, plus récemment appelé « hôpital Scorff » et qui correspond à l'ancien hôpital militaire est celui du futur hôpital. Le pôle « femme-mère-enfant », correspondant à la première phase de construction du nouvel hôpital y a ouvert en février 2008.

« Hennebont centre » et Le Quimpero ainsi que Kerbernés à Ploemeur correspondent au secteur des personnes âgées (unités de soins de longue durée et maison de retraite). Une opération de regroupement sur un site des activités hospitalières hennebontaises est en cours de réalisation.

90% des patients pris en charge sont issus du secteur sanitaire n°3 « Lorient Hennebont ».

L'hôpital, grâce à un fort soutien de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) a décidé en 2002 de réunir l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et le plateau technique sur un site, celui de l'ancien hôpital militaire « Calmette » bordant le Scorff. Cette opération lourde a été scindée en deux. La première phase a porté sur la construction du pôle « femme-mère-enfant », dont l'ouverture eu lieu dans la presse au début du mois de février 2008. La seconde tranche prévoit le « rapatriement » de toutes les autres activités sur ce même site du Scorff d'ici 2011.

2 - Fiabilité des comptes

2.1. Suivi des subventions reçues

La comparaison de l'évolution des mouvements des comptes « 131 subventions d'équipement reçues » et « 139 amortissements des subventions d'équipement » montre que les comptes 131 et 139 ne sont jamais, sur la période sous revue, soldés l'un par l'autre du montant des subventions totalement amorties : il n'y a pas de crédit au compte 139.

¹ Source : compte-rendu de certification de la HAS (haute autorité de santé) de mars 2007 qui ne mentionne que 200000 habitants ; Le SROS III 2006-2010 indique une population de 267 726 habitants pour le territoire de santé n°3.

Evolution des mouvements sur les comptes de subventions d'équipement

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	
1318	Subv.équip.reçues-Autres	BE	247 878	280 131	288 687	312 873	369 649	
		D		24 626		7 653	65	
		C	32 253	33 181	24 186	23 032	41 398	40 418
		BS	280 131	288 687	312 873	328 252	369 649	410 002
1398	Subv.invest.résultat-Autres	BE	159 328	172 818	186 858	213 088	279 692	
		D	13 490	14 040	26 229	27 767	38 837	32 147
		C						
		BS	172 818	186 858	213 088	240 854	279 692	311 839

Source : balances des comptes de gestion. BE=balance d'entrée ; BS=balance de sortie ; D=débets ; C=crédits

Les services de l'ordonnateur conviennent du problème : « cette opération n'a jamais été effectuée en raison de la méconnaissance de cette écriture comptable finale. Afin que les soldes des comptes 131 et 139 soient *nets* au bilan 2008 du CHBS, il conviendra de transmettre au comptable de l'établissement les éléments chiffrés qui lui permettront de procéder à cette écriture d'ordre non budgétaire avant la clôture de l'exercice. Ces éléments intégreront la régularisation de l'antériorité jusqu'au 31 décembre 2007 (302 576,78 €) ainsi que le montant propre à 2008 (30 832,63 €) »
L'hôpital précise que cette écriture a été passée par le comptable au vu d'un certificat administratif avant la clôture de l'exercice 2008.

2.2. Provisions pour risques et charges

La révision de l'instruction M21 a profondément modifié la façon dont sont réparties les provisions de telle sorte que seule la comparaison des comptes 14 et 15 a un sens. C'est ainsi que les provisions relatives à la mise en œuvre du compte épargne temps sont passées du compte « 151 provisions pour risques » en 2005 au compte « 143 Provisions réglementées pour mise en œuvre du compte épargne temps (CET) » en 2006 et ont par conséquent changé de chapitre.

Comparaison des subdivisions des comptes de provision selon les différentes versions de l'instruction M21

	Instruction du 23/03/2000	Instruction du 18/01/2007
141	Réserve de trésorerie	
142		Prov.régl.pour renouvellement des immobilisations
143		Prov.régl.pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET
144		Prov.régl.pour propre assureur
147	Plus-values réinvesties	
151	Provisions pour risques	Provisions pour risques
1511		Provisions pour litiges
1515		Provisions pour pertes de change
1518		Autres provisions pour risques
157	Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices	Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices
158		Autres provisions pour charges

Evolution du compte "14 Provisions réglementées"

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BE	91 165	91 165	91 165	91 165	91 165	4 672 986
D					0	
C					0	3 889 963
BS	91 165	91 165	91 165	91 165	91 165	8 562 949

Evolution du compte "15 Provisions pour risques et charges"

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BE	2 040 341	1 430 545	1 190 545	1 525 231	4 110 533	1 796 726
D	609 796	786 000	1 009 045	2 044 992	1 759 683	590 594
C	0	546 000	1 343 731	4 630 294	4 118 862	914 831
BS	1 430 545	1 190 545	1 525 231	4 110 533	6 469 712	2 120 963

Source : balance des comptes financiers du CHBS ; BE=balance d'entrée;D=débits ; C=crédits ;
BS=balance de sortie

La provision pour renouvellement des immobilisations est constituée de façon quasi exclusive de dotations au titre des surcoûts engendrés par la création du nouvel hôpital.

« Cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie.

Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent être attribuées en amont des investissements à réaliser. [...]

Ce mécanisme de « préfinancement » des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement permet, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt. Les provisions constituées abondent la trésorerie permettant ainsi un décalage dans la mobilisation des emprunts nécessaires à la réalisation de l'opération et ainsi de réaliser des économies de frais financiers. » (Source : instruction M21, page 14)

Solde du compte "142 Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations"

	EPRD Principal		EPRD USLD	
31/12/2006	7 535 209	Plan hôpital 2007 : 1ère, 2ème, 3ème tranches surcoûts pour nouvel hôpital	60 300	Provision pour amortissements futurs (constituée en 2005)
31/12/2007	15 240 889	Plan hôpital 2007 : 1ère, 2ème, 3ème et 4ème tranches surcoûts pour nouvel hôpital ; Crédits COM et économies compte 66	60 300	Provision pour amortissements futurs (constituée en 2005)

Source : réponse questionnaire n°1

Cette pratique qui crée une réserve financière en vue de futurs investissements revient à surévaluer une année donnée les charges réelles de l'assurance maladie, ce qui, vu le déficit permanent de celle-ci, amène à financer par des emprunts les réserves financières de certains hôpitaux.

Elle est désormais inscrite dans l'arrêté du 30 octobre 2006 portant instruction comptable M21.

En outre l'hôpital la pratique au mieux puisqu'elle lui permet de faire des placements rémunérateurs.

2.3. Dépenses et recettes à classer

Solde des comptes de recettes et de dépenses à classer du CHBS

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
471	D	243 232	0	89	46 498	27 040	0
	C	1 528 167	741 786	573 838	291 862	754 817	174 647
472	D	31 764	62 462	3 916	265 467	53 017	258 762
	C	1 268	0	49 403	363	0	0

Source : balances des comptes de gestion ; D=débites ; C=crédits

Le tableau ci-dessus montre deux types d'anomalies : d'une part, même si la tendance est à la baisse, un montant important de dépenses à classer ; d'autre part, des comptes créditeurs alors qu'ils devraient être débiteurs et vice versa. C'est notamment le cas du compte « 4711 versement des régisseurs » en 2004 qui devrait être créditeur et du compte « 4721 dépenses sans mandatement préalable » en 2003 qui devrait être débiteur.

2.4. Rattachement des charges

Les comptes « 408 Fournisseurs-factures non parvenues », « 428 Personnel-charges à payer, produits à recevoir » et « 468 Produits à recevoir » sont servis. La partie la plus importante des opérations de rattachement concerne la prime de service.

Solde du compte "4281 Prime de service à répartir" au 31/12/N

	2002	2003	2004	2005	2006	τ
	427 403	1 092 522	650 901	1 751 804	2 135 318	400%

Source : balances des comptes de gestion

Le tableau ci-dessus montre un rattachement variable selon les années. Questionné sur l'absence de pièces justificatives à l'appui d'un mandat, le CHBS répond que « à la clôture de l'exercice 2005, le solde de 75% de la prime de service pour 2005 versée aux agents en mars 2006 (l'acompte de 25% étant payé en décembre) n'a pu être mis en réserve à hauteur du montant estimé faute de crédits suffisants au budget général. De ce fait le rattachement de cette charge n'a été fait que partiellement à hauteur de 1 541 191,44 € [...]. Il en découlait un report de charges sur 2006 de 295 130,36 € ». »

2.5. Suivi de la dette

Le mandat n°2127 émis le 22 février 2006 pour un montant de 47 072,58 €, imputé sur le compte « H6288 autres prestations diverses » porte sur le remboursement à la ville de Lorient d'emprunts qu'elle a contractés pour financer la maternité du centre hospitalier.

Questionné sur le fait que cette charge n'est pas inscrite au chapitre « 66 charges financières » mais au chapitre « 62 autres services extérieurs », le CHBS écrit que « l'imputation sur le compte H628 s'est faite en accord avec les services du Trésor lors du paiement de la première redevance. Le compte H661 ne pouvait être choisi puisque cette redevance correspond au remboursement de l'échéance en intérêts et capital des deux emprunts contractés par la ville de Lorient pour financer le bâtiment de la maternité. Il n'a pas été prévu de différencier le paiement de la part en intérêts et capital au H66 et H16 car l'établissement avait obtenu de la tutelle les crédits supplémentaires à l'exploitation pour financer l'échéance globale. [...] A noter que le dernier remboursement de l'emprunt CREDIT LYONNAIS interviendra en décembre 2008 et celui de Dexia en décembre 2009 »

Il ressort de cette réponse que, d'une part, la totalité des dettes financières n'est pas inscrite au compte 16 ce qui pose question quant à la fiabilité des comptes et que d'autre part, la charge du remboursement en capital de l'emprunt est directement imputée sur la section de fonctionnement du budget principal, ce qui réduit le résultat.

Le CHBS devra veiller à l'avenir à respecter les règles d'imputation comptable des dépenses afférentes aux emprunts.

2.6. Taux d'exécution budgétaire

Le taux d'exécution budgétaire est le rapport entre les dépenses ou les recettes constatées au compte administratif et les crédits autorisés ou prévus au budget. Il permet de s'assurer de l'absence de dépassement de crédits et de s'assurer que le pilotage budgétaire garde un sens.

Taux d'exécution budgétaire - section de fonctionnement

Dépenses		2001	2002	2003	2004	2005	2006
Titre 1	Personnel	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Titre 2	Dépenses médicales	99.6%	100.0%	99.3%	100.0%	100.0%	100.0%
Titre 3	Dépenses hôtelières	98.8%	97.0%	97.1%	100.0%	100.0%	100.0%
Titre 4	Amort., Provisions	92.2%	83.6%	74.3%	67.4%	69.4%	75.4%
	Total	99.1%	98.1%	96.9%	96.2%	96.3%	96.8%
Recettes		2001	2002	2003	2004	2005	2006
Titre 1	Dotation globale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.5%	98.9%
Titre 2	Autres prod.activité hospit.	110.0%	101.2%	101.5%	110.6%	107.2%	98.7%
Titre 3	Autres produits	101.4%	104.0%	99.7%	103.7%	102.7%	106.0%
	Total	100.7%	100.5%	100.0%	100.9%	100.3%	99.6%

Source : d'après les comptes de gestion

Seuls les taux d'exécution du groupe 4 sont significativement différents de 100%. Ils résultent de la volonté de l'établissement d'augmenter ses fonds propres. « Les crédits inscrits au titre 4 non utilisés en clôture et financés en recettes sont la base de constitution de l'excédent d'exploitation prévu d'être affecté à l'investissement selon la stratégie de constitution de fonds propres et de renforcement de l'indépendance financière définie par l'établissement dans les programmes pluriannuel d'investissement (PPI) et plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2001 à 2006.

Ainsi la décision de ne pas faire apparaître, ne serait-ce que lors de l'une des dernières décisions modificatives (DM) un excédent prévisionnel résulte de la volonté de ne pas introduire d'ambiguïté quant à l'interprétation du résultat comptable ; en effet, la réalité économique telle qu'elle résultait du cycle d'exploitation courant ne dégagait pas d'excédent ; à l'inverse elle était même négative, se traduisant par des reports de charges. Dès lors, l'apparition de l'excédent comptable ne trouvait sa source que dans une modalité technique destinée à garantir la politique de provision aux investissements ; cette modalité ayant quant à elle fait l'objet d'une approbation du conseil d'administration) CA non seulement *a priori* (lors des PPI et PGFP) mais aussi *a posteriori* lors de l'examen du compte financier et de l'affectation des résultats ».

Il s'avère qu'en fait l'établissement cherche à augmenter ses fonds propres, ce qui passe nécessairement par un résultat comptable excédentaire. Pour ce faire, le budget enregistre plus de charges qu'il n'y en a vraiment.

Dans la mesure où l'allocation de moyens de l'année N+1 se fait bien avant le vote du compte administratif de l'année N, cette pratique permet de ne pas avoir à renégocier à la baisse les moyens alloués.

3 - Analyse financière

3.1. Produits et charges de fonctionnement

Evolution des résultats par budget

En milliers d'euros		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	τ	τ moyen
CRP	Produits nets	121 609	129 849	137 107	144 717	151 673	155 273	162 946	34%	5%
	Charges nettes	120 413	127 692	132 979	138 107	146 824	150 786	163 042	35%	5%
	Résultat	1 197	2 158	4 128	6 611	4 849	4 488	-96	-108%	
CRA Ecoles	Produits nets					2 044	2 161	2 509		
	Charges nettes					2 044	2 161	2 280		
	Résultat					0	0	229		
CRA maison de retraite	Produits nets	810	1 372	1 461	1 521	1 518	1 577	1 590	96%	12%
	Charges nettes	828	1 312	1 431	1 485	1 495	1 534	1 538	86%	11%
	Résultat	-18	60	30	36	23	43	52	-383%	
CRA Long séjour	Produits nets	9 088	10 039	10 244	10 282	11 802	12 189	12 335	36%	5%
	Charges nettes	9 062	9 992	10 212	10 174	11 696	11 498	12 181	34%	5%
	Résultat	26	47	32	107	106	691	155	484%	34%
Consolidé	Produits nets	131 507	141 261	148 811	156 520	167 037	171 200	179 380	36%	5%
	Charges nettes	130 303	138 995	144 622	149 766	162 059	165 978	179 040	37%	5%
	Résultat	1 205	2 265	4 190	6 755	4 978	5 222	340	-72%	-19%

Source : balance des comptes financiers ; CRP=compte de résultat principal ; CRA=compte de résultat annexe

Avec 179 millions de charges de fonctionnement annuelles, le CHBS est classé au « niveau 3 » par la direction générale des finances publiques². Les comptes de résultat annexes représentent 9% des charges consolidées. Au sein de ceux-ci, le long séjour représente les trois quart des charges.

² Les établissements publics de santé sont répartis par la DGFIP selon les critères suivants : centre hospitaliers universitaires régionaux, centres hospitaliers dont les charges excèdent 70 M€ (niveau 3), sont comprises entre 20 et 70 M€ (niveau 2), inférieures à 20 M€, hôpitaux locaux, et enfin les centres hospitaliers spécialisés.

Les charges et les produits du budget des maisons de retraite augmentent sensiblement. Cela tient à l'opération « sincérité des comptes » lancée au début du millénaire. Jusqu'alors des charges liées aux maisons de retraite étaient supportées par le budget principal ou le budget du long séjour.

Une autre raison réside dans l'augmentation de l'activité (passage de 42 à 48 lits d'hébergement et de 14 433 à 17 329 journées de 2001 à 2006 selon la SAE).

3.2. Evolution des produits

Avec une croissance annuelle moyenne de 5,4%, les produits augmentent plus vite que les charges, sur tous les comptes de résultats, entraînant une forte augmentation du résultat consolidé. L'année 2007 voit la mise en œuvre du plan « nouvel hôpital » et constitue à cet égard un début de retournement de tendance, au moins pour le budget principal.

Ce sont essentiellement les produits de l'activité hospitalière qui augmentent, que ceux-ci soient versés par l'assurance maladie (groupe ou titre 1 pour la dotation comme pour la tarification à l'activité (TAA)) ou non (titre 2 pour les forfaits et la part des mutuelles).

Evolution des recettes de fonctionnement du budget principal (en milliers d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005		2006	2007	τ
1 Dot.globale financement	101 416	108 381	115 190	121 596	125 846	1 Produits versés par l'AM	130 549	135 211	33.3%
2 Produits act.hospitalière	7 002	6 731	7 419	8 383	10 414	2 Autres pdts de l'activité hospitalière	11 498	13 574	93.8%
3 Autres produits	14 054	15 874	15 572	15 947	16 541	3 Autres produits	16 463	17 371	23.6%
Total	122 473	130 985	138 180	145 927	152 800	Total	158 511	166 156	35.7%

Source : comptes financiers

L'hôpital dispose d'un portefeuille de 12,5 millions € de valeurs mobilières de placement dont le revenu était de 0,5 million € en 2006.

3.3. Evolution des charges

Les charges brutes croissent au rythme annuel moyen de 5,3% sur la période 2001-2007.

Evolution des charges brutes du budget principal en milliers d'euros

	2001	2003	2005	2006	2007	Variation		
						Δ	τ	τ moyen
60 Achats	20 124	23 632	25 748	27 160	28 280	8 156	41%	6%
61 Services extérieurs	4 419	5 095	5 670	5 672	6 148	1 729	39%	6%
62 Autres services extérieurs	5 959	6 499	6 609	6 640	7 329	1 369	23%	4%
63 Impôts, taxes et assimilés	6 294	6 878	7 724	8 401	9 293	2 999	48%	7%
64 Charges de personnel	71 881	78 966	85 091	88 021	93 179	21 297	30%	4%
65 Autres ch. de gest.courante	436	431	1 476	1 000	798	362	83%	11%
66 Charges financières	1 622	1 179	753	570	634	-988	-61%	-14%
67 Charges excetpionnelles	618	676	1 981	1 462	651	33	5%	1%
68 Dotation amort et provisions	9 133	9 643	11 800	13 824	18 303	9 170	100%	12%
6 Total charges	120 486	133 000	146 851	152 750	164 614	44 127	37%	5%

Source : d'après les balances des comptes de gestion. Budget H

L'augmentation de 41% des charges du poste « 60 achats » résulte de la hausse du coût des achats de produits pharmaceutiques et de petits matériels médicaux.

Evolution des charges relatives aux achats (compte 60) du compte de résultat principal

En milliers d'euros	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ	τ
6021 Prod. Pharma	10 226	12 302	13 077	14 205	13 849	15 186	15 539	5 313	49%
6022 Petit mat. Méd.	5 304	5 671	5 785	6 131	6 638	6 885	7 102	1 798	30%
6023 Alimentation	1 468	1 543	1 533	1 588	1 608	1 624	1 682	214	11%
6024 Combustibles	55	33	56	56	86	123	173	118	123%
6025 Fourn hôtelières	768	842	803	817	1 012	1 632	1 818	1 050	113%
6026 Carburant et garage	48	44	48	47	53	0	0		
6027 Atelier	616	670	621	626	673	0	0		
6028 Autres fourn stockées	223	221	204	224	306	0	78		
Σ	18 707	21 326	22 126	23 695	24 226	25 450	26 391	7 684	36%

Source : comptes financiers ; Changement de nomenclature en 2006

Une partie au moins de cette hausse est liée à l'activité de vente de médicaments. Les rétrocessions sur lesquelles l'établissement conserve une marge, augmentent et appellent des achats plus importants.

Evolution des recettes tirées des rétrocessions de médicaments (en milliers d'euros)

Compte	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ	τ
7071	2 913	4 370	4 521	4 750	4 447	4 717	4 243	1 329	45.6%

Source : balances des comptes financiers

Une autre explication de cette hausse de la dépense d'achats de médicaments qui n'est pas particulière au CHBS « s'explique surtout par la progression de la consommation de nouvelles molécules, particulièrement onéreuses » (*Cour des comptes ; synthèse du rapport sécurité sociale 2007 p.35 et suivantes*³).

Les services extérieurs (compte 61) augmentent également de façon sensible du fait des postes « 613 locations » (+373 592 €), « 616 Primes d'assurance » (+749 241 €) et « 617 études et recherches » (+145 428 €).

En ce qui concerne l'assurance, l'augmentation des tarifs est due à la dégradation de la situation du marché de l'assurance pour les hôpitaux.

Les charges de personnels (compte 64) augmentent au rythme annuel moyen de 4%. Cette hausse est mesurée dans une période de mise en œuvre de la réduction du temps de travail : les effectifs ont augmenté de 2 % par an en moyenne sur la période.

³ La dépense d'achat de médicaments des hôpitaux a été multipliée par trois entre 1994 et 2004.

Evolution des effectifs du centre hospitalier de Lorient

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variation		
								Δ	τ	τ moyen
Personnel médical	Effectif	190	195	195	203	215	207	17	9%	2%
	ETP	145	146	151	162	161	161	16	11%	2%
Personnel non médical	Effectif	1825	1833	1840	2000	2020	2050	225	12%	2%
	ETP	1642	1717	1696	1885	1902	1928	286	17%	3%
Total	Effectif	2015	2028	2035	2203	2235	2257	242	12%	2%
	ETP	1787	1863	1847	2047	2063	2089	302	17%	3%

Source : SAE-Ministère de la santé.

La hausse des dépenses de personnel est encore plus réduite (rythme annuel de 3,77%) si l'on considère les dépenses non plus brutes mais nettes, puisque l'hôpital enregistre 1,5 million d'euros de recettes de personnel en 2006 (alors qu'il n'y en avait pas sur les autres exercices).

Les charges financières (compte 66) diminuent d'un million d'euros, résultat de la politique de désendettement de l'hôpital, le montant des dettes financières diminuant de 11,9 millions d'euros passant de 30,5 millions en 2001 à 18,6 en 2007.

Les dépenses d'ordre augmentent. Cependant la hausse de ces dotations résulte essentiellement de dotations réglementées (compte épargne temps, mais aussi et surtout renouvellement des immobilisations).

Evolution des dotations aux provisions du compte de résultat principal

	2001	2003	2005	2006	2007	Variation	
						Δ	τ
Dot.amort.immo	8 934 515	8 312 490	7 799 916	8 249 815	9 396 938	462 423	5%
Dot.amort.ch.à répart.	115 861	61 000	14 938			-115 861	-100%
Dot.prov.dépr.créan.	82 322	110 000	120 000	600 000	200 000	117 678	143%
Autres dotations		1 159 631	3 864 975	4 974 599	8 706 188	8 706 188	
dont prov. renouvel. immo				3 889 963	7 705 680		
Σ	9 132 699	9 643 121	11 799 828	13 824 414	18 303 126	9 170 427	100%

Source : comptes financiers

Au final, le résultat augmente du fait que les produits augmentent plus vite que les charges. En 2007, il diminue du fait du fort provisionnement pour renouvellement des immobilisations. La capacité d'autofinancement représentait 10,2% des produits courants en 2007 ce qui place l'établissement dans les meilleurs de sa catégorie.

Indicateurs financiers consolidés

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variation	
							τ	τ moyen
CAF brute	10 622	11 630	13 244	16 939	15 633	18 792	77%	12%
CAF nette	6 511	6 875	7 969	7 889	3 667	13 476	107%	16%
Encours de la dette	30 512	31 394	30 201	29 657	24 194	18 397	-40%	-10%
Encours dette / produits nets	23%	22%	20%	19%	14%	11%	-54%	-14%
Encours dette / CAF brute	287%	270%	228%	175%	155%	98%	-66%	-19%

Source : balances des comptes financiers et tableau de bord des indicateurs financiers 2006 (DGFIP)

Evolution de la situation patrimoniale

GRANDEURS BILANTIELLES CHBS

	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007
10-FRI (ressources / emplois) en %	105.2	105.9	107.9	110.2	101.3	95.7
11 - FRE (ressources / emplois) en %	140.6	158.5	225.1	244.4	290.9	327.3
12- FRNG en milliers d'euros	9 478	12 295	20 620	26 349	16 967	9 470
13 - FRNG (ressources / emplois) en %	107.3	108.9	114.2	117.0	109.8	104.8
14 - BFR en milliers d'euros	9 319	9 273	8 579	6 914	4 527	4 774
15 - Trésorerie en milliers d'euros	159	3 022	12 041	19 437	12 440	4 696

Source : CRC - d'après les comptes de gestion

Le *besoin en fonds de roulement* diminue de moitié du fait des avances de trésorerie effectuées par l'assurance maladie en 2005 et 2006 à l'occasion du passage à la tarification à l'activité. En 2007, le besoin en fonds de roulement de l'hôpital est de 11 jours de charges courantes, ce qui est proche de la moyenne nationale.

Le *fonds de roulement* augmente largement passant de 9,4 à 16,7 millions d'euros. Cette augmentation est due à une hausse de 8,5 millions d'euros des apports, une hausse de 19,5 millions d'euros des excédents affectés à l'investissement, et une hausse de 8 millions d'euros des provisions.

L'hôpital en profite pour se désendetter de 12,6 millions et la *trésorerie* augmente de plus de 12 millions essentiellement sous forme de valeurs mobilières de placement. Le centre hospitalier de Lorient est peu endetté. Comparée aux autres établissements, la charge de la dette est très limitée

Le fort taux de vétusté des équipements⁴ rappelle que plusieurs bâtiments, bien que réhabilités, devenaient vétustes et n'étaient plus conformes aux normes de sécurité. La décision de se lancer dans une grande opération de construction d'un nouvel hôpital a demandé plusieurs années de réflexion. L'évolution des immobilisations brutes qui augmentent d'un quart en passant de 122 à 165 millions d'euros correspond à la première phase de ce chantier, la construction et l'équipement du pôle « femme-mère-enfant ».

Il reste encore à construire l'hôpital proprement dit et notamment le plateau technique (bloc opératoire, laboratoire, imagerie, pharmacie, stérilisation). Avec un très faible endettement, une trésorerie pléthorique et une forte capacité d'autofinancement, l'hôpital présente une situation favorable pour aborder ce cycle d'investissement dans lequel il s'est engagé.

3.4. Eléments de prospective et présentation du financement du nouvel hôpital

Le contrôle du plan pluriannuel d'investissement (PPI) ou plan global de financement pluriannuel (PGFP) est un contrôle de vraisemblance des hypothèses financières retenues et de cohérence du système de prévision utilisé.

⁴ Amortissement des équipements rapportés aux actifs bruts concernés.

Synthèse du tableau de financement en milliers d'euros

	Ex. antér.	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Σ
Emprunts	5 000	15 350	44 350	97 940	60 600	33 100	10 040	6 640	5 190	4 140	2 640	2 140	287 130
Apport, dot	8 100	100	1 830	1 910	30	30	30	30	30	30	30	30	12 180
Autres rec.					6 000								6 000
OCLT		21 540											21 540
CAF	4 165	14 584	14 819	10 928	9 080	8 325	12 792	13 214	13 691	14 606	15 627	16 860	148 691
Δ fonds de roulement	-29 662	-2 671	-4 630	-48	59	-806	-80	358	-201	476	-1 325	337	-38 193
Total ressources financement	46 927	54 245	65 629	110 826	75 651	42 261	22 942	19 526	19 112	18 300	19 622	18 693	513 734
Immobilisations	46 927	27 120	59 540	101 500	63 240	27 673	7 178	4 240	4 340	3 240	4 240	3 240	352 478
Remb emprunts		5 575	6 079	9 316	12 402	14 578	15 754	15 276	14 762	15 050	15 372	15 443	139 607
OCLT		21 540											21 540
Autres		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	110
Total besoins de financement	46 927	54 245	65 629	110 826	75 652	42 261	22 942	19 526	19 112	18 300	19 622	18 693	513 735

Source : PPI EPRD 2008 (réponse courriel du 15/10/08)

3.5. Le système de prévision

En réel

Concernant les budgets annexes, les charges de personnel, les charges à caractère médical ou hôtelier sont reprises pour un même montant d'une année sur l'autre. Seules les charges du titre 4 (charges financières et d'amortissement et charges exceptionnelles) sont estimées. L'équilibre du système tient à une hausse des « autres produits » voire pour le budget de soins de longue durée à une augmentation des recettes liées à l'hébergement.

Toutefois, l'augmentation moyenne annuelle des produits de l'hébergement du budget « soins de longue durée » n'est que de 1,6% (hors inflation). Compte tenu de leur poids dans l'édifice, l'estimation des charges et produits des budgets annexes n'appelle donc pas de remarques particulières.

Pour le budget principal, si le raisonnement retenu paraît similaire, des hypothèses plus réalistes ont été retenues concernant les divers titres du compte de résultat prévisionnel (CRPP). Ainsi les charges de personnel augmentent de façon significative en 2008 pour tenir compte « en année pleine des charges supplémentaires de personnel liées à l'ouverture du pôle femme-mère-enfant en octobre 2007 ».

Evolution du résultat consolidé (H+B+J+C) en millions d'euros

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation 07-18		
														τ	τ moy	Δ
Charges	Titre 1	115.0	118.7	121.3	123.4	125.3	127.6	128.2	130.2	132.6	134.5	136.5	138.5	20%	1.7%	23.5
	Titre 2	28.5	29.2	29.7	30.3	30.9	31.5	32.1	32.7	33.3	34.0	34.6	35.3	24%	2.0%	6.8
	Titre 3	18.7	20.6	20.9	21.3	22.1	22.5	22.3	22.7	23.1	23.5	23.9	24.3	30%	2.4%	5.6
	Titre 4	20.2	20.2	19.3	19.8	26.5	30.2	31.3	30.4	29.2	29.0	28.7	27.8	38%	2.9%	7.6
		182.4	188.7	191.3	194.8	204.8	211.8	213.8	216.1	218.3	221.0	223.7	225.9	24%	2.0%	43.5
Produits	Titre 1	143.5	148.1	151.8	155.4	160.5	164.3	167.4	170.4	173.6	176.9	180.3	183.7	28%	2.3%	40.2
	Titre 2	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.3	0%	0.0%	0.0
	Titre 3	22.8	24.1	22.9	22.9	27.6	31.0	30.0	29.2	28.2	27.6	27.0	25.7	13%	1.1%	2.9
	Titre 4	0.1	0.2	0.4	0.3	4.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	25%	2.1%	0.0
		182.7	188.7	191.3	194.8	208.6	211.8	213.8	216.1	218.3	221.0	223.7	225.9	24%	1.9%	43.2
Résultat		0.3	0.0	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			

Source : D'après le PGFP (Courriel du 14 octobre)

Quoiqu'il en soit, pour faire face à l'augmentation de ses charges, l'hôpital prévoit une hausse moyenne des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) de plus de 2% (hors inflation).

La capacité d'autofinancement (CAF) prévisionnelle retenue par le CHBS ne paraît pas sur estimée *a priori* si l'on regarde les valeurs obtenues les dernières années.

Comparaison de la CAF réalisée et prévisionnelle en milliers d'euros

CAF réalisée (Comptes de gestion)			CAF Prévisionnelle (PPI)										
2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
16 939	15 633	18 792	14 584	14 009	9 508	7 607	7 551	12 386	13 255	13 873	14 399	14 943	15 476

Source : tableau de bord des indicateurs financiers 2007 - DGFIP ; PPI EPRD 2008 - CHBS

Cependant le montant retenu n'est pas aussi prudent qu'il semble l'être. En neutralisant les charges d'intérêts dans le calcul (ce qui revient dans le tableau ci-dessous à les rajouter au montant de la CAF puisque par construction ces charges sont déduites des produits pour calculer la CAF), cette grandeur passe de 19 millions € en 2007 à 26 millions € en 2018, ce qui correspond à une croissance annuelle de 4,6%. L'hôpital prévoit donc de forts gains de productivité

Evolution de la CAF et des charges financières (tous budgets)

En milliers d'euros	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	τ moy. 08/18
CAF	17 793	14 584	14 819	10 928	9 080	8 325	12 792	13 214	13 691	14 606	15 627	16 860	1.5%
Charges financières	1 297	2 401	2 365	6 785	11 058	12 482	12 785	12 343	11 740	11 165	10 461	9 722	15.0%
CAF + Charges fin.	19 090	16 985	17 184	17 713	20 139	20 806	25 577	25 557	25 431	25 771	26 087	26 582	4.6%

Source : PGFP 2008

De même, la Chambre constate qu'entre la version du PGFP présentée dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2007 et celle d'octobre 2008, les prévisions de charge pour le budget principal ont augmenté de 78 millions d'euros en cumulé sur la période 2007-2012, soit une hausse de 7,8%. Cela résulte selon l'hôpital des surcoûts d'exploitation de l'ouverture du pôle « femme – mère – enfant » et de la réévaluation du montant des travaux du Scorff.

Comparaison des prévisions de charge du budget principal selon les versions du PGFP

En millions d'euros		2007	2008	2009	2010	2011	2012	Σ
I	PGFP 2006-2012	162	163	163	165	171	170	994
II	PGFP 2007-2018	166	172	174	178	187	194	1 072
II-I	Ecart	4	9	11	13	16	24	78

Source : PGFP 2006-2012 (EPRD 2007); PGFP 2007-2018 (Courriel du 14 octobre 2008)

Si l'actualisation des prévisions de charges est louable, cette comparaison a le mérite de rappeler que celles-ci sont pour le moins imprécises et ont une nette tendance à sous estimer les charges.

Une CAF nette négative

Le plan de financement prévu génère une CAF nette négative sur la plus grande partie du plan.

Evolution de la CAF nette prévisionnelle

En milliers d'euros	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CAF [*]	17 793	14 584	14 819	10 928	9 080	8 325	12 792	13 214	13 691	14 606	15 627	16 860
Rembours. dette (hors OCLT)	5 101	5 575	6 079	9 316	12 402	14 578	15 754	15 276	14 762	15 050	15 372	15 443
CAF* nette	12 692	9 009	8 740	1 612	-3 321	-6 253	-2 962	-2 062	-1 071	-444	255	1 417

Source : d'après les données du PGFP 2007-2018 version du 14 octobre 2008

Un important prélèvement sur le fonds de roulement

De même, la prévision de prélèvement sur le fonds de roulement est importante puisqu'elle est proche du montant du fonds de roulement pour 2006 (16,9 millions €).

Estimation de l'apport au (prélèvement sur le) fonds de roulement en milliers d'euros

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Σ
-7 498	-2 671	-4 630	-48	59	-806	-80	358	-201	476	-1 325	337	-16 029

Source : d'après les données du PGFP 2007-2018 version du 14 octobre 2008

Un important recours à l'emprunt

Le financement de l'opération se fait en majeure partie par l'emprunt (emprunts et ouvertures de crédits à long terme (OCLT) représentant 60% du financement).

Financement prévus dans le PPI

	Financement	%
Emprunts - T1	287 130 000 €	56%
Apports, dotations, réserves - T2	12 180 000 €	2%
Autres recettes - T3	6 000 000 €	1%
OCLT	21 540 000 €	4%
CAF	148 690 985 €	29%
Δ fonds de roulement	38 193 673 €	7%
Σ	513 734 658 €	100%

Source : PPI EPRD 2008 (version du 14 octobre 2008)

Ce fort recours à l'emprunt est possible parce que l'hôpital de Lorient part d'une situation où les emprunts constituent une part relativement faible de ses ressources stables.

Il convient de noter toutefois que les capitaux propres de l'établissement feront l'objet, à compter de 2011 de reprises sur provisions pour renouvellement des immobilisations, ce qui, avec les recours massifs à l'emprunt contribuera à dégrader mécaniquement ce taux.

Enfin, par définition, la part des emprunts dans le total des ressources dépend du montant des autres ressources. Or, les valeurs prévisionnelles de la CAF et du prélèvement sur fonds de roulement paraissent optimistes. Au final, la part de l'emprunt pourrait être plus importante que prévue.

4 - Organisation des soins

4.1. L'administration de l'hôpital

Le fonctionnement à l'hôpital de Lorient

L'établissement dévoie parfois les textes ce qui peut aboutir, comme dans l'exemple de l'exécution budgétaire, à des décisions qui peuvent être contestées à tous moments.

Ainsi les taux d'exécution budgétaire proches, voire strictement égaux à 100%, résultent des décisions modificatives du mois de décembre.

Vote des documents budgétaires - exercice 2006

	Date séance conseil d'administration	Date contrôle légalité DDASS	Date retour
EPRD	19-avr.-06	26-avr.-06	28-juin-06
DM N°1	30-oct.-06	8-nov.-06	22-nov.-06
DM N°2	15-déc.-06	21-déc.-06	10-janv.-07
DM N°3	15-déc.-06	21-févr.-07	1-mars-07
Compte financier	1-juin-07	8-juin-05	20-août-07

Or la procédure est ici dévoyée : en effet la décision modificative n°3, qui porte la même date que la n°2 « a été « rattachée » au conseil d'administration du 15 décembre 2006 pour les raisons suivantes :

« 1 – EPRD principal : des moyens supplémentaires alloués au CHBS lors de la Commission exécutive de l'ARH du 18 décembre 2006, au titre des ajustements de fin de campagne 2006, pour les tensions budgétaires, soit 3 jours après la séance du conseil d'administration et à 10 jours de Noël. Cependant cette information a été donnée aux membres du CA le 15 décembre car elle était connue même si le montant précis ne l'était pas. Dans cette même DM 3 figuraient également des reprises sur provisions difficilement chiffrables avant la période complémentaire 2006 en janvier 2007.

2 – EPRD des écoles : cette DM3 relative au budget des écoles est liée à des ajustements entre titres de dépenses, ne modifiant pas le montant des dépenses autorisées à l'EPRD modifié n°2 précédent. Cependant, comme les crédits transférés du titre 1 vers le titre 2 provenaient d'un chapitre limitatif, ils devaient nécessairement figurer dans une DM. De plus, ces crédits disponibles au titre 1 ont permis notamment de constituer au titre 2 une provision pour CET, connue précisément durant la période complémentaire 2006. »

Si ceci témoigne de l'affaiblissement du rôle du conseil d'administration au profit des autres instances de direction, la chambre rappelle à l'établissement que la décision modificative n°3 a été prise sans que le conseil d'administration se soit prononcé. Elle est donc non seulement irrégulière mais aussi juridiquement inexistante.

4.2. La permanence des soins

Le recours à des praticiens contractuels rémunérés forfaitairement

La règle

Le I de l'article 8 du décret n°93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des EPS dispose que « les praticiens contractuels recrutés en application des 1°, 2°, 4° et 5° de l'article 2 [dudit décret] sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens à temps plein ou aux praticiens à temps partiel recrutés en début de carrière, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat en ce qui concerne les praticiens à temps partiel. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4^{ème} échelon de la carrière majorés de 10% ».

Le constat à Lorient

La moitié des contrats examinés (à savoir ceux joints au compte de gestion) présente des rémunérations conformes aux dispositions réglementaires. L'autre moitié montre des rémunérations forfaitaires.

Le contrat du 19 juillet de M. X prévoit « une rémunération nette forfaitaire d'un montant de 650 €, garde incluse, par unité de 24 heures » pour les périodes allant du 24 au 27 juillet inclus et du 7 au 13 août inclus.

L'article 3 du contrat du 16 août 2006 prévoit que le « Dr Y percevra, pour ce remplacement [du lundi 21 au vendredi 25 août inclus] une rémunération nette forfaitaire de 610 €, garde incluse, par unité de travail de 24 heures. Son contrat du 9 octobre pour la période du lundi 30 au mardi 31 octobre et du jeudi 2 au vendredi 3 novembre inclus prévoit la même disposition.

Le contrat du 27 juin de M. Z pour les périodes du 3 au 5 août et du 16 au 18 août inclus prévoit que « l'intéressé percevra à ce titre une rémunération forfaitaire nette, garde incluse, de 600 € par jour de suppléance, soit 3 600 € pour les périodes considérées.

Le contrat du 20 juin avec M. XX pour la période du 14 au 21 août inclus prévoit que « l'intéressé percevra une rémunération forfaitaire nette, gardes incluses, de 4 300 € pour la période considérée ». Soit 537,5€ par jour.

Le contrat du 28 mars recrutant M. XY pour les périodes du lundi 10 au vendredi 14 avril et du lundi 17 au vendredi 20 avril prévoit en son article 3 qu'il « percevra, pour ces remplacements, une rémunération nette forfaitaire de 500 €, garde incluse, par unité de travail de 24 heures ». Le contrat du 26 juillet avec M. XZ prévoit lui « une rémunération forfaitaire nette de 500 € par jour de suppléance, soit 2 500 € pour la période considérée ».

Enfin, deux cas particuliers sont à relever. D'une part celui de M. C. pour lequel contrairement aux autres, le contrat ne contient pas d'article relatif à la rémunération. L'hôpital indique à la Chambre que ce médecin a quitté l'établissement le 1^{er} février 2008 pour un autre hôpital qui lui proposait une rémunération plus favorable et que son poste est resté vacant. D'autre part celui de M. R. L'article 3 de son contrat de travail du 28 avril 2006 est rédigé comme suit : « Pour ce remplacement, l'intéressé percevra la rémunération d'un Praticien Hospitalier à temps plein au 13^e échelon à laquelle s'ajouteront les indemnités pour la permanence des soins qu'il sera amené à assurer dans ce Service pendant cette période ».

Pour justifier cette rédaction, l'établissement souligne qu'il « avait à faire face à une exigence de continuité des soins afin de disposer d'un effectif de chirurgiens suffisant pour assurer les astreintes de traumatologie, particulièrement contraignantes du fait de l'activité et des congés d'été des praticiens. Praticien hospitalier en disponibilité, sa venue n'a été possible qu'en lui assurant une rémunération équivalente à celle correspondant à son échelon statutaire. A défaut, il avait des propositions plus attractives auprès d'établissements privés. »
Les contrats visés ci-dessus sont donc, pour une raison ou pour une autre, tous irréguliers.

Pour expliquer globalement cette situation, le CHBS invoque les éléments suivants :

« En sa qualité d'hôpital de référence, le CHBS est soumis à de fortes obligations de continuité de soins pour le compte de la population de l'ensemble de son territoire de santé. Ses missions sont assurées de façon autonome par les équipes du CHBS et, dans quelques spécialités, en coopération avec d'autres établissements ou praticiens.

Cependant, certains services sont affectés par une vacance durable de postes par manque d'attractivité du secteur public (niveau de rémunération, lourdeur de la permanence des soins) dans des spécialités soumises à une forte concurrence (radiologie, chirurgie). Cette situation impose à l'établissement de recourir à des médecins remplaçant au prix du marché qui dépasse le seuil fixé par la réglementation sur les praticiens contractuels.

Plusieurs initiatives ont été prises pour tenter d'y remédier :

- - sollicitation des établissements de santé et des radiologues privés qui ont opposé une fin de non recevoir à une participation à la permanence des soins dans le cadre du projet médical de territoire ;
- - interpellation des pouvoirs publics via les instances de la Fédération hospitalière de France sur la réalité du marché des médecins remplaçants pour satisfaire aux exigences de la continuité des soins ;
- - lancement d'une consultation en vue de conclure un marché de mise à disposition de personnel médical remplaçant au 2^{ème} semestre 2007. Après examen des offres présentées par trois sociétés prestataires de service et négociation sur les propositions initiales, le marché a été déclaré infructueux pour les motifs suivants :
 - deux des trois sociétés n'étaient pas déclarées comme des entreprises de travail temporaire ;
 - la troisième société qui remplissait cette condition a présenté une offre tarifaire supérieure de 23% au niveau de rémunération versé aux praticiens remplaçants ;
- - projet en 2008 de constitution d'un groupement de commande régional pour la passation de marchés en vue de recourir à du temps médical pour suppléer aux absences statutaires des praticiens en poste et aux vacances de postes. »

L'activité libérale

La chambre a choisi de contrôler l'activité libérale des praticiens percevant plus de 100 000 € d'honoraires, ce qui se limite, dans le cas présent, à un praticien ; M. A.

Le volume de l'activité libérale

« Le CHBS produit pour chaque praticien un tableau comparatif de l'activité publique et privée : ces tableaux sont intégrés dans le rapport d'activité libérale. S'agissant des radiothérapeutes, le comparatif se fait uniquement en nombre d'actes : la valorisation n'étant pas comparable entre le secteur public et le secteur privé. ».

Comparaison des activités privées et publiques de M. A.

Consultations				
Privées		Publiques		Total
Nombre	Valorisation	Nombre	Valorisation	Nombre
0	0,00 €	1213	33 619,06 €	1213
Actes techniques				
Privé		Public		Total
Nombre	Valorisation	Nombre	Valorisation	Nombre
3081	211 363,55 €	5370		8451

Source : rapport d'activité libérale 2006

Ce faisant, l'hôpital ne respecte pas les dispositions des articles L.6154-2 et L.6154-3⁵ du CSP. La circulaire d'application n° DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale précise que « 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 (...) des actes effectués dans le cadre de l'activité publique à celle des actes effectués dans le cadre de l'activité libérale. »

Le système d'information du service de radiothérapie ne permet pas à ce jour de détailler par statut (privé ou public) les actes réalisés par M. A. L'hôpital ne peut donc pas vérifier les déclarations de M. A.

La Chambre invite fortement la commission de l'activité libérale de l'établissement à se doter d'un système lui permettant de déterminer si un acte a été effectué dans le cadre d'une activité libérale ou d'une activité publique. Cet outil lui permettra de s'assurer du respect des trois conditions d'exercice d'une activité libérale édictées à l'article L.6451-2 du CSP (exercice personnel et à titre principal d'une activité de même nature dans le service public hospitalier ; durée de l'activité libérale n'excédant pas 20% de la durée de service hospitalier ; nombre de consultations et d'actes effectués en libéral inférieur à celui pratiqué au titre de l'activité publique). Ce travail est d'autant plus nécessaire que la circulaire précitée rappelle « qu'il est indispensable que les établissements se dotent d'un outil fiable permettant de mesurer l'activité publique et l'activité libérale d'un praticien ».

Selon l'hôpital, « Les radiothérapeutes et physiciens disposent d'un serveur et d'un logiciel dédiés, qui n'ont aucun lien avec la direction informatique et aucun lien avec les systèmes informatiques de contrôle. Le suivi de l'activité libérale est effectué par les physiciens par extraction d'un fichier à plat (.Txt, etc.). Le progiciel de radiothérapie ne sait pas extraire les codes YYYY***. »

L'activité des radiothérapeutes se divise en « actes de préparation » et en « actes d'irradiation ».

Fichier "total public+privé"

Préparation	ZZMK***	271
Irradiation	ZZNL***	8180
Σ		8451

Source : fichier transmis par M.A.

⁵ Article L6154-3 : le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.

Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition.

A la demande de la Chambre d'un « fichier reprenant la totalité des actes et interventions réalisés par le D^r A. », l'établissement a fourni un fichier synthétisé ci-dessus, transmis par le secrétariat de M. A. comprenant 271 codes d'actes de préparation et 8180 codes d'actes d'irradiation. Le total de 8451 correspond à celui des actes réalisés tant en activité publique qu'en activité privée mentionné dans le rapport d'activité libérale.

	Privé	Public	Σ
Préparation et irradiation	3081	5370	8451

En ce qui concerne les irradiations, le fichier de M. A. ne comporte que des codes de type ZZNL***. Il s'agit de codes « classant » i.e. qui n'ont pas de valorisation directe en CCAM mais qui « servent à fabriquer un GHM ». Ces codes ne servent donc a priori qu'à décrire l'exercice d'une activité publique.

En revanche dans ce fichier, ne figurent aucun des codes d'actes d'irradiation type YYYY***. Or, selon les états de liquidation de la redevance, la totalité des actes d'irradiation en activité libérale sont de type YYYY***.

Préparation	ZZMK***	191
Irradiation	YYYY***	3450
Σ		3641

Puisque les données du rapport d'activité libérale et celles du fichier « total public + privé » concordent, le nombre d'irradiations en libéral est donc compris entre 2 810 (3081-271) et 3 081 (il ne peut être égal ni a fortiori supérieur à 3081 car cela signifierait alors qu'il n'y a aucun acte de préparation.)⁶

Il s'ensuit que les codes YYYY***(en lien avec l'activité libérale) ont forcément été transformés en code ZZNL***(en lien avec l'activité publique). Dans les codes ZZNL***il y a des codes YYYY***cachés. On en déduit donc que l'activité publique est facturée également au titre de l'activité privée.

La Chambre a demandé au médecin responsable du département d'information médicale (DIM) de rapprocher le fichier de M. A. des données du PMSI afin d'identifier les actes réalisés en activité publique. Le médecin a répondu qu'il ne pouvait pas le faire, ne disposant pas des codes YYYY***.

Ne comprenant pas cet obstacle au rapprochement la Chambre a demandé le fichier PMSI qui n'a pas été transmis.

Le système tel qu'il est décrit par la Chambre est de nature à permettre un double paiement par l'assurance-maladie d'actes identiques, à la fois au titre de l'activité privée du médecin et au titre de son activité publique.

⁶ On nous a dit que du fait de la mise en œuvre de la CCAM, les états liquidatifs de la redevance comprennent des actes réalisés en 2005 : ceux-ci font mention de 3450 irradiation, ce qui est cohérent avec le chiffre donné plus haut

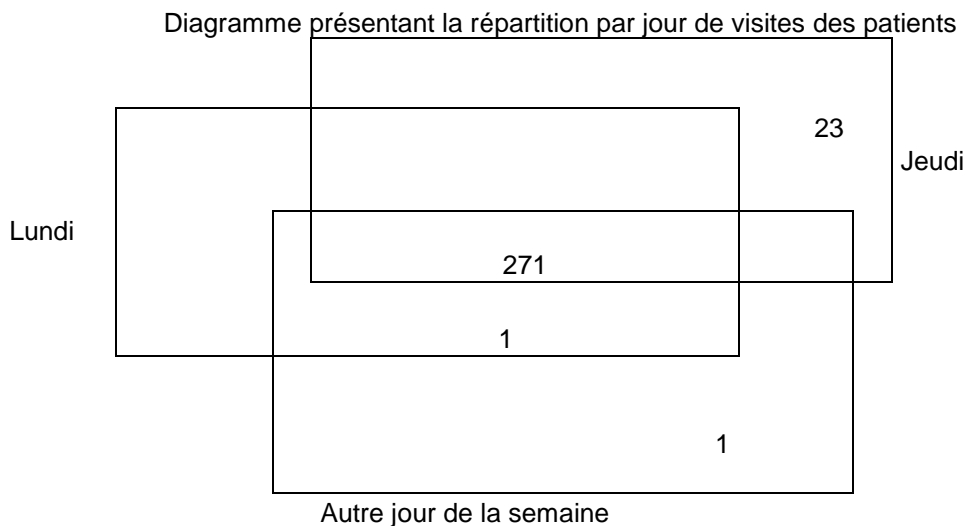
La nature de l'activité libérale

La première condition posée à l'article L.6145-2 du CSP est que l'activité exercée en libéral soit de même nature que celle exercée dans le cadre de l'activité publique. La circulaire DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale 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 (...) des actes effectués dans le cadre de l'activité publique à celle des actes effectués dans le cadre de l'activité libérale ».

Cet aspect n'est pas abordé au CHBS au motif que : « dans le public on valorise l'intégralité de la prestation (on inclut donc notamment le personnel » alors que dans le secteur libéral on valorise uniquement la prestation intellectuelle et l'amortissement du matériel, d'où un écart de 200 € (dans le public) à 60 € (dans le privé) ».

Le CHBS n'a donc fourni qu'un fichier des actes pratiqués, mentionnant leur date en distinguant les hospitalisations complètes des hospitalisations de jour en oncologie et en radiothérapie.

La seule exploitation intéressante de ce fichier consiste à constater que sur les 296 dossiers (même patient en hospitalisation de jour) un seul (n°20060232) n'a reçu aucun acte un lundi ou un jeudi (les deux jours d'activité libérale du Dr A.). De même, sur ces 296 patients, 271 ont reçu des actes à la fois un lundi, un jeudi et un autre jour de la semaine.



Source : CRC d'après le fichier fourni par le CHBS

Se lit comme suit : 271 patients ont donné lieu à un acte à la fois un lundi un jeudi et un autre jour

Tous les patients sont donc vus au moins une fois dans le cadre de l'activité publique. Cela tend à montrer que globalement l'activité libérale est bien de même nature que celle exercée en secteur public, et que par conséquent les dispositions de l'article L.6154-2 du CSP sont respectées.

Toutefois les « préparations » sont effectuées de façon quasi systématique les jours où il y a exercice de l'activité libérale. Sans que l'on puisse affirmer, à ce stade, que ces actes sont effectués systématiquement en libéral (ils peuvent l'avoir été dans la demi-journée réservée à l'activité publique), cela montre l'intérêt pour l'hôpital de pouvoir distinguer si un acte a été effectué au titre de l'activité libérale ou publique.

Actes de préparation réalisés tant en activité privée que publique en 2006 (Dr A.)

acte	Libellé acte de préparation	Nombre	Tarif
ZZMK002	SIMUL SPEC	33	133,60 €
ZZMK011	REPER SCAN DOSIM 3D SIMUL VUE SOURCE+3D +CACHE +/-COLLIMATEUR	63	668,00 €
ZZMK013	SIMUL SPEC +CACHE FOCALISE +/- COLLIMATEUR	24	133,60 €
ZZMK016	REPER SCAN DOSIM 3D SIMUL /SCANO FCT INTEGREE +CACHE +/-COLLIMATEUR	18	501,00 €
ZZMK018	DOSI. 3D+HDV APRES REPERAGE SCAN SIMUL VUE SOURCE]+3D FILTRE PERSO	133	668,00 €
Σ		271	

Source : requête access sur fichiers fourni en réponse questionnaire n°3 (onglets HJ_radiothérapie+HJ_oncologie+HC)

La consolidation des états de décompte de la redevance due à l'hôpital par le Dr A. permet de dresser le tableau des actes de préparation effectués dans le cadre de l'activité libérale. Le rapprochement de ces données avec celles du fichier Excel (présentant la totalité des actes) montre que, d'une part, la quasi-totalité des actes de préparation est réalisée dans le cadre de l'activité privée (191 sur 271, d'où une spécialisation) et que d'autre part, les décomptes sont erronés: ainsi 173 ZZMK011 seraient réalisés en libéral selon l'état liquidatif de la redevance, alors que seuls 63 auraient été réalisés toutes activités confondues (libéral et public).

Actes de préparation réalisés en activité privée en 2006 (Dr A.)

	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
ZZMK002				1	0	2	0	0	1	4
ZZMK013		1		1	1	0	0	0	2	5
ZZMK011	9	25	24	25	16	27	25	8	14	173
ZZMK016		1	2	1	2	1	2	0	0	9
Σ										191

Source : états liquidatifs joints aux titres n°6118 529, 6087357 et 6061366

NB : le retard apporté à la cotation en CCAM s'est traduit par un report de l'activité sur les 2eme et 3eme trimestres. Cependant il s'agit bien de la totalité de l'activité 2006

Ces incohérences résulteraient d'une part du mélange de codes : les ZZMK018 auraient été, selon l'hôpital, transformés en ZZMK011 sur l'état liquidatif de la redevance ce qui donnerait 199 ZZMK011.

En outre, dans le fichier de l'état liquidatif de la redevance il y a 173 ZZMK011 qui, selon l'hôpital, correspondraient aux 12 mois de 2006 et à 8 mois de 2005. Ceci résulterait de la mise en place de la codification commune des actes médicaux (CCAM).

Il en ressort que M. A. aurait effectué plus d'actes de préparation ZZMK011 en privé ($173/20 \times 12 = 103,8$) qu'en public ($199 - 103,8 = 92,2$).

Enfin, il existe un doute sur le décalage du calendrier évoqué par l'hôpital.

En effet l'état liquidatif de la redevance donne 191 actes de préparation ZZMK**** (dont 173 ZZMK011) et 3450 actes d'irradiation. Or ces 3 450 actes d'irradiation étaient inclus dans le décompte des actes d'irradiation du fichier « A. » qui ne portait que sur les 12 mois de 2006.

La Chambre constate donc que, au moins pour les actes de préparation le code de la santé publique n'est pas respecté. La nature de l'activité libérale diffère de celle exercée en secteur public ; certains actes de préparation sont effectués en majorité dans le cadre de l'activité libérale.

L'hôpital souligne dans sa réponse les difficultés matérielles qui existent pour comptabiliser les données de radiothérapie d'une manière standardisée.

L'attribution de primes

Prime spécifique

La prime spécifique (code 100 PRIME SPECIFIQUE de 76,22 € en 2006 ; 90 € en 2007) est attribuée indifféremment aux personnels titulaires et stagiaires et aux personnels non titulaires. Ainsi, 109 bulletins « non titulaires » et 89 « autres statuts » ont une ligne de « prime spécifique ».

Ceci contrevient aux dispositions du décret n°88-1083 du 30 novembre 1988 qui la réserve aux seuls fonctionnaires titulaires ou stagiaires (limitativement énumérés mais essentiellement infirmiers).

Mais la circulaire DH/FH 3 n°91-68 du 23 décembre 1991 étend de sa propre autorité le bénéfice de la prime spécifique aux « agents contractuels après délibération du conseil d'administration de l'établissement. »

Enfin « cette prime est paramétrée avec le code grade de façon automatique. » par le logiciel de paye lui-même.

Prime spéciale de début de carrière

La situation est la même en ce qui concerne la prime spéciale de début de carrière.

Le décret n°89-922 du 22 décembre 1989 attribue une prime spéciale de début de carrière aux fonctionnaires titulaires et stagiaires en activité nommés à la classe normale dans un des corps prévus à l'article 1er du décret du 30 novembre 1988 pendant toute la durée où ils sont au 1er et au 2ème échelon de leur grade.

168 des 185 bénéficiaires de cette prime (38,04 € mensuels au 1er février 2007) sont « autre statut » ou « non titulaire » et par conséquent ne remplissent pas les conditions de l'article 1er du décret n°89-922 du 22 décembre 1989.

L'attribution de cette prime s'appuie sur une délibération du 6 avril 1990 ; elle est là aussi « paramétrée avec le code grade de façon automatique. »

Prime de technicité

Le décret n°91-870 du 5 septembre 1991 attribue une prime de technicité aux ingénieurs hospitaliers. Son article 1^{er} la réserve aux ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires.

Deux ingénieurs non titulaires ont pourtant bénéficié de cette prime en 2007. L'attribution au 1^{er} des deux ingénieurs s'appuie sur une délibération du conseil d'administration. Quant au second, selon l'établissement, la « rémunération (est) fixée en fonction du marché de l'emploi à ce niveau de qualification. »

Indemnité forfaitaire technique

Le décret n°91-871 du 6 septembre 1991 (modifié) accorde une indemnité forfaitaire technique aux adjoints techniques (devenus les techniciens supérieurs hospitaliers). Son article 1^{er} la réserve aux titulaires ou stagiaires.

Un non titulaire bénéficie de ladite prime.

Selon l'hôpital la « rémunération (est) fixée en fonction du marché de l'emploi, dans l'attente de recrutement par concours (...). L'attribution de l'indemnité forfaitaire technique évite de revenir à un indice inférieur lors de la nomination en qualité de stagiaires. »

Indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires

Le décret n°90-841 du 21 septembre 1990 réserve l'attribution de l'IFTS aux seuls fonctionnaires titulaires ou stagiaires ; un attaché non titulaire la perçoit pourtant.

Selon l'hôpital elle est attribuée « pour obtenir une rémunération en relation avec le marché de l'emploi à ce niveau de qualification et en même temps conserver des niveaux indiciaires similaires à ceux des attachés d'administration fonctionnaires. »

Prime diverse

Trente sept personnes bénéficiaient de « prime diverse » au mois de décembre 2007.

Une prime ne peut être versée que sur la base d'un texte légal ou réglementaire. Or, aucun texte ne vise de « prime diverse ».

Ces primes, selon l'hôpital sont versées à des agents qui « assurent des fonctions d'encadrement ».

Indemnité de logement

Une indemnité de 10% du traitement brut est attribuée au personnel de direction ne pouvant être logé par l'établissement. Le décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique la réserve aux « directeurs, directeurs économes, sous-directeurs ou économes » (art.72) et « aux pharmaciens (art.166) ».

Un « directeur des soins infirmiers » ne fait pas partie de la liste des bénéficiaires de cette indemnité.

Ceci est confirmé par le « guide des carrières de la FPH » qui, s'il mentionne cet avantage pour les directeurs d'hôpitaux et les directeurs d'établissement sanitaire et sociaux, et médico-sociaux, ne le mentionne pas pour les directeurs des soins.

L'hôpital explique l'octroi de cette indemnité par « l'insuffisance du nombre de logements pour les directeurs de soins. ». Il s'appuie là encore sur une délibération du 14 octobre 1992 que l'établissement a transmise à la chambre.

En résumé sur l'ensemble des primes versées par l'établissement, un bon nombre l'est sans respect des textes réglementaires.

L'hôpital dans sa réponse rappelle à la Chambre que les primes attribuées à des personnels contractuels sont, pour la plupart, prévues par des circulaires ministérielles. En outre « pour (...) la prime de technicité il existe une instruction de la Direction des Hôpitaux du 14 Mars 1986 n° 05098-36 qui demande aux établissements qui recrutent des agents contractuels de prévoir « une prime dont le montant est équivalent à la somme des primes dont bénéficient les titulaires. »

Le personnel contractuel non médical

N'ayant pas la totalité des pièces justificatives du compte de gestion, la Chambre a cherché à dresser la liste des contrats absents des pièces justificatives de l'exercice 2006 du compte 641.

Elle disposait des douze fichiers de paie « bulletins de paie » de l'année 2006. Comme le contrat doit être joint à l'appui du premier mandat de paiement, elle a considéré qu'il devait être joint à l'appui de la paie des « nouveaux » matricules des contractuels non médicaux.

Il faut entendre par « nouveau » tout matricule d'un mois n donné qui ne figure pas dans le fichier de paie du mois n-1. (Ex : les matricules de la paie de février qui ne figurent pas dans la paie de janvier).

Les contractuels ont été identifiés par leur statut « non titulaire » ou « autre statut ». Le personnel non médical a été identifié comme étant celui dont l'emploi ne commence pas par « MED ».

Enfin, le montant brut considéré est le total annuel des montants bruts mensuels des matricules des « nouveaux » personnels ainsi définis. De cette façon, la totalité de la rémunération annuelle des « nouveaux » personnels de février, par exemple, est prise en compte.

Il en résulte que si 5,3 millions € ont été versés aux « nouveaux » personnels, seuls 3,4 millions l'ont été pour des contractuels non médicaux.

Montant brut des "nouveaux" personnels en 2006

	CompteDeMatricule	SommeDeBrut (table total paye 2006)
"Nouveaux"	1226	5 362 606 €
Nouveaux "contractuels"	1041	4 689 720 €
Nouveaux "contractuels" non médicaux	904	3 411 166 €

Source : requêtes Access sur fichiers de paye export Xemelios

Or sur le compte de gestion figure un montant de 9 millions d'euros pour le personnel contractuel (non médical) en 2006.

Rémunération du personnel non titulaire (& non médical) en 2006

		Principal	Ecoles	Maisons de ret	Long séjour	Σ
6413	Personnel en CDI	441 154			10083.22	451 238
6415	Personnel CDD	7 244 980	18392.63	70221.65	1307465.81	8 641 060
Σ		7 686 134	18 393	70 222	1 317 549	9 092 297

Source : balance du compte de gestion des budgets principal, écoles, maison de ret. et long séjour

Ce sont donc près des deux tiers des charges de personnel contractuel non médical de l'exercice 2006 qui portent sur du personnel contractuel non médical non « nouveaux », i.e. engagé avant 2006. Il s'agit en fait de personnels contractuels « permanents ».

De plus que le total annuel du montant brut des bulletins de paye des « autre statut » et « non titulaire » est de 9,37 millions d'euros, dépassant les 9,09 millions inscrits aux comptes 6413.

Statut	SommeDeBrut
AUTRE_STATUT	3 354 261
NON_TITULAIRE	6 021 294
Σ	9 375 555

Source : brut annuel cumulé fichiers export Xemelios

Règles relatives au recrutement du personnel contractuel non médical

La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 et notamment son article 9 permet de recruter des contractuels dans la fonction publique hospitalière. Elle a été modifiée par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 pour tenir compte des dispositions de la directive européenne 1999/70/CE du 28 juin 1999 sur le travail à durée déterminée.

Si la motivation du recours aux contractuels n'a pas changé, ses conditions d'exercice ont changé afin de diminuer la précarité et favoriser les CDI.

La motivation du recours aux contractuels

Les contractuels de la fonction publique hospitalière peuvent être recrutés pour cinq motifs :

1° « [...] lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration et nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées (*1^{er} alinéa de l'art. 9 de la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005*). »

2° Pour occuper les « emplois à temps non complet d'une durée inférieure au mi-temps correspondant à un besoin permanent » (*alinéa 2 de l'article 9*).

3° « [...] pour assurer le remplacement momentané de fonctionnaires hospitaliers indisponibles ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ». (*1^{er} alinéa de l'art. 9-1 de la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005*).

4° « [...] pour faire face temporairement ou pour une durée maximale d'un an à la vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu » (*2^{ème} alinéa de l'art. 9-1*).

5° « [...] pour exercer des fonctions occasionnelles pour une durée maximale d'un an » (*3^{ème} alinéa*).

Le type de contrat

Pour les agents recrutés au titre des 1^{er} et 2^{ème} motifs, le contrat peut être un CDI ou un CDD de 3 ans maximum. La reconduction ne peut alors se faire qu'en CDI (*article 9 de la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005*).

S'ils ont été recrutés au titre des 3^{èmes} et 5^{èmes} motifs, alors le recrutement se fait en CDD (*article 9-1 de ladite loi*).

La situation au CHBS

L'essentiel des recrutements concerne des infirmiers, des aides soignants et des ASH. Les fonctions de ces personnels ne correspondent pas au premier motif de recrutement (nature des fonctions ou besoins du service).

Concernant le deuxième motif (temps non complet inférieur au mi-temps), la liste des 8 120 bulletins de paie de contractuels non médicaux de 2006 (sur les 33 860 bulletins de paie de l'exercice) montre que beaucoup portent sur du temps de travail complet (nombre d'heures de 151,67) et que sur un grand nombre d'entre eux le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué. Concernant le troisième motif, sur la liste des 1014 lignes correspondant aux 965 lignes des personnels contractuels non médicaux (auquel il faut ajouter 49 lignes du fait de changement de régime de temps de travail), seuls 74 lignes présentent un temps de travail différent de 100.

L'hôpital confirme que le motif unique du recrutement s'appuie sur l'article 9-1 alinéa 1 de la loi précitée : « [...] pour assurer le remplacement momentané de fonctionnaires hospitaliers indisponibles ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ».

Délibéré le 3 décembre 2009

Michel RASERA
Conseiller maître à la Cour des comptes

Centre Hospitalier de Bretagne Sud

ENREGISTRE AU GREFFE
LE 01 FEV. 2010

Lorient le 29 janvier 2010

Le Directeur

à

V/Réf : PP/CG
N/Réf : RC/JP n° 20/10

Monsieur le Président
Chambre Régionale des Comptes
3, rue Robert d'Arbrissel
CS 64231
35042 - Rennes cedex

Objet : Réponse aux observations définitives.
Lettre RAR.

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 6 janvier dernier, je vous fais parvenir en pièce annexée les réponses apportées au rapport définitif formulées par la Chambre Régionale des Comptes suite à l'ouverture le 13 février 2009 du contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier de Bretagne Sud.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à toute précision et demande d'information complémentaire émanant de vos services.

PJ : Dossier CHBS

B.P. 2233 - 56322 Lorient Cedex - Tél : 02 97 64 90 00 - Fax : 02 97 64 91 12

(*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L241-11 du Code des juridictions financières

CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD

Observations au rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes

1 / - Réponses aux observations relatives au domaine financier

► REDEVANCE MATERNITE (CAPITAL ET INTERETS) IMPUTEE A L'EXPLOITATION (réponse relative aux observations concernant l'inscription au compte 16 de la totalité des dettes financières, page 3)

Compte-tenu de la spécificité du montage financier propre aux emprunts liés au bâtiment Maternité, il est indispensable de se rapporter aux développements du rapport lui-même (2.5 pages 8 et 9), afin de relativiser la portée du jugement sur la sincérité des comptes.

2/ Réponses aux observations relatives au personnel médical

4.2. La permanence des soins (page 19)

Le recours à des praticiens contractuels rémunérés forfaitairement

Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud veille à respecter strictement le cadre fixé par la réglementation dans la gestion statutaire du personnel médical.

Cette exigence se traduit notamment par :

- ↳ un recours privilégié aux statuts de praticien hospitalier, de praticien attaché et d'assistant,
- ↳ un recrutement limité de praticiens contractuels avec une grille de rémunération homogène (1^{er} - 3^{ème} échelon pour les anciens internes selon l'expérience, 4^{ème} échelon pour les anciens chefs de clinique-assistant, 4^{ème} échelon + 10 % dans les spécialités à forte concurrence que sont l'imagerie et la chirurgie).

Ce n'est qu'en l'absence de candidature répondant à ces conditions que l'établissement peut se trouver contraint d'appliquer une rémunération forfaitaire dans des spécialités soumises à des obligations strictes de continuité des soins.

Les cas relevés par la Chambre ne concernent que trois spécialités : l'imagerie médicale, la chirurgie orthopédique et les urgences.

Ils sont liés à des vacances de postes médicaux dans un contexte de recomposition de l'offre de soins territoriale marquée par un recentrage de l'activité d'urgence sur le CHBS en sa qualité d'hôpital de référence.

L'établissement ne peut que confirmer les initiatives prises pour tenter de remédier à cette situation (cf. page 21 du rapport d'observations définitives).

Il constate que la tension en matière de démographie médicale s'est à nouveau accrue dans de nombreuses spécialités médicales.

Il espère que les nouvelles dispositions de la loi HPST (notamment celles relatives aux cliniciens hospitaliers – article 19) contribueront à apporter une réponse à ce manque d'attractivité des emplois médicaux à l'hôpital public.

Concernant les deux cas particuliers relevés

- pour le Docteur C., le service des urgences s'est vu accorder du temps médical affecté à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Il est resté non pourvu pendant plusieurs années. L'établissement a eu l'opportunité de s'assurer les services d'un médecin urgentiste anciennement au service de santé des armées. Son recrutement a fait l'objet d'une négociation au regard des conditions de reprise d'ancienneté qui lui étaient proposées par les autres établissements intéressés par sa candidature. L'absence de référence dans son contrat à sa rémunération constitue une omission. Ce praticien a démissionné le 1^{er} février 2008 pour un autre établissement qui lui proposait des conditions plus favorables. Ce temps médical reste depuis lors non pourvu.
- le Docteur R. a été recruté en chirurgie orthopédique pour suppléer la vacance temporaire d'un poste. L'établissement avait à faire face à une exigence de continuité des soins afin de disposer d'un effectif de chirurgiens suffisant pour assurer les astreintes de traumatologie, particulièrement contraignantes du fait de l'activité et des congés d'été des praticiens. Praticien hospitalier en disponibilité, sa venue n'a été possible qu'en lui assurant une rémunération équivalente à celle correspondant à son échelon statutaire. A défaut, il avait des propositions plus attractives auprès d'établissements privés.