

La présidente

Le 11 août 2017

à

Dossier suivi par : Annie FOURMY, greffière
T : 02.99.59.85.44
Mèl : annie.fourmy@crtc.ccomptes.fr

Réf. : 2016-0018

Objet : observations définitives relatives à l'examen de la
gestion du centre hospitalier de Quimperlé

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur GAMOND-RIUS
Directeur du centre hospitalier de Quimperlé
20, Bis avenue du Général Leclerc
BP 134
29300 Quimperlé cedex

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Quimperlé concernant les exercices 2010 et suivants pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance, dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code précité, le rapport d'observations est transmis au préfet ainsi qu'à la directrice départementale des finances publiques du Finistère.

Par délégation, la présidente de section

Francine DOSSEH



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE QUIMPERLE (Finistère)

Exercices 2010 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 18 mai 2017.

SOMMAIRE

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	6
1.1. L'ETABLISSEMENT	6
1.2. CERTIFICATION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)	6
1.3. LE TERRITOIRE DE SANTE N° 3	6
1.4. ATTRACTIVITE ET PARTS DE MARCHE DU CHQE	7
1.5. L'EVOLUTION DES CAPACITES ET DE L'ACTIVITE DU CHQE	8
2. POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DU CHQE	9
2.1. LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LE CPOM	9
2.2. LES COOPERATIONS	9
2.2.1. La communauté hospitalière de territoire (CHT) et le groupement hospitalier de territoire	9
2.2.2. Le CHQE, membre de plusieurs GCS	10
2.3. GOUVERNANCE ET ORGANISATION POLAIRE	10
3. LA SITUATION FINANCIERE DU CHQE	11
3.1. PRESENTATION DE LA STRUCTURE BUDGETAIRE	11
3.2. L'EXECUTION BUDGETAIRE ET LE VOTE DES EPRD EN DEFICIT	11
3.2.1. L'exécution budgétaire	11
3.2.2. Le vote des budgets en déficit	11
3.3. LA FIABILITE DES COMPTES	12
3.3.1. Utilisation du compte « Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles »	12
3.3.2. Les amortissements	12
3.3.3. Les virements internes	12
3.3.4. Recettes à classer et à régulariser	12
3.4. LA SITUATION FINANCIERE	13
3.4.1. Les produits de l'activité	13
3.4.2. Les charges de fonctionnement	14
3.4.3. L'évolution des résultats	15
3.4.4. La gestion de la dette	15
3.4.5. La formation de l'autofinancement	16
3.4.6. La situation patrimoniale	16
3.4.7. Les plans de retour à l'équilibre	17
3.4.8. Le PGFP	17
4. LA GESTION INTERNE	18
4.1. LES ACHATS	18
4.2. LA COMPTABILITE ANALYTIQUE	18
4.3. LA CUISINE CENTRALE	19

5. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	19
5.1. PRESENTATION DU SERVICE	19
5.2. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE	19
5.3. LA CARRIERE DES AGENTS	20
5.3.1. La procédure de recrutement	20
5.3.2. Les durées d'avancement d'échelon	20
5.4. L'ABSENTEISME	20
5.5. LE REGIME INDEMNITAIRE	21
5.5.1. La prime spécifique	21
5.5.2. Le versement de la prime de technicité	21
5.5.3. Le versement de l'indemnité forfaitaire technique	21
5.6. LA SITUATION D'UN PRATICIEN SANS ACTIVITE	22

Centre Hospitalier de Quimperlé
OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE
DES COMPTES DE BRETAGNE
Exercices 2010 et suivants

La chambre régionale des comptes de Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier de Quimperlé à compter de l'exercice 2010. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 24 juin 2016.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 15 décembre 2016 avec Madame BRISION, directrice, représentant également Messieurs MOREL et COUNY, anciens directeurs.

Lors de sa séance du 17 janvier 2017, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 31 janvier 2017 à Madame BRISION, directrice, ainsi que, pour celles les concernant, aux anciens directeurs. Des extraits ont été également adressés aux tiers mis en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 18 mai 2017, a arrêté ses observations définitives.

RÉSUMÉ

Le centre hospitalier de Quimperlé (CHQE) est un établissement public de santé multisites de 569 lits et 59 places, touchant un bassin de population de 60 000 habitants. L'hôpital appartient au territoire de santé n° 3 dont l'hôpital de référence est le centre hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) de Lorient. Ce territoire se caractérise par une population vieillissante et un déficit d'infrastructures d'accueil des personnes âgées dépendantes. L'établissement est bien positionné avec une médecine adaptée à la typologie de sa population, deux EHPAD, un service de psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation et une unité de soins longue durée. En janvier 2017, la direction de ces hôpitaux sera centralisée au CHBS de Lorient.

L'hôpital connaît une baisse de son activité de médecine, une baisse des taux d'occupation de l'USLD et des EHPAD, ainsi qu'une augmentation des durées moyennes de séjours en médecine, ce qui n'est pas favorable à l'évolution de ses recettes.

La situation financière de l'hôpital de Quimperlé est tendue et offre peu de marges de manœuvre. Les charges ont augmenté de 2,5 % en moyenne annuelle depuis 2012 alors que les produits n'augmentaient que de 0,7 %, et les résultats comptables sont devenus déficitaires pour atteindre -1,2 M€ en 2015. La construction de l'EHPAD de Bois Joly s'est traduite par une augmentation de l'endettement qui atteint 23,4 M€ au 31 décembre 2015. La marge et l'autofinancement dégagés par l'exploitation sont faibles et se dégradent. L'établissement doit donc maîtriser ses charges pour préserver sa capacité à renouveler son patrimoine et à maintenir son attractivité.

S'agissant de la gestion des ressources humaines, la chambre relève que l'absentéisme est supérieur à la moyenne et nécessite la mise en place d'un plan de lutte.

Par ailleurs, le cas individuel d'un praticien, absent depuis 30 ans mais maintenu dans les effectifs et rémunéré, a été relevé. Les instances médicales et les différents responsables médicaux de l'établissement ont, au cours de ces années, manifesté une volonté individuelle de ne pas travailler avec l'intéressé tout en le protégeant, en raison de sa qualité de praticien hospitalier. Une telle situation irrégulière, liée à une volonté de défense du corps des praticiens hospitaliers, contrevient à l'intérêt général, aux intérêts du système de santé publique et de protection sociale et altère la pérennité financière de l'établissement. Outre un déficit d'image, il en est résulté un coût salarial de 130 000 € par an et une privation de recettes annuelles estimée à 980 000 €, soit un coût total de 5,5 M€ entre 2012 et 2016.

Recommandations

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

- 1 Elaborer un compte de résultat analytique (cf. § 4.2) ;
- 2 Analyser les causes de l'absentéisme et mettre en place un plan visant à le réduire (cf. § 5.4).

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans son résumé.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1. L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier de Quimperlé (CHQE) est un établissement public de santé de 569 lits et 59 places dont 14 pour le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) qui permet d'accueillir, dans la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modéré. Il est situé sur un bassin de population de 60 000 habitants environ. Quimperlé est la seule ville importante dans une zone rurale et touristique, et connaît par conséquent des pics d'activité saisonniers.

Le CHQE est implanté sur quatre sites principaux : le site principal de la Villeneuve à Quimperlé ; le site de Kerlanhard pour la psychiatrie et les fonctions de logistique (unité de production culinaire, lingerie, magasin) et, à proximité, l'hôpital de jour psychiatrique « J.-B. Pussin » ; le site de Bois-Joly avec une unité de soins de longue durée (USLD), une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents et gériatriques, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le PASA ; enfin, le site de Moëlan-sur-Mer avec un EHPAD. A cela s'ajoutent deux centres médico-psychologiques (CMP) à Quimperlé et Scaër.

Entre 2007 et 2008, l'établissement a connu la suppression quasi-totale des activités de chirurgie et d'obstétrique. Il assure les urgences et le service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR) ainsi que des activités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il dispose d'un plateau technique composé d'un laboratoire, de l'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, scanner, mammographie et échographie), de la rééducation fonctionnelle et de la pharmacie.

1.2. CERTIFICATION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

En novembre 2013, la HAS avait émis des réserves sur la pertinence des soins, la gestion des événements indésirables ainsi que des recommandations au sujet du dossier patient, dont une tenue insuffisante peut amener des médecins libéraux prescripteurs à orienter leurs patients vers d'autres établissements. Depuis, le CHQE a réalisé un travail important pour améliorer la qualité du dossier patient, ce qui a permis de lever les réserves de la HAS sur ce point.

1.3. LE TERRITOIRE DE SANTE N° 3

Le CHQE est situé dans le territoire de santé n° 3 dont l'établissement de référence est le centre hospitalier de Bretagne sud à Lorient (CHBS), situé à 23 km et environ 20 minutes par la route. Ce territoire a la particularité d'être positionné sur deux départements : le Morbihan et le Finistère.

Les interlocuteurs administratifs et médicaux de référence sont répartis entre les deux départements : le secteur sanitaire relève du contrôle administratif et financier de la délégation territoriale de l'ARS du Morbihan, le secteur médico-social dépend du conseil départemental du Finistère et de la délégation territoriale de l'ARS du Finistère, et l'organisation des transferts des patients (centre 15) relève du service d'aide médicale urgente (SAMU) du Finistère.

Le territoire de Quimperlé est considéré comme une zone présentant peu de difficultés en offre de soins de premier recours, mais elle est bordée d'un côté par la zone du Faouët inscrite en zone prioritaire et celle de Bannalec en zone fragile, et de l'autre par des zones côtières sans difficultés.

La population du territoire de proximité de Quimperlé est vieillissante avec un indice de vieillissement¹ de 101,1 pour une moyenne nationale de 71,9. Le taux d'équipement du territoire de proximité de Quimperlé pour l'accueil des personnes âgées dépendantes est inférieur à celui de la région, tant en hébergement permanent (type EHPAD) qu'en accueil de jour (type PASA). Alors que le taux moyen breton d'équipement en EHPAD est de 116,8 pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans, il n'est que de 92,8 sur le territoire de proximité de Quimperlé.

1.4. ATTRACTIVITE ET PARTS DE MARCHÉ DU CHQE

Le recrutement des patients est essentiellement local (Quimperlé, Moëlan-sur-Mer, Scaër et Bannalec). En 2015, la fréquentation des moins de 18 ans représente 22,07 % des passages et celle des plus de 75 ans, 21,09 %.

Le CHQE détient 28,3 % des parts de marché sur la totalité des activités de l'hôpital tandis que le CHBS en représente 30,5 %. Il est prédominant en médecine avec 44,7 % de parts de marché dans la zone. En chirurgie, l'activité est résiduelle et intervient dans le cadre de coopérations avec le CHBS en orthopédie et chirurgie viscérale. Sa part de marché en chirurgie en hospitalisation complète est de 10,2 % en 2015.

L'établissement s'est spécialisé. Le nombre minimum de types d'actes médicaux représentant 80 % des séjours se réduit, passant de 57 à 54. Ce nombre est réduit par rapport à d'autres établissements de taille comparable et représente un atout grâce à une spécialisation accrue. L'établissement est bien positionné sur son territoire.

¹ Rapport entre la population des personnes âgées de 60 ans et plus et la population des personnes âgées de moins de 20 ans.

1.5. L'EVOLUTION DES CAPACITES ET DE L'ACTIVITE DU CHQE

Le nombre de lits et places est stable sur la période avec 97 lits de médecine et 5 places. L'activité du CHQE augmente sur la période. Le nombre de séjours en médecine, mesuré en nombre de RSA², augmente de 2011 à 2013, passant de 4 433 à 4758, mais se réduit en 2015 pour atteindre 4 519. Le nombre de RSA de médecine en ambulatoire passe de 996 en 2011 à 927 en 2015. La diminution de l'activité en ambulatoire, mieux rémunérée et priorité des politiques de santé, pénalise l'établissement.

Tableau n° 1 : Activité et RSA

Activité	2011	2012	2013	2014	2015	% 2011/2015	% moyen
Nombre de RSA de médecine (HC)	4 433	4 559	4 758	4 604	4 519	1,94%	0,48%
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	379	375	352	460	437	15,30%	3,62%
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	996	960	944	867	927	-6,93%	-1,78%
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	103	72	97	72	70	-32,04%	-9,20%
Nombre de séances autres	76	191	189	256	156	105,26%	19,70%
Nombre d'actes chirurgicaux	1	1	1	1	2	100,00%	18,92%
Nb d'ATU	14 798	14 385	13 732	14 737	17 644	19,23%	4,50%
Nombre d'actes d'endoscopies	328	332	340	368	299	-8,84%	-2,29%
Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	57	56	57	54	54	-5,26%	-1,34%

(Source : Hospidiag)

Le taux d'occupation des lits en médecine est satisfaisant, avec 92,8 % en 2014. Les taux d'occupation de l'USLD et des EHPAD diminuent globalement sur la période. Ils passent de 98,58 % à 95,72 % pour l'USLD entre 2012 et 2015 et de 98,15 % à 97,09 % pour les EHPAD. L'hôpital explique cette baisse par le transfert des patients dans le cadre de l'ouverture d'une nouvelle unité de Bois-Joly en 2015.

La durée moyenne des séjours (DMS) a diminué entre 2012 et 2013 pour augmenter jusqu'en 2015 alors même que l'activité en médecine diminue. En 2015, l'hôpital maintient ses patients en hospitalisation de médecine plus longtemps que les autres établissements. L'indice de performance de la DMS (IP – DMS³) en médecine passe de 0,989 à 1,019 entre 2011 et 2015. Cette dégradation pénalise l'établissement en termes de coûts.

² Résumé de sortie anonyme.

³ Cet indicateur compare la DMS de médecine de l'établissement à celle standardisée de son activité auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de médecine. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire). Un taux supérieur à 1 indique une moindre performance.

2. POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DU CHQE

2.1. LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

Le projet d'établissement du centre hospitalier fixe les grandes orientations de la structure pour la période 2016-2020. Elles correspondent à celles prévues par le CPOM 2012-2017. Signé avec l'ARS, ce dernier prévoit les orientations stratégiques suivantes :

- « 1° : Conforter la gouvernance de l'établissement pour le positionner durablement en tant qu'établissement de proximité en assurant un accès aux soins adapté à sa mission ;
- 2° : Poursuivre les actions de coopération avec les acteurs hospitaliers de proximité en particulier pour le SSR et la santé mentale ;
- 3° : Etablir et/ou conforter les liens entre l'établissement et le secteur SMS (EHPAD notamment) ainsi que la ville ».

2.2. LES COOPERATIONS

2.2.1. La communauté hospitalière de territoire et le groupement hospitalier de territoire

En février 2014, l'établissement a signé la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire (CHT) des hôpitaux des pays de sud Bretagne. La CHT regroupe les centres hospitaliers de Lorient (CHBS), du Faouët, de Quimperlé et de Port-Louis/Riantec, comptabilisant plus de 2 300 lits et places et plus de 4 000 personnels dont 300 médecins. En février 2015, elle a accueilli comme membre associé l'établissement public de santé mentale J.-M. Charcot de Caudan.

La CHT est une structure juridique légère de concertation, basée sur des coopérations existantes :

- La création d'une fédération médicale inter hospitalière médicale de gériatrie (FMIHG) en 2012 ;
- La mise en place d'une équipe médicale unique en biologie et la création en 2012 d'un GCS (groupement de coopération sanitaire) gérant un seul laboratoire bi-site sur le CHBS et le CHQ ;
- La prise de fonction en septembre 2013 de directeurs adjoints partagés entre le CHBS et le CHQ dans les trois secteurs suivants : les finances, les systèmes d'information et les affaires médicales ;
- La mise en synergie des systèmes d'information à travers des projets informatiques communs ou coordonnés ;
- La constitution d'une fédération médicale inter hospitalière des urgences en septembre 2014 ;
- Le projet d'une équipe d'imagerie médicale partagée entre les deux établissements.

Les quatre hôpitaux ont élaboré simultanément leur projet d'établissement avec l'assistance d'un consultant commun. Un travail collaboratif a été mené en parallèle pour l'élaboration du projet médical partagé. Cette politique de coopération s'est renforcée au fil des mois à travers le fonctionnement régulier d'instances communes : bureau de CHT, commission de communauté, directoire et comité de direction communs.

Un groupement hospitalier de territoire (GHT), institué par convention du 27 juin 2016, s'est substitué à la CHT avec pour objectif de créer un seul établissement public de santé territorial au 1^{er} janvier 2018, avec une direction commune entre le CHBS de Lorient et le CHQE.

2.2.2. Le CHQE, membre de plusieurs GCS

En dehors de la CHT, l'établissement est membre de plusieurs groupements de coopération sanitaire (GCS) :

- Le syndicat inter-hospitalier (SIH) « ELLE-LAÏTA », gestionnaire de la pharmacie pour le compte du centre hospitalier de Quimperlé, du centre hospitalier du Faouët, de la maison Saint-Joseph à Quimperlé et du centre de post-cure Kerdudo à Guidel (le pharmacien du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Kerpape participe à l'astreinte uniquement). Le SIH a été transformé en GCS le 1^{er} janvier 2015.
- Le SIH « Santé-Logistique » à Caudan, qui prend en charge l'activité de blanchisserie pour l'établissement. Le SIH a été transformé en GCS au 1^{er} janvier 2016, conformément aux dispositions de la loi du 21 juillet 2009.
- Le groupement sanitaire « réseau Bretagne urgences », qui a pour objet de promouvoir une démarche active de coopération entre les membres et de coordonner les actions en optimisant les moyens. Il s'agit d'évaluer et de concourir à une prise en charge optimisée des urgences sur l'ensemble de la région.
- Le GCS de biologie médicale du territoire de santé n° 3 avec notamment la mise en service d'un système informatique commun.

2.3. GOUVERNANCE ET ORGANISATION POLAIRE

L'hôpital compte cinq pôles d'activités : le pôle administratif et logistique, le pôle urgences-médecine-SSR, le pôle plateau technique, le pôle psychiatrie et gériatrie-psychiatrie et le pôle hébergement.

3. LA SITUATION FINANCIERE DU CHQE

3.1. PRESENTATION DE LA STRUCTURE BUDGETAIRE

L'établissement compte quatre budgets annexes en dehors de son budget principal : un budget USLD, deux budgets EHPAD et un budget addictologie. Les charges de fonctionnement consolidées s'établissent à 60,2 M€ en 2015 et relèvent à 77 % du budget principal.

3.2. L'EXECUTION BUDGETAIRE ET LE VOTE DES EPRD EN DEFICIT

3.2.1. L'exécution budgétaire

Les taux d'exécution des budgets présentent des situations contrastées en 2014 et 2015. L'exécution des dépenses du budget principal est satisfaisante et proche de la prévision initiale. En revanche, les budgets annexes connaissent des charges effectives supérieures aux prévisions initiales et des recettes inférieures aux prévisions. Le budget de l'EHPAD (E0) en 2015 prévoyait ainsi une masse salariale de 7,869 M€ alors que 8,171 M€ ont été dépensés, soit un dépassement de 3,8 % qui s'explique, selon le CHQE, par les remplacements liés à une hausse de l'absentéisme. Les produits étaient estimés à 12,932 M€ mais n'ont été réalisés que pour 12,870 M€. Les produits de l'hébergement ont représenté 5,373 M€ pour une prévision de 5,498 M€. Alors, que les produits de l'activité ont été inférieurs aux prévisions, les dépenses n'ont pas fait l'objet d'une adaptation.

Le budget devrait constituer un véritable outil de pilotage et d'animation du dialogue de gestion, permettant de responsabiliser les chefs de service sur la réalisation du taux d'occupation prévu au budget, notamment celui de l'EHPAD.

3.2.2. Le vote des budgets en déficit

L'article R. 6145-11 du code de la santé publique reprend le principe d'équilibre des budgets. Il peut être dérogé à ce principe si le déficit prévu est compatible avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP) mentionné au 5° de l'article L. 6143-7 approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les budgets principaux du CHQE, sur les exercices 2012 à 2015, ont systématiquement été votés en déficit malgré l'existence de plans de retour à l'équilibre. Le déficit prévisionnel s'accroît chaque année. Le PGFP de l'établissement prévoit un retour à terme à l'équilibre.

Si le vote des budgets en déséquilibre n'apparaît pas irrégulier, la dégradation des pertes estimées ne témoigne pas d'une prise en compte effective d'objectifs de rétablissement des équilibres budgétaires dans ses comptes. Le CHQE doit se mettre en situation de rétablir un équilibre comptable en adoptant une politique budgétaire volontariste.

3.3. LA FIABILITE DES COMPTES

La fiabilité des comptes n'est pas remise en cause, les vérifications effectuées n'ayant pas conduit à relever d'anomalie significative. Quelques points mineurs ont néanmoins été relevés ci-dessous.

3.3.1. Utilisation du compte « Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles »

Lorsque les travaux sont confiés à des tiers, les dépenses sont enregistrées sur le compte 238 « Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles » puis transférées sur un compte d'imputation définitive d'immobilisations corporelles lors de la réception définitive du bien. La chambre invite l'établissement à régulariser ces écritures.

3.3.2. Les amortissements

Les écritures d'amortissement du patrimoine affectant l'actif doivent être équilibrées avec celles affectant le compte de résultat. Cet équilibre n'est pas toujours respecté. Cette situation pour l'exercice 2015 peut s'expliquer par des écritures de sortie d'inventaire. Toutefois, la différence constatée sur l'exercice 2012 n'a pas fait l'objet d'explication de la part de l'hôpital.

3.3.3. Les virements internes

Les comptes 58 « virements internes » sont des comptes de passage utilisés pour la comptabilisation pratique d'opérations au terme desquelles un solde nul doit être constaté au 31 décembre. Chaque année, ces comptes enregistrent pourtant des montants même s'ils sont faibles. La chambre invite l'établissement à veiller à ce que ces comptes n'apparaissent plus dans ses bilans comptables.

3.3.4. Recettes à classer et à régulariser

Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif.

Ce compte présente des soldes significatifs sur la période du contrôle. A titre d'exemple, le solde du compte 471 est de 863 000 € en 2012 et de 1 819 000 € en 2014. Lors de ce dernier exercice, ce compte a été utilisé par erreur même si cela n'a pas eu d'impact sur le compte de résultat. Cette situation a été régularisée en 2015.

3.4. LA SITUATION FINANCIERE

3.4.1. Les produits de l'activité

En 2015, les produits d'exploitation toutes activités confondues s'élèvent à près de 58,8 M€, en faible augmentation de 0,7 % en moyenne annuelle depuis 2012.

Tableau n° 2 : Compte de résultat d'exploitation

	2012	2013	2014	2015	% moyen
Vente de marchandises	218 294	298 041	605 108	464 999	28,7%
Production vendue	3 623 138	4 611 570	6 088 669	5 995 811	18,3%
Production immobilisée	0	0	0	0	
P° de l'activité	49 334 528	49 465 814	50 184 175	49 725 289	0,3%
Subv. Exploit. Et participations	836 446	1 805 703	1 162 377	1 337 352	16,9%
Reprises sur amort. / dépr. / Prov.	2 328 348	58 751	104 143	125 050	-62,3%
Autres P° de gestion courante	1 245 798	637 494	594 081	1 204 460	-1,1%
TOTAL P° EXPLOITATION	57 586 552	56 877 372	58 738 553	58 852 960	0,7%

(Source : comptes financiers)

Les produits de l'activité, de près de 50 M€, sont stables sur la période, avec cependant une baisse légère entre 2014 et 2015, liée à la réduction de l'activité. L'augmentation de la « production vendue » s'explique par des mouvements liés à la mise en place des groupements de coopération sanitaire (GCS), notamment la mise à disposition de personnels qui augmentent également les dépenses.

Sur la période, les produits à la charge de l'assurance maladie sont, au mieux, en stagnation, autour de 32,5 M€. Le CHQE a fait l'objet d'une dotation exceptionnelle d'aide à la contractualisation en 2014, pour un montant de 320 K€, dans le cadre du plan de retour à l'équilibre mis en place. Toujours en appui de ce plan, une aide de 357 K€ lui a été accordée en 2015.

Les recettes de tarification à l'activité (T2A) sont en diminution régulière, passant de 30,9 M€ en 2012 à 30,1 M€ en 2015. Cette situation s'explique par une moindre rémunération moyenne des actes pratiqués : le ratio « recettes T2A / nombre de RSA » entre 2012 et 2015 passe de 5 181 € à 5 056 € par acte. Cette diminution s'inscrit dans un contexte de réduction de l'activité ambulatoire de l'hôpital, activité rémunératrice.

Par ailleurs, le nombre de médecins baisse à l'hôpital, ce qui est de nature à expliquer une partie de la diminution de l'activité. De 2012 à 2015, le CHQE a perdu deux postes de médecins. Avec des produits de l'activité de 49,7 M€ pour 50,7 médecins, un praticien contribue à la réalisation en moyenne de 980 000 € de recettes.

L'évolution des produits reste atone et en trompe l'œil, avec des recettes exceptionnelles importantes et des refacturations aux GCS qui, si elles améliorent l'évolution des produits, ne correspondent ni à une augmentation de l'activité ni à une amélioration du résultat.

3.4.2. Les charges de fonctionnement

Les charges d'exploitation toutes activités confondues augmentent de 2,5 % en moyenne annuelle depuis 2012. Cette évolution des charges est nettement supérieure à celle des produits et se traduit par un accroissement du déficit en 2015. Le budget principal représente près de 73 % de l'ensemble des charges de l'hôpital qui sont de 59,9 M€ en 2015.

Tableau n° 3 : Charges d'exploitation

	2012	2013	2014	2015	% moyen
CHARGES D'EXPLOITATION	55 666 846	57 065 428	59 637 231	59 937 457	2,5%
Dont					
Achats stockés	2 615 536	2 639 276	2 573 656	2 457 398	-2,1%
Variation de stocks	-13 895	-5 792	-15 056	-26 371	23,8%
Achats non stockés	1 142 693	1 190 573	1 154 046	1 121 519	-0,6%
Services extérieurs	6 820 583	6 557 839	6 634 154	6 752 265	-0,3%
Consommations intermédiaires	10 564 916	10 381 896	10 346 799	10 304 811	-0,8%
Impôts s/rémunérations	3 600 062	3 686 788	3 606 126	3 844 581	2,2%
Autres impôts	7 458	7 850	7 732	8 414	4,1%
Salaires et traitements	26 655 815	27 146 007	27 424 519	27 811 779	1,4%
Charges sociales	10 544 938	10 835 580	11 258 062	11 281 204	2,3%
Dotations aux amortissements	2 823 024	3 100 479	3 212 205	3 003 102	2,1%
Dotations aux provisions pour risques et charges	100 000		150 000	17 684	-43,9%
Autres charges	161 768	689 157	2 093 114	2 197 605	138,6%

Source : comptes financiers et ANAPEPS

La mise en place des groupements de coopération sanitaire s'est traduite par une augmentation des charges parallèle à celle des recettes.

Le compte de résultat en 2015 du principal GCS « ELLE-LAÏTA » présente des charges et des produits pour un montant de 2,5 M€, avec un résultat positif de 7 500 €.

Les charges de personnels augmentent de 2 % en moyenne sur la période, même si ce poste de dépenses a été maîtrisé entre 2014 et 2015. Cette évolution, liée en partie à des mesures décidées au niveau national, reste supérieure à celle des recettes liées à l'activité et à la T2A. Les charges générales sont maîtrisées.

Les dépenses d'intérim restent élevées avec 998 000 € de dépenses en 2015, en augmentation annuelle moyenne de 2,3 % depuis 2012. Ce poste diminue toutefois entre 2014 et 2015.

Les deux EHPAD ont une masse salariale qui augmente plus fortement avec 3 % d'augmentation annuelle moyenne sur la période, notamment en raison du niveau élevé d'absentéisme.

Les charges d'intérêts de la dette sont en diminution moyenne annuelle de 9 %, et s'élèvent à 431 K€ en 2015 pour un stock de dette de 23,3 M€. Cette diminution s'explique par la baisse des taux variables et la bonne gestion de sa dette par l'établissement.

3.4.3. L'évolution des résultats

L'augmentation des charges plus importante que celle des produits a accentué le déficit de l'établissement, qui atteint 1,245 M€ en 2015.

Tableau n° 4 : Résultats par budgets

Résultats en €	2012	2013	2014	2015
Principal	137 434	267 190	- 730 126	- 1 068 203
USLD	- 58 263	- 25 261	- 96 988	- 74 581
EHPAD 1	- 209 544	13 855	- 233 012	- 108 855
EHPAD 2	- 10 215	- 16 105	- 14 523	- 13 827
Alcoologie	27 084	11 618	- 1 523	20 832
Total	- 113 504	251 297	- 1 076 172	- 1 244 634

(Source : comptes financiers)

Les deux EHPAD (budgets E0 et E1) sont déficitaires sur la période alors même que le territoire connaît un déficit d'offre. Cette situation doit inciter l'établissement à améliorer le taux d'occupation de ces structures.

3.4.4. La gestion de la dette

Au 31 décembre 2015, l'encours de la dette du CHQE ne compte pas d'emprunts structurés et ne présente pas de risques particuliers. Les trois quarts de la dette sont composés d'emprunts à taux variables. Grâce à cette structure, le taux moyen d'intérêts est passé de 3,46 % en 2012 à 1,84 % en 2015. Cette diminution importante des taux compense l'augmentation de l'encours de dette, permettant de réduire les intérêts acquittés.

L'encours de dette a fortement augmenté sur la période passant de 16,5 M€ à 23,4 M€ entre 2012 et 2015 notamment en raison du financement de la construction de l'EHPAD de Bois Joly en grande partie réalisé par le recours à l'emprunt. Dans le même temps, la capacité d'autofinancement (CAF) s'est dégradée. La capacité de remboursement de l'hôpital est donc passée de 7 ans et 6 mois à plus de 20 ans. La durée de vie résiduelle de la dette est de 24 ans et 3 mois. Sa durée moyenne est de 13 ans.

Tableau n° 5 : Durée apparente de la dette

	2013	2014	2015
Encours de la dette	16 910 271	21 737 915	23 397 232
CAF brute	2 248 540	1 673 023	1 134 403
Durée apparente	7,52	12,99	20,63

(Source : d'après les comptes financiers)

3.4.5. La formation de l'autofinancement

Les produits encaissables ont augmenté de 1,8 % en moyenne annuelle. Ce taux est inférieur à l'augmentation des charges d'exploitation décaissables de 2,7 % en moyenne annuelle. La marge brute se dégrade de 20 % en moyenne annuelle depuis 2013, passant ainsi de 2,4 M€ à 1,6 M€. Le taux de marge brute suit la même évolution, passant de 4,3 % à 2,7 %. Ce taux est faible et traduit une situation financière tendue pour le CHQE.

Tableau n° 6 : CAF / Marge brute et divers ratios

Consolidé	2013	2014	2015	% moyen
P° d'exploitation	56 877 372	58 738 553	58 852 960	1,7%
Reprise sur amort / prov.	462 062	351 402	372 309	-10,2%
P° encaissables	56 415 311	58 387 151	58 480 651	1,8%
Ch. d'exploitation	57 065 428	59 637 231	59 937 457	2,5%
Dot. amort & prov	3 100 479	3 362 205	3 020 786	-1,3%
Ch. décaissables	53 964 949	56 275 026	56 916 672	2,7%
Résultat	251 297	-1 076 171	-1 244 634	
Marge brute	2 450 361	2 112 125	1 563 979	-20,1%
CAF	2 248 540	1 673 023	1 134 403	-29,0%
Rembourst. Dette en capital	1 045 518	977 493	975 866	-3,4%
<i>CAF nette</i>	<i>1 203 022</i>	<i>695 531</i>	<i>158 537</i>	<i>-63,7%</i>
CAF en % des P° d'exploitation	4,0%	2,8%	1,9%	-30,2%
Taux de marge brute	4,3%	3,6%	2,7%	-21,5%

(Source : d'après les comptes financiers)

La capacité d'autofinancement (CAF) passe de 2,2 M€ en 2013 à 1,1 M€ en 2015, soit une diminution de 30 %. La CAF nette des remboursements d'emprunts passe de 1,2 M€ à 159 000 € sur la période, soit un niveau très faible. L'allongement important de la durée de la dette permet à l'hôpital de couvrir le remboursement par des ressources pérennes. Cette situation traduit néanmoins une absence de marges de manœuvre pour de nouveaux investissements si l'hôpital devait emprunter à nouveau et si la CAF ne s'améliorait pas.

3.4.6. La situation patrimoniale

L'établissement a investi 22,8 M€ sur la période 2012-2015 et dispose d'un patrimoine de plus de 85 M€ en valeur comptable brute au 31 décembre 2015. L'effort d'investissement est important, avec notamment la construction de l'EHPAD de Bois Joly dont les travaux sont toujours en cours.

Le taux de vétusté des immobilisations (au global) est stable sur la période, se situant aux alentours de 57 %. En revanche, le taux de vétusté des équipements avoisine les 80 %. Ce taux élevé s'expliquerait, selon l'hôpital, à la fois par la non prise en compte du renouvellement des équipements de Bois-Joly et par les réformes d'anciens équipements qui n'ont pas encore toutes été effectuées. La chambre invite l'hôpital à procéder à la sortie de son patrimoine de ces équipements afin d'améliorer la qualité de l'information des tiers.

Le fonds de roulement est à peu près stable mais son origine traduit la dégradation de la situation financière de l'établissement. Les fonds propres de l'établissement ont diminué. Le maintien du fonds de roulement malgré l'augmentation des investissements a été rendu possible par l'augmentation de l'encours de la dette.

La trésorerie était supérieure à 1,2 M€ au 31 décembre jusqu'en 2014. En 2015, la trésorerie n'est que de 61 000 € incluant une ligne de trésorerie de 1 M€ qui n'a pas été consolidée. La trésorerie se dégrade avec la réduction des marges de manœuvre de l'établissement.

3.4.7. Les plans de retour à l'équilibre

Le CHQE, sur l'exercice 2015 ainsi qu'en 2016, a formalisé deux plans de retour à l'équilibre qui se traduisent par un certain nombre de mesures d'économies. La mise en œuvre et le suivi de ces plans ont fait l'objet de communications aux diverses instances de l'hôpital. L'objectif pour le CHQE est d'associer les différents pôles à leur mise en œuvre.

Le plan 2015 contient des mesures relatives à la gestion des ressources humaines (RH), aux affaires médicales, aux services économiques, à la direction des systèmes d'information (DSI), à la pharmacie, et enfin, aux produits (facturation des régimes particuliers).

Pour l'exercice 2015, les économies devaient représenter 810 500 €. Elles ont été réalisées pour 837 500 €. Toutefois, les mesures relatives aux RH en 2015 n'ont été exécutées que pour 205 000 € sur les 300 000 € prévus. Malgré la mise en œuvre de ce plan en 2015, le déficit du CHQE s'est accentué sur cet exercice.

Le PRE 2016 a repris certaines mesures initiées en 2015, complétées par d'autres. Selon l'établissement, le plan a été réalisé à 98 % (820 K € sur 832 K € prévus).

Le CHQE a eu recours en 2016 à une prestation auprès d'une société de conseil. Il s'agissait pour l'hôpital de chercher d'autres marges de manœuvres en explorant le volet « recettes » du plan de retour à l'équilibre. Le document produit par ce dernier ne donne aucun chiffre, ni aucune évaluation des impacts financiers de ces mesures, sinon pour la partie liée aux ressources humaines. Une estimation financière des solutions préconisées serait souhaitable.

3.4.8. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Le PGFP 2016-2020 propose une limitation des efforts d'investissement à l'exception de l'informatisation de la prise en charge du patient et de certains services tels que la gestion des ressources humaines ou de l'informatisation du dossier patient.

Ce document prévoit également une évolution modérée des produits liés à l'assurance maladie de + 1 % et une évolution des charges en 2017 puis une diminution notamment des « dépenses à caractère médical » et des « dépenses à caractère général et hôtelier ». Les dépenses de personnel sont estimées stables.

La situation anticipée pour 2015, point de départ des projections de l'hôpital, est toutefois erronée. Alors que le déficit prévu était de 903 000 €, il a été en réalité de 1 245 000 €. Cet écart est important et remet en cause la fiabilité d'un retour à l'équilibre dès 2019. La chambre invite l'établissement à fiabiliser la construction de son PGFP.

En conclusion, la situation du CHQE se dégrade en raison d'une évolution atone des recettes et un dynamisme des dépenses plus important malgré l'existence de plans de retour à l'équilibre mis en œuvre.

L'établissement risque de ne plus pouvoir assurer le remboursement de ses emprunts par des ressources pérennes ce qui le mettrait dans une plus grande dépendance vis-à-vis de ses financeurs. Les marges de manœuvre de l'hôpital se sont réduites pour devenir ténues.

4. LA GESTION INTERNE

4.1. LES ACHATS

En 2016, le CHQE ne disposait pas de document décrivant sa politique des achats et les procédures afférentes. Un tel document était en cours d'élaboration dans le cadre de la mise en œuvre de la GHT lors du contrôle de la chambre et a été finalisé depuis. Un circuit de l'achat concernant le service informatique a été élaboré en juillet 2016.

La chambre invite l'établissement à formaliser ses procédures dans le cadre de sa politique d'achats, en raison des risques inhérents à ce domaine.

4.2. LA COMPTABILITE ANALYTIQUE

L'article R. 6145-7 du CSP impose la tenue d'une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement. Un tel document permet d'effectuer un diagnostic économique en confrontant recettes et dépenses au niveau d'une entité (que ce soit un pôle ou une UF) grâce notamment à des retraitements de la comptabilité générale.

Le CHQE ne dispose pas d'un tel document et se prive ainsi d'un outil de pilotage et de connaissance fine de ses coûts. La chambre recommande au CHQE d'élaborer un compte de résultat analytique (CREA).

Dans sa réponse, l'hôpital estime que les CREA permettent une analyse par service, mais ces données ne sont connues et vraiment fiables qu'environ une année après l'exercice budgétaire. C'est pourquoi, l'établissement préfère réaliser des tableaux d'indicateurs pour le suivi d'activité et des recettes /dépenses avec un décalage d'un mois, ce qui permettrait un pilotage médico-économique plus réactif. La chambre rappelle que les CREA ont vocation à permettre une réflexion stratégique ce qui n'est pas le cas avec les tableaux de bord de suivis opérationnels mis en place par l'établissement.

4.3. LA CUISINE CENTRALE

Le CHQE dispose d'une cuisine centrale dans un bâtiment autonome, contigu aux magasins, d'une capacité maximale de 3 300 repas par jour. Il produit, conditionne et livre des repas à toutes les composantes de l'hôpital. Jusqu'en 2013, le CHQE était titulaire de marchés de fourniture des repas à des écoles. La perte de ce marché s'est traduite par la réduction d'un tiers de la production. En 2016, près de 2 200 repas sont produits en moyenne par jour, dont 80 % à destination de l'hôpital.

Quelques nouveaux marchés, tels que les services d'incendie ou la communauté de communes du pays de Quimperlé, ont pu être passés depuis 2013. Ils représentent près de 20 % de la production.

L'établissement a adapté le nombre d'agents du service à la perte de ce marché en 2013. Malgré cela, l'outil est devenu surdimensionné. La cuisine centrale sera intégrée dans le GCS santé et logistique de Caudan qui englobera aussi en 2018 la cuisine inter hospitalière de Caudan. Celle-ci dessert actuellement le CHBS et l'EPSM Charcot. Par ailleurs, une fusion du GIP gérant cette cuisine avec le GCS qui assure aussi la blanchisserie est en cours. Elle sera effective en 2018.

5. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

5.1. PRESENTATION DU SERVICE

Le service des ressources humaines est dirigé par un directeur adjoint et compte 13 agents. L'hôpital dispose de fiches de postes réalisées sur la base du répertoire des métiers, complétées sur les volets activités pour la prise en compte des spécificités locales.

5.2. LES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE

Les effectifs du centre hospitalier de Quimperlé sont stables sur la période sous contrôle. Ils étaient en 2012 de 829,8 agents non médicaux et 52,79 personnels médicaux. En 2015, Le nombre de personnels non médicaux était de 837,43 et de 50,71 personnels médicaux.

Les effectifs du personnel médical connaissent une baisse sur la période alors que le CPOM couvrant la période 2012-2017 prévoyait de conforter l'équipe médicale afin de garantir la pérennité de l'offre de soins d'urgence, avec comme indicateur de suivi les dépenses d'intérim.

L'établissement a dû fréquemment faire appel à des médecins intérimaires, plus coûteux, notamment pour le service d'imagerie, en raison à la fois de la vacance d'un poste de PH et d'un arrêt maladie. Depuis 2014, l'hôpital a moins recours à du personnel médical intérimaire. Au demeurant, le recours à l'intérim ne permet pas de compenser les difficultés de recrutement de praticiens, ce qui pénalise l'établissement en affectant le niveau des recettes.

5.3. LA CARRIERE DES AGENTS

5.3.1. La procédure de recrutement

Une procédure existerait mais reste à finaliser et à valider. La mise en place de la GHT amènera l'hôpital à harmoniser ses procédures avec les autres hôpitaux membres.

5.3.2. Les durées d'avancement d'échelon

Les durées d'avancement d'échelon ont évolué au CHQE afin de privilégier l'avancement moyen en remplacement des avancements intermédiaires.

Cette politique adoptée dans le cadre du plan de retour à l'équilibre permet une réduction de l'évolution de la masse salariale dans un contexte financier contraint.

5.4. L'ABSENTEISME

L'absentéisme pour maladie du personnel non médical est de 20 191 jours en 2015. Il représente 28,38 jours par agent en équivalent temps plein. Ce niveau est comparable à celui de l'année 2012 et est en diminution par rapport à 2013, qui comptabilisait 21 842 jours d'absences pour raison médicale, soit 30,32 jours par agent. Le nombre de jours d'absentéisme pour maladie ordinaire s'établit à 14,33 jours contre 11,9 jours en moyenne dans la fonction publique hospitalière.

Les situations d'agents en congés de longue durée ou longue maladie font l'objet d'un suivi spécifique tandis que le coût de ces remplacements est évalué à 778 335 €. L'établissement n'a pas adopté de mesures récentes de lutte contre l'absentéisme.

La chambre recommande d'analyser les causes de l'absentéisme et de mettre en place un plan visant à le réduire.

5.5. LE REGIME INDEMNITAIRE

5.5.1. La prime spécifique

Le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents précise dans son article 1 que « les fonctionnaires titulaires et stagiaires (...) perçoivent une prime spécifique mensuelle dont le montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la fonction publique et du budget ». Cette disposition exclut par conséquent les agents non titulaires du bénéfice de cette prime.

Pour autant, même si le CHQE indique que les nouveaux agents contractuels recrutés depuis octobre 2015 ne perçoivent plus cette prime, les infirmières non titulaires dont les contrats ont été élaborés avant cette date ont bénéficié en 2016 du versement de la prime spécifique pour un montant supérieur à 36 300 €, afin que leur niveau de rémunération soit garanti à l'identique. Le libellé « prime spécifique » n'a été modifié qu'en mars 2017 en « prime fixe de 90 € » pour une mise en concordance avec les modifications opérées dans les contrats.

5.5.2. Le versement de la prime de technicité

Le décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 précise en son article 1 que les ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires bénéficient d'une prime de technicité payable mensuellement à terme échu, ce qui exclut les ingénieurs contractuels.

Deux ingénieurs non titulaires ont cependant bénéficié de cette prime pour 26 600 € en 2015. Cette prime a été requalifiée, dès 2012 pour les nouveaux contrats et jusqu'en octobre 2015 pour les derniers, en « prime de XX % de son traitement indiciaire », ne faisant plus référence aux primes réservées aux fonctionnaires. Cependant, si les régularisations contractuelles ont été effectuées, les codes paie ont été maintenus et n'ont été correctement paramétrés qu'en mars 2017.

5.5.3. Le versement de l'indemnité forfaitaire technique

Cette indemnité est prévue par le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers. Celui-ci prévoit en son article 1 que cette indemnité est versée aux agents titulaires ou stagiaires, ce qui exclut les non titulaires.

Cette prime a toutefois été versée à tort à cinq agents en 2015 pour un montant total de 29 600 €. Cette prime a également été requalifiée en « prime de XX % de son traitement indiciaire », ne faisant plus référence aux primes réservées aux fonctionnaires. Là encore, les régularisations contractuelles ont été effectuées mais les codes paie ont été maintenus et n'ont été correctement paramétrés qu'en mars 2017.

5.6. LA SITUATION D'UN PRATICIEN SANS ACTIVITE

Le docteur X, a été nommé médecin chef de service au CHQE en 1984. Depuis cette date, plusieurs rapports émanant de diverses instances (rapports de la CME, enquêtes du médecin inspecteur de santé publique (MISP), enquêtes DDASS, ministère de la santé, DHOS ont relevé des problèmes quant à la manière de servir de ce médecin, mentionnant par exemple « une incompétence avérée de ce médecin » ainsi que des problèmes de comportement, tant vis-à-vis du personnel que des patients, incompatibles avec ses fonctions.

La commission médicale d'établissement (CME), compétente sur les questions relatives aux personnels médicaux, a été saisie de ce dossier à plusieurs reprises. Si l'inaptitude professionnelle et relationnelle sont reconnues, l'instance consultative a cependant estimé « *qu'une réintégration professionnelle mérite d'être tentée, sous couvert d'une mutation d'office, dans une fonction médicale de subordination, seule susceptible de débloquer la situation de ce praticien* ».

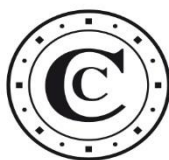
Suite à une saisine du préfet en 1990, le comité médical a déclaré « ne pas avoir trouvé chez le docteur X d'inaptitude psychopathologique à l'exercice des fonctions de chef de service ». Pourtant, l'année suivante, ce médecin a été à nouveau suspendu de ses activités par le directeur, avec un avis favorable de la CME pour la poursuite de la procédure engagée pour insuffisance professionnelle. Cette procédure n'a pas abouti.

En 2004, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a attribué une enveloppe d'aide à la contractualisation au CHQE jusqu'en 2014 pour compenser le surcoût lié à ce praticien sans affectation ni activité, soit un montant annuel de 124 000 € pour un coût réel de 130 000 € par an. Au 31 octobre 2016, ce médecin percevait une rémunération brute mensuelle de près de 7 400 €.

En 2010, le directeur a demandé au docteur X de faire valoir ses droits à la retraite. Ce dernier a refusé de donner suite. Le centre national de gestion (CNG), instance qui assure notamment la gestion statutaire des praticiens hospitaliers, a informé l'hôpital que ce médecin bénéficiait d'un recul de droit de sa limite d'âge. Toutefois, la demande de production des documents d'état civil auprès du CNG est restée lettre morte. L'hôpital n'a pas pu vérifier l'existence des conditions statutaires permettant un départ retardé à la retraite.

Le CHQE a souhaité supprimer la spécialité de médecine interne avec un avis favorable donné par la CME. Le CNG, saisi en 2012 et 2014 pour initier officiellement une procédure de mise en recherche d'affectation, a rendu deux décisions négatives dont une tacite. Le CNG a refusé le déclenchement de cette procédure visant à supprimer le poste et a affirmé, pour motiver sa décision, qu'il « *met en garde contre une suppression de poste qui pourrait s'apparenter à une sanction déguisée ou un détournement de procédure* ». Ce médecin a finalement fait valoir ses droits à la retraite en janvier 2017.

Le coût pour l'hôpital du maintien dans les cadres de ce médecin sans activité pendant ces longues années est particulièrement élevé. Outre un coût salarial de 130 000 € par an, son absence a privé l'établissement de recettes d'activité d'un montant évalué à 980 000 € par an et ce, dans un contexte général de difficultés de recrutements de médecins et alors que la situation financière de l'établissement est fragile.



Les publications de la chambre régionale des comptes
de Bretagne
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr/bretagne

Chambre régionale des comptes de Bretagne

3, rue Robert d'Arbrissel
C.S. 64231
35042 Rennes Cedex