

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.