



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE TOURS (Département d'Indre-et-Loire)

*Panorama de la gestion de la crise sanitaire par le CHU de Tours
(mars 2020-octobre 2021)*

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 12 juillet 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
INTRODUCTION.....	9
1 LA SITUATION DU CHU DE TOURS À LA VEILLE DE LA CRISE SANITAIRE : UNE ACTIVITÉ STABLE ET UNE SITUATION FINANCIÈRE FRAGILE	10
1.1 Le CHU de Tours, un acteur central du territoire	11
1.2 Une situation financière fragile de l'établissement à fin 2019	13
2 UNE RÉPONSE DU CHU ADAPTÉE À L'INTENSITÉ DE LA CRISE SANITAIRE... 15	
2.1 Un pilotage par une cellule de crise centralisée qui a su s'ajuster aux évolutions de la crise et aux rebonds de l'épidémie	17
2.1.1 Non adaptés par nature à une crise longue et complexe, les outils préexistants ont cependant été activés en appui lors des phases les plus aigües de la pandémie	17
2.1.2 Un pilotage de la crise par la mise en place d'une gouvernance spécifique	19
2.1.3 Une tenue des instances de gouvernance préservée.....	20
2.1.4 Des modalités de communication sur la crise variées	20
2.1.5 Les conséquences organisationnelles de la gestion de crise ont des impacts de long terme sur la gouvernance de l'établissement	21
2.2 Une activité covid limitée mais porteuse de fortes tensions hospitalières.....	23
2.2.1 Une activité covid fluctuant au gré des différentes vagues mais n'entraînant pas de saturation des capacités de l'hôpital	23
2.2.2 Certains pôles particulièrement touchés	26
2.3 Une réorganisation réactive des secteurs de soins	29
2.3.1 Un déploiement rapide d'aides à la prise en charge médicale et à la gestion épidémique sur site	29
2.3.2 Un plan de mobilisation capacitaire en cascade dédié.....	29
2.3.3 Une adaptation spécifique des services d'urgence et du SAMU	31
2.4 De nombreuses actions déployées hors hospitalisation face à la pandémie.....	32
2.4.1 La montée en charge de l'activité de virologie.....	32
2.4.2 Une participation forte à la politique de vaccination contre la covid 19	33
2.4.3 Le déploiement accéléré de la télémédecine.....	33
2.4.4 Une recherche clinique dynamique bien que recentrée sur la pandémie	34
2.5 Une gestion de la pénurie des approvisionnements plutôt réussie.....	35
2.5.1 D'importantes difficultés d'approvisionnement, notamment durant la première vague.....	35
2.5.2 Une bonne adaptation de la fonction logistique et des services techniques.....	36
2.5.3 Le rôle central de la pharmacie.....	36
2.6 Des ressources humaines très fortement mobilisées	38
2.6.1 Un recours récurrent aux réaffectations internes	38
2.6.2 Une nécessaire adaptation du temps de travail	39
2.6.3 Des personnels extérieurs indispensables lors de la première vague	40
2.6.4 Les effets de ces réorganisations générées par la pandémie	41
2.7 Un accompagnement notable des professionnels du CHU	42

2.7.1	Une attention à la communication interne	42
2.7.2	Des dispositifs soutenant le maintien en activité du personnel.....	43
2.7.3	Des mesures déployées pour assurer la sécurité et la protection du personnel.....	44
2.8	Un acteur central pour le territoire	45
2.8.1	Un établissement de première ligne dans le traitement des cas covid 19	45
2.8.2	Un établissement de recours sur la région Centre-Val de Loire	48
2.9	La place des usagers pendant la pandémie	50
2.9.1	Les usagers de l'établissement durant la crise covid 19	50
2.9.2	Une analyse à portée évaluative révélant une absence d'augmentation des recours et des réclamations par les usagers durant la crise.....	51
3	UNE CRISE INACHEVÉE ET PORTEUSE DE RISQUES STRUCTURELS MAJEURS	54
3.1	Un volume d'activité en perte de vitesse qui peine à retrouver son niveau d'avant crise	54
3.1.1	Une reprise d'activité en 2021 insuffisante pour pallier la chute de 2020.....	54
3.1.2	De lourdes conséquences des déprogrammations sur le niveau d'activité des différents services	56
3.2	Une usure des ressources humaines	57
3.3	De fortes inquiétudes quant aux conséquences de la pandémie en termes de santé publique.....	59
3.3.1	Des interrogations face à un éloignement de la patientèle.....	59
3.3.2	Un impact sur le système de santé et le recours aux soins.....	59
3.4	Les incertitudes pesant sur les finances du CHU de Tours.....	62
3.4.1	Une première année de crise marquée par des pertes de recettes d'activité conséquentes	63
3.4.2	Un compte d'exploitation 2020 préservé malgré le choc exogène de la crise sanitaire.....	64
3.4.3	Une neutralisation intégrale des impacts de la pandémie en dépenses et recettes par le dispositif national de soutien	67
3.4.4	Les effets des accords du « Ségur de la santé » sur la situation financière de l'établissement	70
3.4.5	Un effort d'investissement maintenu en 2020 grâce à un autofinancement et une trésorerie préservés	71
3.4.6	Un réajustement du projet NHT aux impératifs résultant de la crise.....	72
3.4.7	Des impacts durables de la crise sanitaire sur les perspectives financières de l'établissement	73
ANNEXES		76



2022

CHU DE TOURS

*Panorama de la gestion de la crise sanitaire
(mars 2020-octobre 2021)*

Rapport d'observations définitives

SYNTHÈSE

*La chambre régionale des comptes a examiné la situation et l'action du CHU de Tours durant la crise de la covid 19, depuis la première vague jusqu'à octobre 2021.
La situation décrite dans le présent panorama ne peut donc prétendre à l'exhaustivité de la gestion de la pandémie par l'établissement.*

Établissement majeur de recours de la région Centre-Val de Loire...

Seul centre hospitalier et universitaire du territoire et principal établissement de recours de la région Centre-Val de Loire avec le centre hospitalier régional d'Orléans, le CHU de Tours dispose d'un budget annuel de fonctionnement de 700 M€ et emploie près de 10 000 personnes. Outre son rôle majeur d'hôpital de proximité et d'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Touraine-Val de Loire, il exerce pleinement ses activités de soins de référence nécessitant une haute technicité, ainsi que de recherche dans le cadre de multiples partenariats.

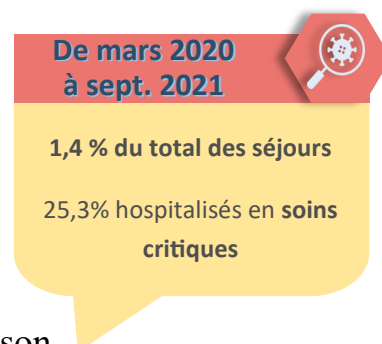
À la veille de la crise sanitaire, fin 2019, l'établissement avait une activité stable qui lui permettait d'occuper une place prééminente sur sa zone d'attractivité, excepté en chirurgie ambulatoire. Sa situation financière, quoique maîtrisée depuis plusieurs années afin de mener à bien son projet de restructuration immobilière d'envergure (NHT) validé depuis 2017, demeurait néanmoins fragile.

...le CHU de Tours a pu surmonter la première vague de la crise covid-19 et ses répliques grâce à une adaptation rapide et d'ampleur.



Confronté début 2020, à la plus grave crise sanitaire de son histoire, le CHU de Tours a dû faire face lors de la première vague de pandémie de la covid 19 à un afflux de patients atteints d'une maladie mal connue, à des pénuries, notamment d'équipements de protection, et à des tensions de ressources humaines.

Face à cette pandémie et ses répliques successives, le CHU de Tours a su adapter dans un délai très court son offre de soins et mobiliser les ressources nécessaires pour garantir la continuité de son activité. Si les malades de la covid 19 ont représenté moins de 1,4 % des séjours de l'établissement jusqu'en septembre 2021 (ils représentaient 2 % des patients hospitalisés en 2020 sur l'ensemble du territoire national), l'afflux de cas graves nécessitant des soins critiques a eu un impact profond sur son fonctionnement.



Le CHU a surmonté la première vague de l'épidémie au moyen d'un pilotage très tôt structuré autour d'une cellule centralisée de gestion de crise. En liaison avec les unités soignantes, l'établissement a développé de nombreuses solutions capacitaires et organisationnelles afin d'assurer la prise en charge des patients.

Malgré des pénuries d'approvisionnements liées à des consommations fortement accrues, l'établissement a quand même réussi à prendre en charge ses patients grâce aux mesures adoptées.

Consommations



(1^{ère} vague)

- X 3 surblouses
- X 4 masques chirurgicaux
- X 4 solutions hydroalcooliques
- X 10 masques FFP2

Le CHU a su mettre en place des outils d'aide à la prise en charge thérapeutique des différents types de patients covid et des fiches de procédures spécifiques en matière d'hygiène hospitalière.



Ressources humaines

1^{ère} vague

- * Plus de 300 professionnels redéployés
- * Plus de 15 000 heures supplémentaires

En termes de ressources humaines, malgré des réaffectations internes et l'accroissement du temps de travail, le recours à des personnels supplémentaires s'est avéré nécessaire. Par ailleurs, le CHU a cherché à accompagner au mieux ses personnels face à cette situation d'exception.

APPUI AU PERSONNEL



MATÉRIEL

- * Télétravail
- * Gardes d'enfant
- * Solutions d'hébergements
- * Prise en charge du taxi



ADMINISTRATIF

- * Numéro vert
- * Foire aux questions



PSYCHOLOGIQUE

- * Cellule d'écoute
- * Applications

L'expérience tirée de ce premier pic de la pandémie a permis à l'établissement de raffermir sa capacité d'action pour les quatre répliques successives qu'il a connues jusqu'en début 2022. Les enseignements de cette crise ont permis au CHU d'adapter les plans de gestion de crise préexistants.



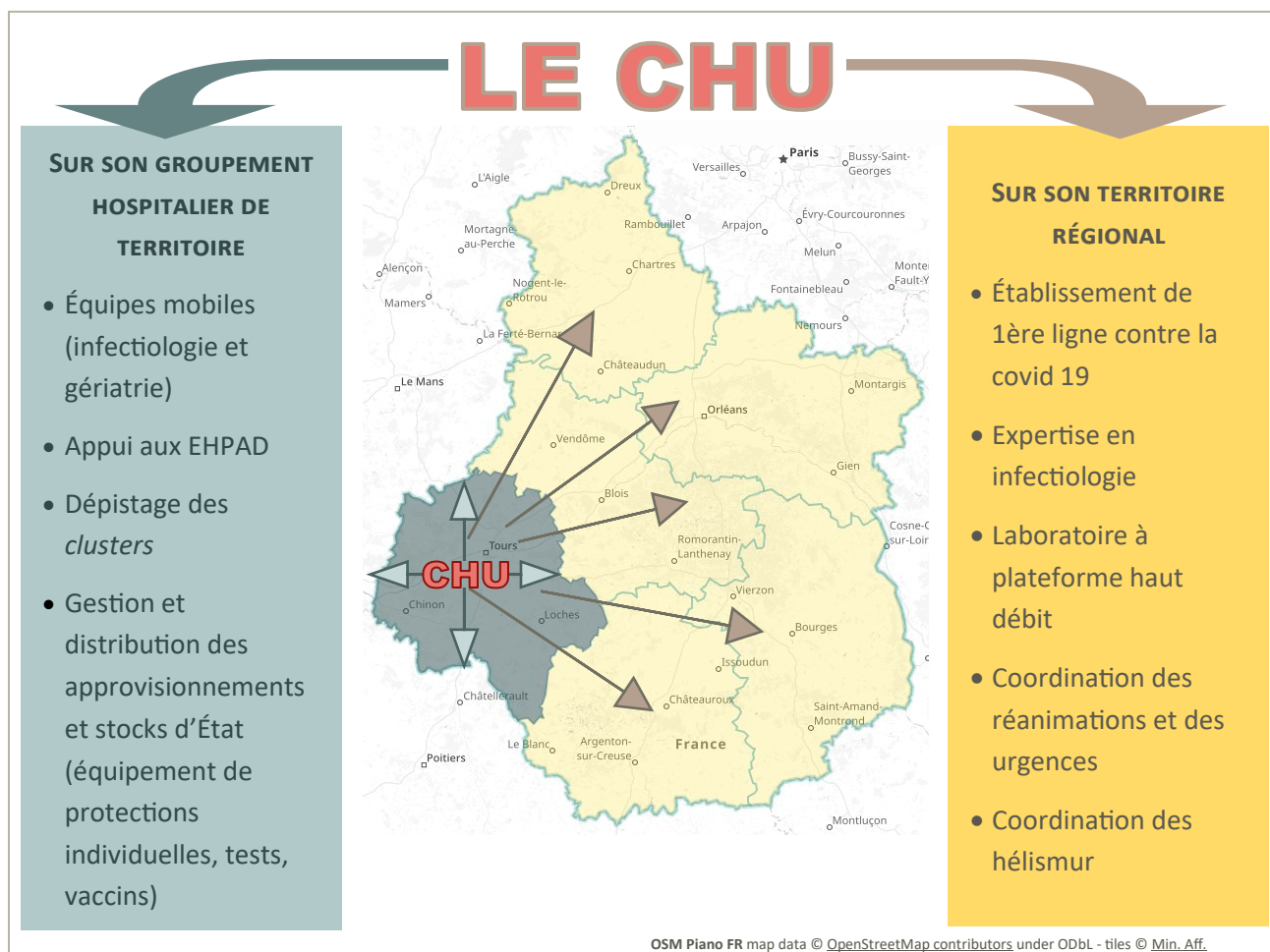
4 400

professionnels **formés** au
risque infectieux covid en
2020 et 2021

Ces adaptations rapides et d'ampleur n'ont été possibles que par un investissement sans précédent de l'ensemble des équipes du CHU et sans pour autant que soit trop fortement obéré le fonctionnement des instances, du dialogue social ou de la recherche. Par ailleurs, en dépit de la crise, l'appréciation portée par les usagers sur le fonctionnement du service public hospitalier ne s'est pas dégradée par rapport à la période 2017-2019.

Au-delà de son action d'hôpital de proximité, l'établissement a complètement rempli son rôle d'établissement de recours en prenant en charge en première intention des patients atteints de la covid 19 grâce à ses services de maladies infectieuses et tropicales et de réanimation, tout en déployant massivement une capacité de dépistage PCR et de vaccination.

Il a pleinement assuré un rôle de coordination territoriale au sein de son GHT et de la région Centre-Val de Loire et renforcé certains liens avec les autres acteurs de santé, y compris les professionnels de ville, et développé des collaborations accrues par filières de soin.



La persistance de la crise covid 19 expose néanmoins le CHU à des risques de moyen terme.

Néanmoins, le CHU est confronté, après deux ans de crise, à une situation porteuse de risques.



-5,6 % de séjours
entre août 2019 et
août 2021

La déprogrammation massive de la première vague (hospitalisations, interventions chirurgicales, consultations) puis les déprogrammations partielles des suivantes, ainsi que la forte mobilisation des ressources sur la gestion de la pandémie ont mécaniquement entraîné une **chute de l'activité globale de l'établissement**. Si une reprise de l'activité a pu être constatée en 2021, elle ne suffit pas à rétablir le niveau d'avant crise.

Les ressources humaines de l'établissement sont frappées par un **phénomène d'usure** qui voit augmenter l'absentéisme et l'impossibilité de pourvoir des postes vacants affaiblissant ainsi probablement la capacité de l'hôpital à assurer une offre de soins à la hauteur des besoins du territoire. Alors même que l'activité de l'établissement recule, l'impact négatif de la pandémie sur l'état de santé de la population du territoire, difficile à mesurer à ce stade, pourrait constituer un enjeu majeur de santé publique à moyen terme.



Compensation

En 2020
45 millions d'€

Par ailleurs, bien que le soutien financier apporté par les pouvoirs publics ait permis de sécuriser la situation financière du CHU de Tours par une **compensation financière** en 2020, la persistance de la crise covid 19 complique le pilotage budgétaire et financier de l'établissement dès 2021 et interroge son retour à l'équilibre dans un horizon proche.

Par ailleurs, bien que le soutien financier apporté par les pouvoirs publics ait permis de sécuriser la situation financière du CHU

Surcoûts COVID



En 2020
21,6 millions d'€

dont **prime COVID**
6,29 millions €

Perte de recettes



En 2020
24,3 millions d'€



Revalorisation salariales

Séjour de la santé :
7,5 millions € par an

À moyen terme, la crise sanitaire aura des **impacts majeurs et structurants sur les projets de l'établissement**. Le projet immobilier du Nouvel Hôpital Trousseau a notamment été repensé pour assurer la prise en charge d'une crise épidémique aigüe moyennant un surcoût estimé de 66 M€ pour cette seule adaptation.

INTRODUCTION

L'article L. 211-3 du code des juridictions financières (CJF) définit les modalités selon lesquelles les chambres régionales des comptes procèdent au contrôle des comptes et examinent la gestion des organismes relevant de leur compétence. Il précise que cet examen porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'organe délibérant.

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier régional et universitaire (CHU) de Tours, relatif aux exercices 2017 et suivants, a porté exclusivement sur la gestion et les conséquences de la pandémie de covid 19 pour l'établissement de santé.

Les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le CJF (articles L. 243-1 à L. 243-6) sont présentées en annexe n° 1 « Procédure ».

Méthodologie

La chambre régionale des comptes a souhaité produire à destination du citoyen une vision du rôle et du fonctionnement du CHU de Tours dans le traitement de la crise sanitaire de covid 19, la manière dont il en a été affecté et la façon dont il a dû s'y adapter.

L'instruction a été réalisée entre octobre 2021 et janvier 2022 alors que l'épidémie de covid 19 n'était pas achevée et **ne concerne que les quatre premières vagues, de mars 2020 à octobre 2021.**

Afin de ne pas peser sur les services du CHU en période de vague épidémique majeure (cinquième vague à compter de décembre 2021), tout en assurant l'information du citoyen, la méthodologie de contrôle de la chambre régionale des comptes a été adaptée. L'instruction a ainsi été essentiellement réalisée à partir des documents déjà existants relatifs à la gestion de crise (retour d'expérience de la première vague, bulletins d'information, etc.), des réponses à un questionnaire et à des entretiens. Quarante-trois professionnels du CHU ont ainsi été entendus dans le cadre de l'instruction (directions fonctionnelles et personnels soignants).

1 LA SITUATION DU CHU DE TOURS À LA VEILLE DE LA CRISE SANITAIRE : UNE ACTIVITÉ STABLE ET UNE SITUATION FINANCIÈRE FRAGILE

Le rôle des centres hospitaliers et universitaires (CHU)

Institués par une ordonnance du 30 décembre 1958¹, les centres hospitaliers et universitaires sont des établissements publics de santé à portée régionale (centres hospitaliers régionaux) liés par convention à une université et chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche. Leur création a largement contribué à la modernisation du système hospitalier français.

Le territoire national est maillé par trente CHU, et deux centres hospitaliers régionaux (CHR) qui n'ont pas de faculté de médecine (CHR de Metz-Thionville et CHR d'Orléans). En 2019, les CHU offraient 81 157 lits et places, pesant pour 28 % des capacités hospitalières publiques et 17 % des capacités hospitalières totales². En 2019, les effectifs des CHU comptaient 28 522 ETP de médecins et 276 316 ETP³ de personnels non médicaux. Prise dans son ensemble, l'activité de soins des CHU représente un tiers de l'activité hospitalière publique et un cinquième de l'activité hospitalière totale⁴.

Les CHU assurent tous les niveaux de soins (urgence, proximité, recours, expertise) en s'appuyant sur des plateaux techniques et biologiques conséquents. La dimension territoriale de leur action est majeure que ce soit dans l'organisation et la coordination de filières de soins ou dans le renfort médical qu'ils apportent à de nombreux établissements dans certaines spécialités en tension.

Un grand nombre de CHU rencontre des difficultés financières récurrentes qui fragilisent leurs capacités d'action et d'investissement. Le résultat consolidé des CHU a ainsi été constamment déficitaire sur la période couvrant 2011 à 2017 avant de revenir à l'équilibre à compter de 2018. En 2019, seize CHU sur trente-deux présentaient un résultat déficitaire sur leur compte de résultat principal qui retrace les activités sanitaires⁵.

La réponse du système hospitalier à la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de covid 19 a nécessité une réorganisation profonde des établissements de santé. Elle a généré des coûts et une réduction de l'activité programmée, avec des pertes de recettes significatives pour les budgets de ces établissements. Fortement mobilisé en tant qu'établissement de référence de la région Centre-Val de Loire et établissement support du GHT Touraine-Val de Loire, le CHU de Tours a été contraint d'adapter, de manière rapide et profonde, son organisation et ses capacités hospitalières afin de répondre aux besoins nés de la crise sanitaire.

Dès lors, alors que l'année 2020 constitue une atypie historique dans la trajectoire du CHU de Tours, il est utile de présenter la situation générale de l'établissement en 2019, à la veille de la crise sanitaire

¹ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

² DREES, *Les établissements de santé - édition 2021*.

³ ATIH, base de données 2019 Hospidiag www.hospidiag.atih.sante.fr (calcul effectué sur la catégorie CHR (AP-HP, AP-HM et HCL inclus)).

⁴ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, novembre 2018 (p. 23).

⁵ ATIH, base de données 2019 (idem).

1.1 Le CHU de Tours, un acteur central du territoire

Jusqu'à présent seul centre hospitalier et universitaire de la région Centre Val-de-Loire, le centre hospitalier régional et universitaire (CHU) de Tours⁶ a accueilli en 2019 en moyenne, chaque jour, plus de 1 800 patients en hospitalisation et autant en consultation externe. Il comptait 1 885 lits et places dont 1 256 en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Il était organisé autour de 15 pôles cliniques et médico-techniques regroupant 64 services⁷. Classée en niveau 3⁸, sa maternité accueille environ 3 500 accouchements par an.

Avec un budget annuel de fonctionnement d'environ 700 millions d'euros, le CHU de Tours est le premier employeur de la région avec 8 872 équivalents temps plein (ETP) salariés en 2019, dont 6 680 personnels non médicaux (dont 4 459 personnels soignants des services de soins, 439 médicotechniques, 806 administratifs et 860 techniques et ouvriers), et 772 ETP médicaux (128 professeurs d'université - praticiens hospitaliers, 392 praticiens hospitaliers titulaires, et 252 praticiens sous contrat), auxquels s'ajoutent 568 ETP d'internes et 852 ETP d'étudiants.

Parmi les 32 CHU, celui de Tours se place au 17^e rang en termes de capacités et à la 14^e place en termes d'activité⁹. Compte tenu de sa vocation régionale et universitaire, il assure des activités de soins ayant un rayonnement régional telles que la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les greffes d'organes et de tissus, le traitement des grands brûlés et les transplantations hépatiques. Il gère également des unités de psychiatrie (301 lits et places) et dispose d'un important service de cancérologie¹⁰. Il assure enfin un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de 109 lits et places en 2019, et gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comprenant 96 lits et places.

Les activités du CHU de Tours sont réparties sur cinq sites dans l'agglomération tourangelle. Trois sites principaux sont essentiellement dédiés aux activités MCO : les hôpitaux Bretonneau et Clocheville (hôpital pédiatrique) situés au centre-ville de Tours, ainsi que l'hôpital Trousseau construit dans les années 1970 en périphérie sur la commune de Chambray-lès-Tours. Ces trois sites accueillent des urgences et sont dotés de plateaux techniques comprenant des blocs opératoires et des secteurs de soins critiques. L'hôpital pédiatrique Clocheville et l'hôpital Bretonneau présentent des besoins de mise en conformité et de modernisation des plateaux techniques et des capacités hôtelières. Modernisé depuis 2004, le site de Bretonneau est saturé en termes de disponibilités foncières et ne peut se développer du fait de son implantation en centre-ville exposée au risque d'inondation¹¹.

Dans le double objectif de remédier à l'éclatement des implantations et d'optimiser la prise en charge médicale, l'État a validé en avril 2017 un projet de restructuration visant au regroupement des activités cliniques en deux étapes principales. La première consiste à réduire

⁶ Chiffres clés 2019 du CHU Hôpitaux de Tours disponibles sur <https://www.chu-tours.fr/>.

⁷ Le CHU de Tours compte désormais 17 pôles et 73 services (organigramme des pôles au 1^{er} avril 2021).

⁸ Les maternités de type 3 comportent une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale.

⁹ ATIH, base de données 2019 Hospidiag www.hospidiag.atih.sante.fr (calcul effectué sur la catégorie CHR (AP-HP, AP-HM et HCL inclus)).

¹⁰ La région Centre-Val de Loire ne dispose pas de centre de lutte contre le cancer (CLCC).

¹¹ Cf. annexe n° 2 : carte d'implantation des sites du CHU.

à l'horizon 2026/2027 le nombre de sites de cinq à deux (Bretonneau et Trousseau) en attendant la seconde, finalisant un regroupement des activités cliniques sur Trousseau en 2040.

Le CHU de Tours exerce pleinement son rôle d'établissement de recours en offrant des soins de haute technicité. En 2019, les activités de recours/référence représentent 5,66 % de l'activité totale, ce qui place le CHU dans la fourchette haute des établissements de même catégorie, soit un niveau comparable au 2^e décile (5,7 %)¹².

Il assure également un rôle majeur d'hôpital de proximité puisqu'en 2019, plus de 70 % des patients hospitalisés en MCO sont originaires du département d'Indre-et-Loire dont 52,2 % de l'agglomération tourangelles. En 2019, il a réalisé 42,7 % des séjours MCO de son territoire de santé, l'Indre-et-Loire, devant le pôle santé Léonard de Vinci (Chambray-lès-Tours) (22,3 %) et la Nouvelle Clinique de Tours NCT+ (Saint-Cyr-sur-Loire) (12,3 %). La même année, il a réalisé 13,2 % des séjours de la région Centre-Val de Loire, devant le CHR d'Orléans (9,1 %).

Les parts de marché du CHU sur sa zone d'attractivité¹³ sont demeurées stables depuis 2017. Il y détient la première place aussi bien en médecine, qu'en chirurgie, obstétrique, hospitalisations en cancérologie et séances de chimiothérapie ; il se classe second en chirurgie ambulatoire derrière le pôle santé Léonard de Vinci.

Sur la période 2017-2019, l'activité de l'établissement demeure stable mais avec une tendance baissière sur son offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique. Si les prises en charge ambulatoires connaissent un rythme de croissance soutenu avec une augmentation annuelle moyenne de 3,8 % entre 2017 et 2019, le nombre de séjours en hospitalisation complète a quant à lui diminué de 2,4 % sur la même période.

Le CHU exerce également une mission d'enseignement en lien avec la faculté de médecine de Tours et concourt à la formation des personnels non médicaux au sein des différentes écoles de formation (infirmiers, aides-soignants, sages-femmes et techniciens en analyses biomédicales notamment).

Il met en œuvre son activité de recherche en relation avec la faculté de médecine et l'université de Tours. Au niveau inter-régional, le CHU est membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) HUGO, regroupant les CHU et CHR du Grand Ouest. Initié en 2005 sous forme de coopération, ce GCS a été créé en 2013 afin de promouvoir des réalisations communes dans les domaines de l'organisation des soins, de la formation et de la recherche coordonnée en particulier au niveau européen et international.

Enfin, le CHU de Tours est établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Touraine-Val de Loire, constitué en 2016 et qui, outre le CHU, est composé de six centres hospitaliers¹⁴, de seize EHPAD, de deux structures HAD¹⁵ (membres associés), de cinq

¹² ATIH, base de données 2019.

¹³ Zone d'attractivité : territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours/nombre d'habitants) les plus élevés.

¹⁴ Les établissements publics de santé membres du GHT (centres hospitaliers du Chinonais, de Loches, de Luynes, de La Membrolle-sur-Choisille, de Sainte-Maure-de-Touraine, et d'Amboise/Château-Renault) sont tous en direction commune avec le CHU à l'exception du centre hospitalier intercommunal d'Amboise/Château-Renault.

¹⁵ Hospitalisation à domicile

établissements de SSR¹⁶, de quatre cliniques psychiatriques (partenaires), ainsi que de deux associations (la maison départementale des adolescents et SOS médecins).

Ce GHT a pour objet de favoriser la complémentarité des soins sur le territoire du département d'Indre-et-Loire à travers une stratégie commune aux établissements membres, définie dans un projet médical partagé. Dans ce cadre, le CHU de Tours a notamment développé les consultations avancées spécialisées permettant ainsi de renforcer l'offre de soins de proximité tout en consolidant les liens entre les équipes soignantes des différents établissements. Ainsi, en 2019, 77 médecins du CHU ont un exercice partagé avec les autres établissements du GHT et 29 assistants spécialistes sont à temps partagé¹⁷, ce qui représente un engagement significatif de l'établissement dans le territoire. D'autres actions structurantes sont développées, par exemple en termes d'organisation et de coordination des filières de soins (filière AVC, ouverture de lits de courts séjours gériatriques pour désengorger les urgences, etc.), et d'activités médicotechniques avec notamment la constitution d'un laboratoire commun à tous les établissements de santé du territoire.

1.2 Une situation financière fragile de l'établissement à fin 2019

Le positionnement médian du CHU de Tours observé en matière d'activité et de capacité d'accueil se vérifie également en termes de moyens budgétaires de fonctionnement : celui-ci se classe au 15^e rang des 32 CHU-CHR français.

Au terme du précédent contrôle des comptes et de la gestion (2015), la CRC Centre-Limousin¹⁸ constatait que le CHU de Tours était aux prises avec une situation financière tendue. Elle appelait ce dernier à rétablir l'équilibre financier en prévision de l'effort d'investissement majeur que constitue le regroupement à l'horizon 2026-2027 de l'ensemble des activités du CHU sur deux sites spécialisés (Trousseau et Bretonneau). La CRC notait que l'établissement anticipait un retour à l'équilibre seulement à l'horizon 2021 dans son plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Cette perspective n'a pas été démentie par la trajectoire financière de l'établissement des exercices 2015 et 2016. Les résultats nets du budget principal sont restés lourdement déficitaires sur cette période ; le niveau d'autofinancement demeurant notoirement insuffisant. Le CHU de Tours s'est approché des valeurs limites des critères réglementaires de déséquilibre financier¹⁹ sans les franchir cependant.

Dans ce contexte, le CHU a élaboré en 2016 un plan de redressement financier dénommé APAC (Attractivité, Performance et Accompagnement du Changement) afin d'assurer la soutenabilité financière du projet de regroupement²⁰. Ce plan fixe un effort d'optimisation de

¹⁶ Soins de suite et de réadaptation

¹⁷ Chiffres Clés 2019, CHU Tours.

¹⁸ Du 1^{er} avril 2012 au 1^{er} janvier 2016, le ressort de la chambre régionale comprenait les anciennes régions Centre et Limousin.

¹⁹ Les critères de déséquilibre financier applicables aux établissements publics de santé sont définis à l'article D. 6143-39 du code de la santé publique. Le constat d'un déséquilibre financier d'un établissement conduit à l'élaboration d'un plan de redressement présenté par le directeur d'établissement à l'ARS de rattachement.

²⁰ « [...] Le projet d'investissement conduisant à la reconstruction de l'hôpital Trousseau à l'horizon 2026 a été validé par le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers

38,8 M€ à mettre en œuvre sur la période 2017-2029. Après une première phase 2017-2021 de réduction progressive des déficits, ce plan vise l'atteinte de l'équilibre en 2022. La dernière phase 2023-2029 ambitionne des résultats excédentaires croissants destinés à apurer les déficits cumulés de la décennie 2010.

Ce plan repose sur une diminution des dépenses de 20,2 M€ et des augmentations de produits de 18,6 M€. Sa mesure principale consiste en une réduction des capacités hospitalières de 250 lits MCO à horizon 2029 générant une baisse de la masse salariale de 12,0 M€ (réduction de 244,6 ETP). Cette baisse capacitaire devait s'effectuer en deux temps selon un rythme validé par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) : 130 lits MCO à l'horizon 2020 et 120 lits sur la période suivante.

Les capacités installées d'hospitalisation complète MCO du CHU sont passées de 1 245 lits en 2016 à 1 128 lits en 2019. Une première vague de suppression nette de 117 lits MCO est donc effectivement intervenue entre 2016 et 2019, le secteur des soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) ayant été quant à lui renforcé, par redéploiement, avec 24 lits supplémentaires. Si le plan APAC prévoyait corrélativement une réduction d'emplois (- 130 ETP), l'établissement a vu ses effectifs rester stables. L'ordonnateur indique que les emplois concernés ont bien été supprimés mais que d'autres auraient été créés en nombre identique dans le cadre de projets internes ou externes, générant selon lui un financement adapté (T2A ou MIGAC). Le CHU employait à fin 2019 7 149,27 ETP contre 7 089,66 ETP en 2016, soit une variation de + 0,84 % (+ 59,61 ETP). S'élevant à 431,8 M€ en 2019, les charges de personnel sont maîtrisées. Leur poids dans les charges totales de l'établissement est ainsi resté stable sur la période (59,98 % en 2019 contre 60,45 % en 2016).

La trajectoire financière de l'hôpital a globalement été conforme aux prévisions 2017-2019 du plan de redressement. La marge brute (aides incluses) et l'autofinancement brut se sont améliorés dans les proportions attendues, les résultats nets sont moins déficitaires que prévus. À fin 2019, les objectifs fixés par ce plan étaient atteints dans leur majorité, attestant du redressement tangible des comptes de l'établissement.

Néanmoins, la situation financière du CHU de Tours restait fragile à la veille de la crise sanitaire, notamment sur les points suivants :

- Une fois l'annuité en capital de la dette couverte, sa capacité à autofinancer son programme d'investissement était particulièrement faible. La capacité d'autofinancement nette n'a couvert que 11,9 % de l'effort d'investissement de 131 M€ réalisé sur la période 2017-2019 (131 M€). Cela a conduit le CHU à fortement recourir à l'endettement en souscrivant 128,9 M€ de prêts sur cette période.
- Si le coût de la dette financière apparaît maîtrisé en 2019²¹, les capacités d'endettement du CHU ont été fortement entamées. En 2018, les valeurs limites de deux des trois ratios

(COPERMO) au mois d'avril 2017. Pour permettre cet investissement, le CHU de Tours s'engage dans un plan Attractivité-performance et accompagnement du changement avec des actions mises en place dès 2017. Ces actions visent à optimiser les recettes par la recherche d'un codage plus efficient des séjours et des actes et à engager des économies par la fermeture d'hôpitaux de semaine, le développement de la pharmacie clinique et la rationalisation des moyens de remplacement. » Rapport financier 2016, Tome 1, 1.5 Perspectives d'activité pour l'année 2017 (p. 18).

²¹ En 2019, les charges financières (5,01 M€) pesaient seulement 0,71 % dans le total des charges de l'établissement tous budgets confondus (705,06 M€).

d'endettement fixées par décret²² ont été franchies. En 2019, deux ratios d'endettement dépassaient ou approchaient des valeurs limites : l'indépendance financière s'établissait à 52 % (limite ≤ 50 %) et le taux d'endettement était de 29,7 % (limite ≤ 30 %). La capacité de désendettement du CHU, indicateur mesurant la solvabilité de l'établissement, tempère ce constat : celle-ci s'établit à six ans en 2019, bien en deçà du seuil critique de dix ans.

- Signe d'un équilibre financier fragilisé par les déficits successifs, la trésorerie nette restait à sécuriser. Celle-ci est structurellement négative sur cette période (en moyenne - 5,15 M€ sur 2017-2019) malgré un recours systématique à des crédits de trésorerie non remboursés en fin d'exercice (en moyenne 7,81 M€ sur la période 2017-2019).

2 UNE RÉPONSE DU CHU ADAPTÉE À L'INTENSITÉ DE LA CRISE SANITAIRE

Le virus SARS-CoV-2

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le SARS-CoV-2 à l'origine de la pandémie de *coronavirus disease 2019* (covid 19) appartient à la famille des coronavirus, dénomination liée à la « couronne » que forment certaines protéines à la surface de ces virus²³. Il a été identifié pour la première fois à Wuhan en Chine, en décembre 2019. Le SARS-CoV-2 est un virus à ARN enveloppé qui se transmet depuis une personne infectée vers une personne non infectée par deux voies principales : le contact direct avec la personne infectée et la transmission aérienne *via* des gouttelettes ou un aérosol.

Le virus pénètre dans l'organisme *via* les voies aériennes (nez et bouche). Une partie de sa protéine de surface se fixe au récepteur exprimé à la surface des cellules qui tapissent les voies respiratoires. Une autre protéine cellulaire²⁴ permet ensuite au virus de pénétrer dans la cellule. Une fois à l'intérieur, il utilise la machinerie cellulaire de l'hôte pour s'y multiplier. La façon dont se manifeste la covid 19 est très hétérogène et une part non négligeable des personnes qui sont infectées ne développent pas de symptômes.

D'une manière générale, les virus à ARN peuvent muter plus facilement que les virus à ADN. Ainsi, depuis fin 2020, plusieurs lignées de virus qui présentent des modifications pathogènes sont apparues, comme les variants Alpha, Delta, Bêta, Gamma et Omicron.

Le virus SARS-CoV-2 est à l'origine de la plus grave crise sanitaire connue par la France depuis un siècle. Si le caractère soudain et inattendu est le propre de toute crise, celle-ci se caractérise par plusieurs spécificités : soudaine, inattendue, d'une durée exceptionnelle

²² L'article D. 6145-70 du code de la Santé publique comporte un régime d'autorisation préalable par le directeur général de l'ARS des décisions relatives aux emprunts des établissements publics de santé dont la situation financière est caractérisée par au moins deux des trois critères suivants :

- leur ratio d'indépendance financière excède 50 % ;
- leur ratio de durée apparente de la dette excède 10 ans ;
- leur ratio de l'encours de dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excède 30 %.

²³ Dossier INSERM réalisé en collaboration avec Eric D'Ortenzio (REACTing), Yazdan Yazdanpanah (unité Inserm 1137) et Bruno Lina (CIRI).

²⁴ La protéase transmembranaire à sérine 2, en anglais : transmembrane protease serine 2 (TMPRSS2).

pour le système de santé, particulièrement difficile à cerner, avec une expertise scientifique incertaine et très médiatisée²⁵.

La spécificité de la crise covid, qui lui donne son caractère de gravité, est sa durée exceptionnellement longue. Les établissements de santé ont l'expérience de la gestion de crises de courte durée (accident autoroutier, attentats, épisode grippal) pour lesquelles ils disposent de moyens et de protocoles adaptés (plan blanc, plan bleu). Or, la durée de la crise covid change la nature même de cette gestion par son absence de perspective d'achèvement et la difficulté à dimensionner les moyens nécessaires.

En termes de prise en charge par le système de santé, la covid 19 est à la fois une maladie bénigne pour la très grande majorité des cas et une maladie grave pouvant générer une mortalité importante dans un nombre très faible de cas. Cette double dimension contradictoire a déterminé les caractéristiques des difficultés posées aux établissements de santé par la crise sanitaire :

- exigence de prise de décision dans des temps courts pour répondre aux évolutions rapides de la crise ;
- isolement des patients atteints de la covid 19 et nécessité de parcours de soins différenciés pour préserver les autres patients d'un virus très contagieux et la formation de foyers infectieux (*clusters*) ;
- prises en charge longues ayant un impact sur les durées moyennes de séjours notamment pour les services de réanimation pour lesquels l'impératif « d'armer »²⁶ des lits ou d'ouvrir des services de réanimation supplémentaires est apparu ;
- incertitudes sur les traitements à mettre en œuvre et importance de la recherche médicale et du partage de l'expertise ;
- tension sur la disponibilité des médicaments, notamment dans le cadre des actes réanimatoires, comme les curares ;
- nécessité d'assurer la protection des personnels par des mesures d'organisation appropriées et la vaccination, ainsi que par la fourniture d'équipements de protection individuels (EPI) alors que l'augmentation brutale de la demande a créé une forte tension sur les approvisionnements ;
- maintien de la continuité du service public hospitalier par des ressources humaines adaptées et des équipements adéquats ;
- mise en place d'une correcte information des personnels sur la situation et accompagnement de l'évolution de leurs missions à travers un niveau de formation adéquat en dépit des incertitudes scientifiques concernant une maladie inconnue.

Ces particularités de la crise de covid 19 ont déterminé la réponse apportée par le CHU pour gérer cette situation exceptionnelle tant par son ampleur et sa complexité, que sa pluralité d'acteurs et sa durée.

Dans cette perspective, la chambre a examiné les mesures prises par le CHU sur les principales composantes de son activité : quel était le niveau de préparation à la gestion de crise de l'établissement et quels choix l'établissement a-t-il fait pour organiser sa gestion de crise ?

²⁵ Rapport de l'Institut interdisciplinaire de l'innovation (CNRS/École Polytechnique – Institut Polytechnique de Paris).

²⁶ Action d'équiper un lit d'hospitalisation avec les éléments nécessaires à son fonctionnement et à sa sûreté afin d'assurer l'accueil des patients

Quelle a été la part de l'hospitalisation covid 19 dans l'ensemble de l'activité du CHU ? Quelles ont été les conséquences organisationnelles de la crise pour les services de soins mais également pour les autres activités du centre hospitalo-universitaire (recherche, vaccination, télémedecine etc.) ? Le CHU a-t-il pu faire face et gérer la tension des approvisionnements, notamment s'agissant des équipements de protection individuels ? Comment l'établissement a-t-il pu mobiliser son personnel pour faire face à la crise et l'accompagner ? Quelle a été la place et le rôle du CHU dans son territoire et la région Centre-Val de Loire ? Quelle appréciation a été portée par les usagers sur le service rendu par le CHU ? L'ensemble de ces questions sont examinées dans la présente partie.

2.1 Un pilotage par une cellule de crise centralisée qui a su s'ajuster aux évolutions de la crise et aux rebonds de l'épidémie

Face à la crise, le CHU de Tours a pu s'appuyer dans un premier temps sur les enseignements tirés de la gestion de celle-ci dans le Grand-Est. Ainsi, l'établissement avait eu des retours sur les modalités de pilotage, d'organisation ou de prise en charge qui ont été utilisées par les premiers établissements touchés par la pandémie.

2.1.1 Non adaptés par nature à une crise longue et complexe, les outils préexistants ont cependant été activés en appui lors des phases les plus aiguës de la pandémie

Le plan blanc

Le plan blanc est un plan spécifique d'urgence sanitaire et de crise pour planifier la mise en œuvre rapide et rationnelle des moyens indispensables en cas d'afflux de victimes dans un établissement hospitalier. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique²⁷ donne une base légale à l'adoption, par tous les établissements de santé, d'un plan blanc, dont l'activation est décidée par le directeur de l'établissement.

Il a pour objectifs d'assurer les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ainsi que le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles, en fonction des besoins mais également d'éviter la désorganisation qui pourrait être provoquée par l'intrusion de personnes extérieures et par l'obstruction des voies d'accès, notamment en cas de sinistre nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif (NRBCE).

Défini au niveau de l'établissement, le plan blanc s'inscrit dans le schéma de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), notamment le schéma ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), créé en 2014, qui est l'outil central de planification de la réponse du système de santé en SSE (selon plusieurs volets tels que NRC, afflux massif de victimes AMAVI, etc.). Lorsqu'il concerne plusieurs établissements, le préfet peut déclencher le plan blanc élargi, en coordination avec le niveau départemental ou zonal, qui s'accompagne de la mise en place d'une cellule de crise. Ces plans blancs élargis ont vocation à constituer le volet sanitaire des dispositifs ORSEC départementaux.

²⁷ Cette loi a inséré dans le code de la santé publique un titre III « Modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire », Chapitre II « Prévention et gestion des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence », modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le CHU de Tours disposait au moment du début de la crise des outils règlementaires de gestion de crise. En effet, les établissements de santé ont l'obligation de mettre en œuvre une politique de prévention et de gestion de crise et de disposer d'un plan blanc qui s'intègre à un plan élargi définissant la coordination entre acteurs de santé²⁸. Conformément à cette obligation, le CHU de Tours était doté d'un plan blanc rédigé sur la base du plan ORSAN AMAVI (afflux massif de victimes). Il s'agissait de la onzième version de ce plan, laquelle avait été validée en 2018.

En tant qu'établissement de « première ligne » disposant d'une autorisation d'accueil des urgences et d'une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients, l'établissement s'inscrit dans le dispositif ORSAN risques épidémiologiques et biologiques (REB). Ce volet REB du plan blanc avait été initié avant le début de la crise par la direction de la qualité, de la patientèle et des politiques sociales. Il constitue une première réponse en cas de situation d'urgence, en visant à retarder l'introduction d'un agent infectieux potentiellement émergent (comprenant aussi les agents du bioterrorisme) et le cas échéant, à limiter sa propagation en cas de transmission interhumaine de la maladie sur le territoire.

Par ailleurs, l'établissement dispose en temps normal d'autres outils internes de gestion de crise comme le plan de gestion des tensions hospitalières correspondant à une situation de suractivité au sein des urgences et générant une occupation des lits dépassant la capacité immédiate de l'établissement.

Ces outils étaient régulièrement mis à jour et faisaient l'objet d'entraînements réguliers. Ainsi le plan blanc a pu être testé lors d'un exercice en septembre 2019.

Le plan blanc ne s'est cependant pas révélé être un outil permettant une réponse structurelle à l'apparition de cette pandémie de longue durée. Les mesures prévues par le plan blanc comme celles du plan de gestion des tensions hospitalières répondent en effet aux enjeux de crises à cinétique courte (afflux de patients sur un temps très court tels que les attentats, accidents...). Le plan blanc prévoit le déploiement temporaire de moyens non pérennes et le rappel de personnels pour assumer un surcroît d'activité tout en préservant l'activité habituelle de l'hôpital. Aussi, le plan blanc du CHU, comme celui de la plupart des établissements de santé, n'était pas adapté à une gestion pandémique de long terme qui nécessite des adaptations structurelles de l'établissement. Le retour d'expérience réalisé par le CHU sur la première vague a d'ailleurs souligné l'impact limité qu'a eu le déclenchement du plan blanc, début avril, principalement car des mesures spécifiques avaient été mises en place auparavant (cellules de crise, déprogrammation, centre d'exploration cliniques, circuits patient spécifiques etc.).

Pour répondre aux effets particuliers résultant de la pandémie, notamment sa durée, le CHU a donc dû innover en matière d'organisation et de planification. S'il a rapidement mis en place une cellule de gestion de crise centralisée, inspirée de l'organisation prévue par le plan blanc, il a également dû créer un plan de mobilisation capacitaire *ad hoc* visant à adapter progressivement les capacités d'accueil de l'établissement pour répondre au besoin de long terme et aux fluctuations de la crise. Le CHU a ainsi mis en place une modalité de pilotage spécifique à la crise.

Bien que l'impact de leur déclenchement ait été jugé limité lors de la première vague, le CHU de Tours a activé ces plans à plusieurs reprises lors des phases les plus aiguës (afflux massif de patient), en complément des autres mesures mises en place. Il a déclenché le niveau

²⁸ Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 décembre 2006.

1 du plan de gestion des tensions hospitalières le 24 février 2020 (plan hôpital en tension), puis a déclenché à trois reprises le plan blanc, correspondant aux trois premières vagues épidémiques successives :

- du 2 avril 2020 au 28 mai 2020 ;
- du 29 octobre 2020 au 7 décembre 2020 ;
- du 10 mars 2021 au 1^{er} juin 2021.

Enfin, le plan blanc a été réactivé le 7 janvier 2022 dans le cadre de la vague épidémique résultant du variant « Omicron » de la covid 19.

Ce choix de déclencher périodiquement le plan blanc a répondu à des afflux plus massifs et temporaires de patients ainsi qu'à la nécessité de pouvoir rappeler les personnels pour faire face à cet afflux en permettant de donner un cadre légal et connu des acteurs en matière de gestion des ressources humaines (rappel de personnels, limitation des congés) ou de déclenchement de procédures (mise en place de sous-cellules de gestion, ouverture des lits plan blanc etc.). Au final le plan blanc a fait l'objet d'une adaptation à cette nouvelle catégorie de crise (cf. partie 2.1.5.1).

2.1.2 Un pilotage de la crise par la mise en place d'une gouvernance spécifique

2.1.2.1 La cellule de gestion de crise

Le CHU a recouru à une organisation centralisée de la gestion de crise sous la forme d'une cellule de crise mise en place à partir du déclenchement du plan « hôpital en tension » (le 24 février 2020). Pilotée par la direction générale de l'établissement, elle était initialement composée de directeurs fonctionnels et de médecins. Contrairement à d'autres établissements, la directrice générale du CHU n'a pas nommé de directeur médical de crise, cette fonction étant assumée par le président de la commission médicale d'établissement (CME) et des praticiens. La cellule de gestion de crise s'est réunie 68 fois entre son déclenchement le 24 février 2020 et la fin du mois d'août 2020. Du 16 mars 2020 au 29 avril 2020, elle a été convoquée quotidiennement.

La cellule de crise a également assuré la coordination des actions avec les établissements du GHT Touraine-Val de Loire, les cliniques et la médecine de ville.

Par ailleurs des cellules de gestion *ad hoc* ont été constituées notamment au niveau des services logistiques et techniques et des pôles d'activité clinique. Une cellule spécifique a également été mise en place au SAMU, notamment pour gérer le surplus d'appels lié à la crise covid (cf. partie 2.3.3).

Cette organisation a été reproduite et adaptée lors des vagues successives suivant les leçons tirées de l'expérience. Ainsi, la composition de la cellule de crise a été amenée à évoluer, notamment pour permettre une meilleure représentativité des pôles et des fonctions supports. Ainsi, en novembre 2020, la cellule a intégré de nouveaux membres : représentants médicaux de la gériatrie et de la psychiatrie, cadre supérieur socio-éducatif responsable du service social, directeurs des ressources humaines, des affaires médicales, des services techniques et du patrimoine, de l'hôtellerie, de la logistique et de la salubrité.

L'évolution de cette composition a été communiquée *via* le « bulletin coronavirus » et mise à disposition, sur le site intranet, dans la rubrique dédiée.

De plus, une fonction « secrétariat » de la cellule de crise a été définie, permettant d'assurer, de façon continue, la traçabilité et la diffusion des décisions prises.

2.1.2.2 Les autres instances de pilotage

La cellule de gestion de crise, chargée d'un rôle stratégique d'arbitrage et de coordination, ne pouvait assumer la gestion de l'ensemble des difficultés rencontrées durant la période de pandémie. Elle a délégué certains sujets à des cellules créées spécifiquement. Deux sont à noter pour la première vague :

- *La cellule de suivi des patients COVID*

La cellule de suivi COVID, pilotée par une gériatre et une infectiologue, a assuré le suivi des patients et des professionnels « covidés » mais non hospitalisés (de J+7 à J+21) pour vérifier l'évolution de leur état de santé. Cette cellule, renforcée par des étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année de médecine, a suivi plus de 350 patients sur cette période. Le suivi comprenait le rappel des médecins traitants pour la transmission des informations utiles à la prise en charge à domicile. Les données recueillies par la cellule de suivi ont donné lieu en mai 2020 à une restitution dans le cadre du lien ville-hôpital pour présenter les constats sur les symptômes résiduels à un mois de l'infection aiguë et organiser une filière de suivi adaptée.

- *La cellule de reprise*

La cellule de reprise a été organisée dès le 15 avril 2020. Sa mission durant la première vague, comme lors des vagues successives, était d'accompagner la décroissance du nombre de patients hospitalisés pour covid 19 et d'assurer la reprogrammation des activités hospitalières hors covid et des consultations. Composée de personnels médicaux, de membres de l'équipe de direction et de l'encadrement, la cellule a eu en charge de préciser les conditions d'accueil général des patients et des accompagnants sur les sites hospitaliers du CHU pour la reprogrammation de l'activité. Les modalités de reprise ont été validées le 8 mai 2020 pour une reprise des activités le 11 mai 2020.

2.1.3 Une tenue des instances de gouvernance préservée

Durant la crise, les instances ont été réunies avec des modalités adaptées, en visioconférence. Ainsi la commission médicale d'établissement s'est réunie neuf fois en 2020 et six fois entre janvier et juin 2021. Le conseil de surveillance a pu se réunir trois fois (avril, juin et décembre) et les réunions du directoire ont été très régulières (vingt-quatre fois entre janvier 2020 et septembre 2021). Les informations transmises sur la crise covid 19 lors du conseil de surveillance d'avril 2020 ont été complètes. Les instances relatives au personnel (CHSCT) et aux usagers (CDU) ont également été régulièrement réunies durant cette période. La direction générale du CHU a indiqué sa volonté d'informer largement sur la situation de crise même si le pilotage de la crise relevait de la cellule de crise. La chambre a pu ainsi constater la continuité du fonctionnement des instances, selon des modalités adaptées aux contraintes de la crise.

2.1.4 Des modalités de communication sur la crise variées

Durant la crise, la nécessité de coordination des parties prenantes ainsi que la demande très forte d'information des acteurs internes et externes liée à l'expertise reconnue du CHU a conduit l'établissement à mener une communication active et régulière. En effet, lors du premier confinement, un très fort besoin d'information était exprimé par la population et

l'expertise du CHU était particulièrement demandée. Dans ce contexte, l'établissement a recouru à plusieurs moyens. En premier lieu, le principal outil de communication était le « Bulletin quotidien Coronavirus du CHU de Tours ». Publié tous les jours au plus fort de la première vague, du 16 mars au 10 mai 2020, ce bulletin a permis d'informer l'ensemble des agents ainsi que des partenaires du CHU (cf. partie 2.7.1). Ce bulletin quotidien comportait notamment des données d'activité, des mesures d'hygiène, des informations recueillies auprès des professionnels de chaque discipline et l'actualité des décisions de la cellule de crise de l'établissement et du GHT. Des données épidémiques y étaient également recensées selon différentes focales (mondiale, nationale, régionale et CHU). Ce bulletin a été central dans la communication interne du CHU puisque 96,6 % des répondants au questionnaire de retour d'expérience (ou RETEX) le lisaient et que 91,1 % d'entre eux ont estimé qu'il était clair.

Par ailleurs, une rubrique dédiée a été mise en place dans l'intranet de l'établissement pour centraliser les informations relatives à la gestion de la crise covid 19.

Outre sa dimension opérationnelle et structurelle, le plan de mobilisation capacitaire, élaboré dès le début de la crise, a constitué pour l'établissement un document de communication majeur. Fruit de nombreux échanges au sein de la cellule de crise et formalisé de façon très visuelle, il a été construit dans le souci de mutualiser l'information et d'acculturer l'ensemble des soignants, qu'ils soient ou non affectés dans des services touchés par l'épidémie. Selon l'établissement, il représente un outil de diffusion « d'une philosophie commune » et a été largement repris dans les bulletins covid.

En matière de communication externe, plusieurs points presse en visio-conférence ont été réalisés, notamment par des médecins hospitalo-universitaires spécialistes. De même, le CHU a conduit des actions de communication pour informer notamment sur l'accès au CHU, sur les mesures d'hygiène et de soins à respecter, sur les actions et la situation épidémiologique de l'établissement ou sur les projets de recherche menés, par le moyen de communiqués de presse ou des réseaux sociaux (compte Twitter du CHU).

2.1.5 Les conséquences organisationnelles de la gestion de crise ont des impacts de long terme sur la gouvernance de l'établissement

2.1.5.1 Le retour d'expérience de la première vague (RETEX)

Le retour d'expérience (RETEX) est défini par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme une évaluation en profondeur des actions de gestion entreprises au cours d'un événement de santé publique, afin d'identifier les lacunes, les leçons et les meilleures pratiques. L'établissement a engagé une analyse de sa gestion de la première vague en réalisant un travail de retour d'expérience inspiré de la méthodologie pour la réalisation de RETEX établie en 2019 par le ministère de la santé.

L'établissement a réalisé ce retour d'expérience avec pour objectif de mettre à niveau les dispositifs de gestion de crise du CHU afin de permettre une réactivité forte et une efficacité renforcée face à ce type de situation. Par ailleurs, l'établissement cherchait à identifier les points forts de l'organisation de crise et les bonnes pratiques à conserver mais aussi à soulever les difficultés rencontrées et les points à améliorer, à identifier les actions correctives et à établir une vision partagée de la crise. Lancée le 18 juin 2020, la démarche, fondée sur un recueil de données documentaires, sur l'envoi d'un questionnaire dématérialisé et sur des entretiens, a abouti à une présentation des premiers constats aux instances, en octobre 2020, et à une finalisation du rapport en février 2021. Ce dernier a fait l'objet d'une communication interne.

Le RETEX a permis d'établir que la gouvernance de la crise, organisée de façon centralisée autour de la cellule de crise, a été estimée comme efficace et réactive. Cependant elle a également été perçue comme éloignée des services et des sites en raison de l'architecture multi-sites de l'établissement. Par ailleurs, le RETEX a conclu que le plan blanc institutionnel était inadapté à une crise de l'envergure de la pandémie covid 19. Ce dernier a donc fait l'objet d'une adaptation en 2020 (modification de la fiche d'action concernant les urgences, mise en place de tests PCR en salle de réveil pour une orientation rapide en cas de forte mobilisation des services de réanimation) tout comme son volet REB en 2021 (description des modalités d'organisation de la cellule de crise, plan de communication, classement des agents biologiques, rédaction de quinze fiches organisationnelles par secteur (SAU, maladies infectieuses) ou fonctions (transferts, accueil des sites)).

L'établissement a également procédé à un retour d'expérience auprès des acteurs du territoire avec lesquels il a été engagé dans la gestion de crise. Ainsi un retour d'expérience a eu lieu avec la préfecture d'Indre-et-Loire en juin 2020 concernant la première vague et illustrant le rôle du CHU comme plateforme départementale pour la distribution des équipements de protection individuelle (EPI) et comme plateforme régionale pour la délivrance des médicaments identifiés sous tension.

Un second RETEX relatif aux vagues suivantes était envisagé par l'établissement mais la succession de vagues pandémiques n'a pas permis aux personnels concernés de libérer du temps pour réaliser ce travail.

2.1.5.2 Les évolutions organisationnelles

Les contraintes résultant de la crise covid 19 ont conduit le CHU à des évolutions organisationnelles, notamment de ses unités d'hospitalisation et de consultation ainsi que de ses activités support. En premier lieu, une reconfiguration des unités d'hospitalisation a été opérée avec l'installation de lits spécifiquement dédiés covid 19 (99 lits de réanimation et 128 lits d'hospitalisation lors de la première vague). En deuxième lieu, un centre d'exploration clinique a été ouvert pour dépister les patients susceptibles d'être positifs au covid 19. Enfin, en dernier lieu, une plate-forme haut débit en virologie pouvant réaliser 2 000 tests PCR par 24 heures a été mise en place. Par ailleurs, l'établissement a assuré les remontées d'information demandées par l'agence régionale de santé et l'administration centrale du ministère de la santé (enquêtes, tableaux de suivi etc.) qui ont pu représenter une charge de travail importante dans le contexte de tension de la gestion de crise.

Parmi les mesures mises en place, certaines ont été pérennisées, telles que :

- la mise en place d'accueils filtrants ;
- l'installation d'une capacité de traitement massive des tests covid ;
- la réversibilité des lits de soins continus en lits de réanimation ;
- l'adaptation du niveau de déprogrammation en fonction du flux de patients covid et de l'anticipation d'occupation des services de réanimation.

La crise covid 19 n'a pas fait obstacle à d'autres projets de réorganisation antérieurs qui ont pu évoluer à la lumière de l'expérience vécue pendant la pandémie. Ainsi, après la première vague épidémique, l'établissement a engagé une démarche nommée « Simplifions notre hôpital », visant à simplifier les procédures et le cadre hospitalier, par des fonctionnements plus fluides et des collaborations plus directes. Cette réflexion est la poursuite d'un objectif déjà prévu dans le volet managérial du projet d'établissement. De même, début 2021, le CHU a constitué de

nouveaux pôles, dans le cadre du plan APAC lié au projet de reconstruction et a mis en place un « guide de gouvernance révisé ».

2.2 Une activité covid limitée mais porteuse de fortes tensions hospitalières²⁹

2.2.1 Une activité covid fluctuant au gré des différentes vagues mais n'entraînant pas de saturation des capacités de l'hôpital

La pandémie de covid 19 s'est traduite en France par cinq vagues épidémiques successives du printemps 2020 jusqu'à ce jour³⁰. Selon l'INSEE, entre le début de l'épidémie et le 12 septembre 2021, 460 000 personnes ont été hospitalisées ou étaient en cours d'hospitalisation en France après avoir développé la maladie covid 19, dont 94 000 en soins critiques. Sur la même période, 116 000 personnes sont décédées à l'hôpital ou en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), lors d'une infection à la covid. Le premier décès identifié en France des suites de la covid a été constaté le 14 février 2020³¹.

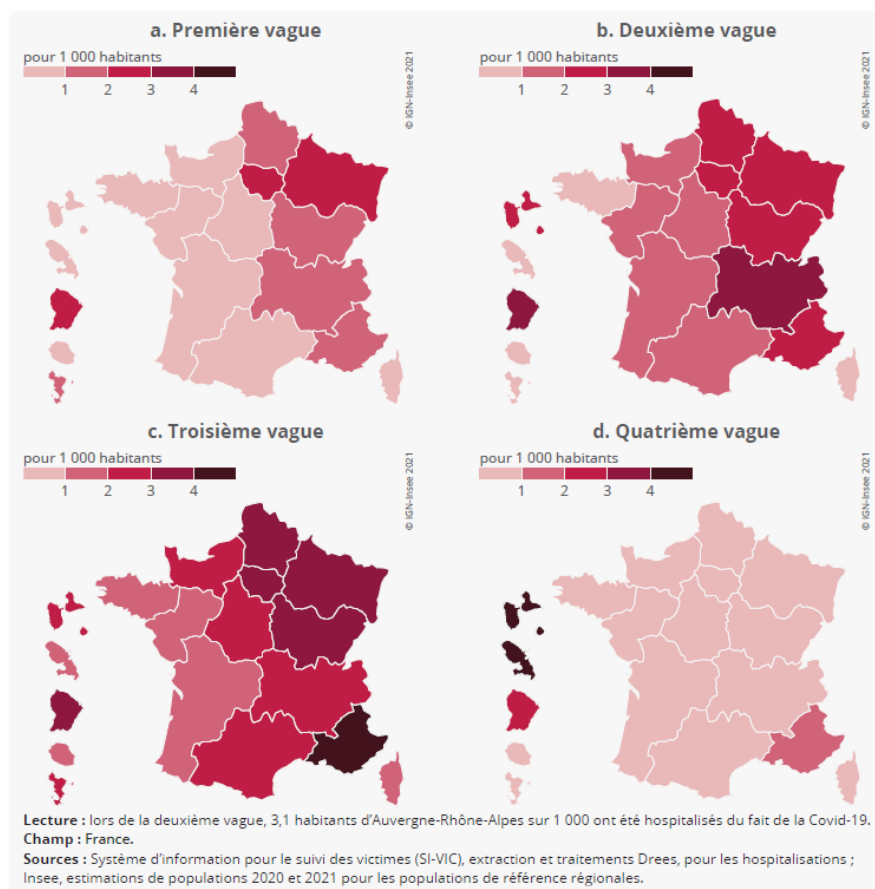
Au cours de l'année 2020, sur l'ensemble du territoire national, 249 100 patients ont été hospitalisés pour prise en charge de la covid 19, dont 185 863 en MCO (soit 75 %). Ils ne représentaient que 2 % de l'ensemble des patients hospitalisés en 2020, tous champs hospitaliers confondus. Les prises en charge au titre de la covid 19 sont néanmoins plus longues que les autres prises en charge. Ainsi, en moyenne, ces patients ont été hospitalisés sur une durée de 18,2 journées, soit 3 966 967 journées d'hospitalisation cumulées. Au-delà, 45 732 patients covid ont été pris en charge dans un service de soins critiques (service de réanimation, de soins intensifs ou de soins continus), soit près du quart des patients hospitalisés pour covid 19 en MCO.

La région Centre-Val de Loire, quant à elle, ne fait pas partie des régions les plus touchées même si l'impact de la pandémie sur l'activité hospitalière s'est accentué au fur et à mesure des trois premières vagues, avec 2,79 hospitalisations pour covid 19 pour 1 000 habitants lors de la 3^{ème} vague.

²⁹ Sauf mention contraire, les données d'activité présentées sont celles fournies par le département d'information médicale du CHU. Il est à noter que les données produites par le CHU pour 2021 se limitent la plupart du temps à la période du 1^{er} janvier au 30 septembre et n'ont ainsi pas pu tenir compte de la cinquième vague.

³⁰ Cf. annexe n° 3 : Principales dates de la crise sanitaire de janvier 2020 à octobre 2021.

³¹ France, portrait social, *Insee Références* – Édition 2021 – Éclairages.

Carte n° 1 : Nombre d'hospitalisations pour covid 19 pour 1 000 habitants selon les vagues

Source : France, portrait social, Insee Références – Édition 2021 – Éclairages (p. 45).

En 2020, 31 013 séjours de patients covid 19 ont été pris en charge dans les hôpitaux de Centre-Val de Loire, correspondant à 269 041 journées d'hospitalisation. Si toutes hospitalisations confondues (complètes, partielles et ambulatoires), le CHU en a accueilli le plus grand nombre (17 % des séjours), d'autres hôpitaux de la région ont également été fortement touchés tels que le centre hospitalier de Dreux (avec 15 % des séjours), celui de Châteauroux (9,3 % des séjours) ou encore le CHR d'Orléans (soit avec 9 % des séjours)³².

Établissement de première ligne³³, le poids pour le CHU de l'activité liée à la prise en charge de patients atteints du virus est à l'image de celui constaté au niveau national, soit moins de 2% des hospitalisations. Le 4 mars 2020, le CHU hospitalisait son premier patient covid et le surlendemain, un soignant était déclaré atteint du virus³⁴. Depuis le début de la pandémie et jusqu'au 30 septembre 2021, il a accueilli 2 557 patients diagnostiqués covid, dont 79 % de

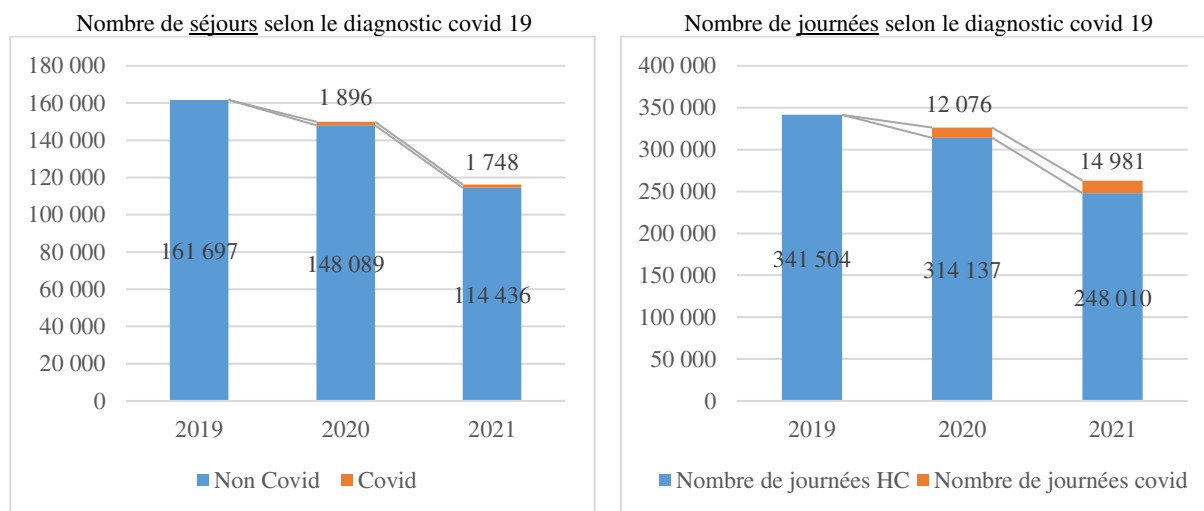
³² Selon la base administrative SAE 2020, pour les séjours MCO et SSR.

³³ Typologie d'établissement mise en place par la DGOS pour organiser la prise en charge graduée de l'épidémie. Les établissements de 1^{ère} ligne permettent la prise en charge des patients classés « cas confirmés » dans des conditions de sécurité maximales au sein de services de maladies infectieuses et tropicales et/ou de réanimation. Ils disposent de capacités de prise en charge bio-sécurisées et des capacités de diagnostics virologiques. Cf. partie 2.8.1.

³⁴ Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires – « Un an de Covid », p. 13.

patients âgés de 50 ans et plus, correspondant à 3 644 séjours et 27 047 journées d'hospitalisation. Dans l'activité globale de l'établissement, les séjours covid ont représenté 1,4 % du nombre total des séjours et 4,8 % du nombre de journées d'hospitalisation complète sur cette période. Au demeurant, du 1^{er} janvier 2020 au 30 septembre 2021, 265 patients diagnostiqués covid en MCO sont décédés au CHU, soit 7,3 % d'entre eux, alors que le taux de décès en établissement hospitalier était en 2020 de 19 % au niveau national³⁵.

Graphique n° 1 : **Activité globale du CHU selon le diagnostic covid 19**
du 1^{er} janvier 2019 au 30 septembre 2021



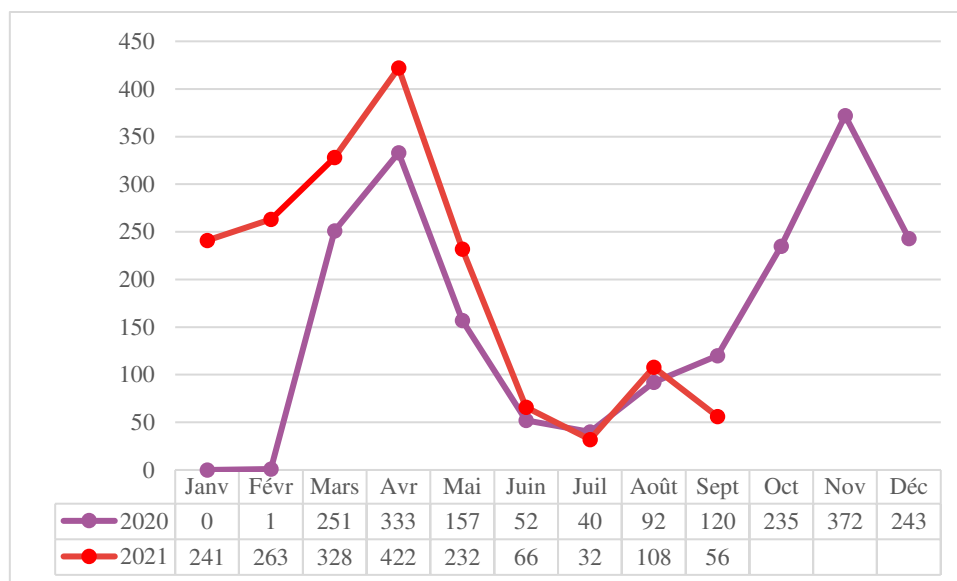
Source : CRC d'après les bases administratives SAE 2019 et 2020 ainsi que les données du CHU de Tours.

Si le CHU de Tours n'a jamais été saturé au cours des quatre premières vagues et n'a, à aucun moment, été contraint de transférer des patients vers d'autres centres hospitaliers, il a connu des périodes de très fortes tensions hospitalières³⁶. Cette crise sanitaire se caractérisant par sa durée longue rythmée de pics épidémiques, le nombre de séjours covid au CHU a varié selon les vagues, la troisième ayant été finalement la plus intense pour l'établissement à ce jour (hors cinquième vague).

³⁵ Analyse de l'activité hospitalière 2020 – Les prises en charge hospitalières de la covid 19 en 2020 – Synthèse ATIH – Octobre 2021.

³⁶ Selon l'établissement, si les tensions hospitalières subies ont été importantes, il n'a jamais été contraint d'activer les plus hauts paliers prévus dans les différentes versions de ses plans de mobilisation capacitaire (cf. partie 2.3.2).

Graphique n° 2 : Nombre de séjours covid par mois au CHU de Tours de janvier 2020 à septembre 2021



Source : Données CHU Tours.

2.2.2 Certains pôles particulièrement touchés

Si la majorité des patients atteints de covid a été prise en charge pour ce motif, 28 % d'entre eux ont été hospitalisés pour un autre motif et 2 % ne présentaient pas de symptôme de ce virus. Les séjours covid ont mobilisé principalement les pôles de médecine et de réanimation-urgence à travers les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), de médecine intensive de réanimation, de médecine interne, d'infectiologie et de pneumologie.

Tableau n° 1 : Part des séjours covid 19 dans les unités fonctionnelles ayant accueilli le plus de patients covid 19

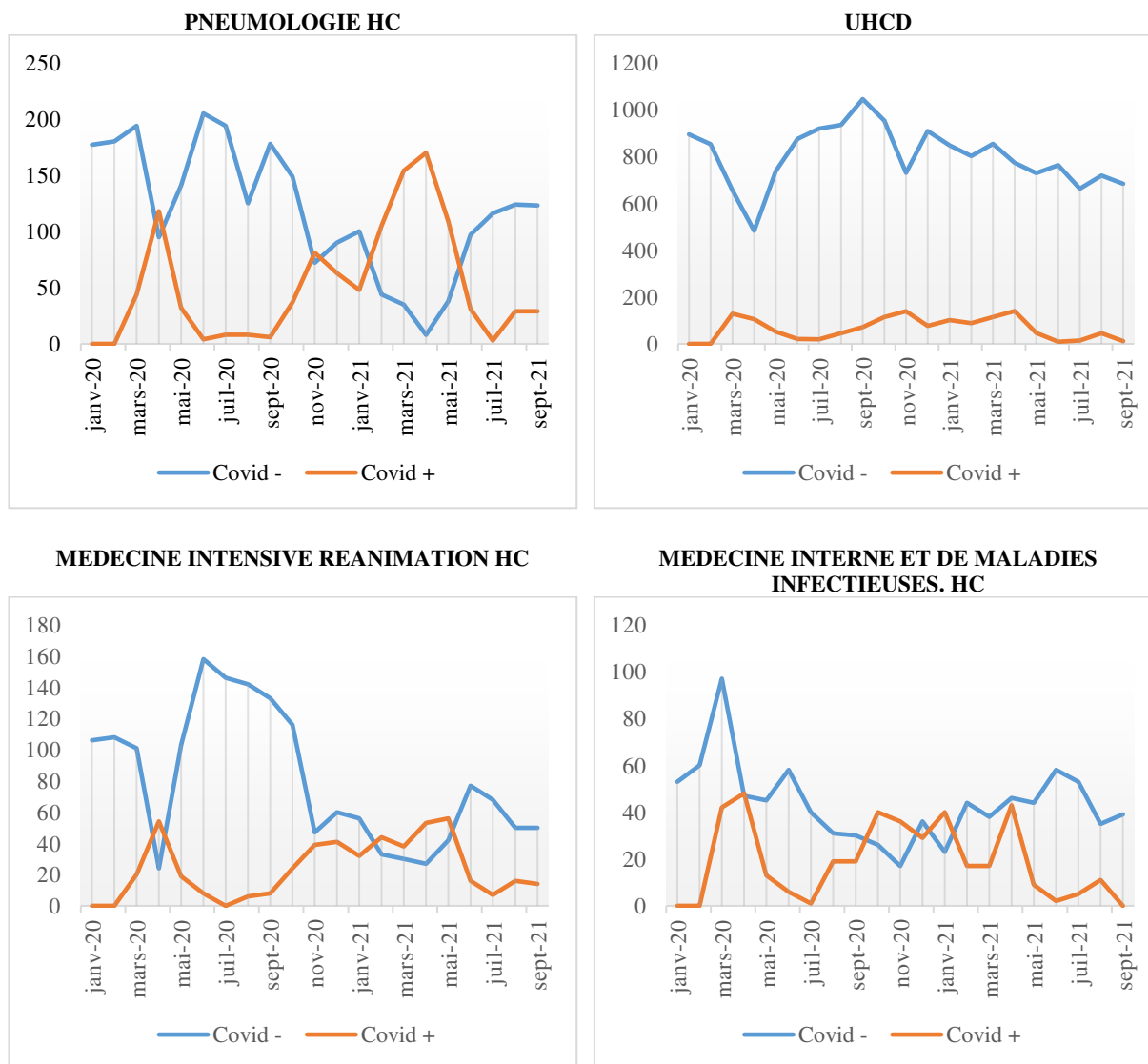
En nombre de séjours		2020		au 30 septembre 2021	
UF	Libellé UF	Covid 19	en %	Covid 19	en %
1100	Pneumologie HC	401	18,2%	678	49,7 %
2305	UHCD	775	7,2%	570	7,7 %
1230	Médecine intensive réanimation HC	219	15,0%	276	38,9 %
1062	Médecine interne et de maladies infectieuses HC	253	31,9%	144	27,5 %
1051	Médecine interne immunologie clinique HC	167	12,0%	114	10,7 %
1880	Médecine gériatrique HC	77	9,4%	24	4,1 %
1021	Médecine interne post-urgence HC	72	5,6%	13	1,3 %

UF : unité fonctionnelle ; HC : hospitalisation complète

Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

Certains d'entre eux, ont été plus fortement impactés au cours de la troisième vague, comme les services de pneumologie, d'infectiologie et de médecine interne qui ont par exemple alors accueilli jusqu'à 70 malades covid pour ces seuls trois services.

Graphique n° 3 : Évolution mensuelle du nombre de séjours selon le diagnostic covid de janvier 2020 à septembre 2021 au sein de quatre unités fonctionnelles



Covid + : cas positifs à la covid 19 ; Covid - : cas négatifs à la covid 19

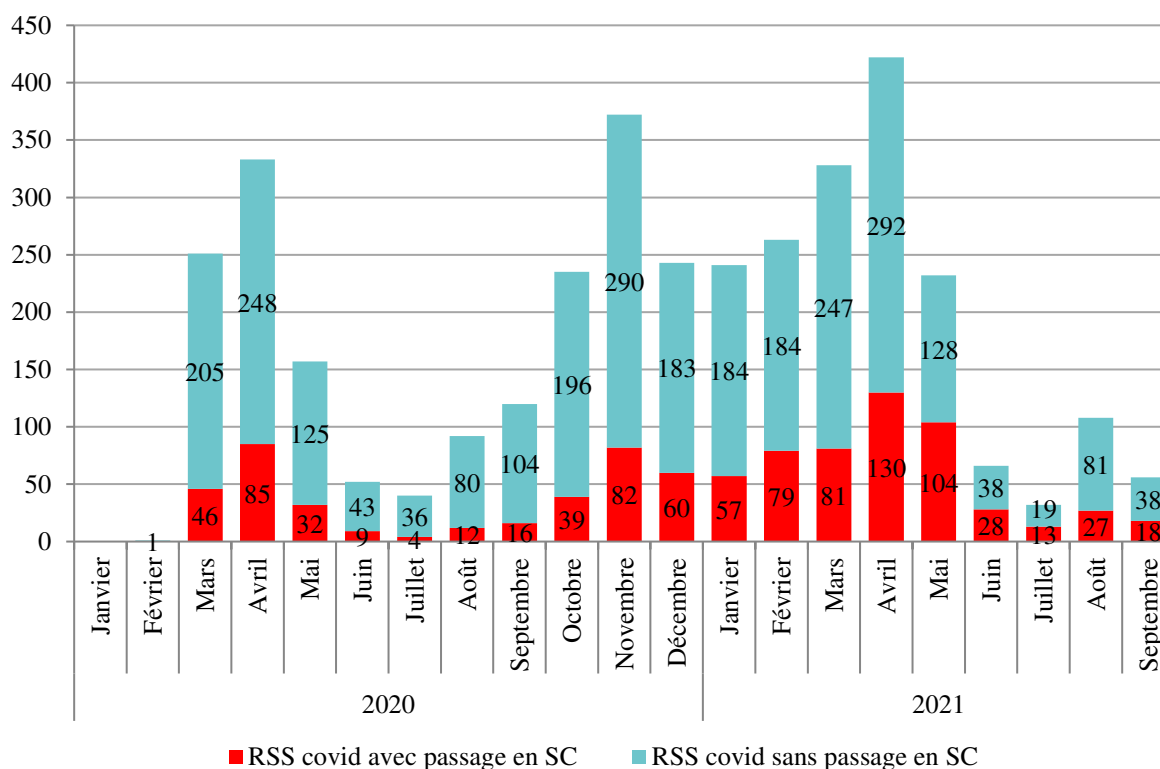
Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

Les services de soins critiques du CHU de Tours ont accueilli une proportion de patients covid presque identique à celle observée au niveau national³⁷ puisque 20,3 % de ces patients covid sont passés dans un service de soins critiques en 2020, et 30,7 % sur la période de janvier à septembre 2021, soit 25,3 % pour la totalité de la période (soit 922 séjours).

L'analyse mensuelle des données confirme l'intensité de la troisième vague puisque c'est en avril 2021 que le nombre de patients covid avec un passage en soins critiques a été le plus élevé (soit 130). Néanmoins, le nombre de ces derniers n'a jamais été supérieur au nombre de patients covid hospitalisés sans passage en soins critiques.

³⁷ Au niveau national, en 2020, près de 46 000 patients covid ont été pris en charge dans un service de soins critiques, soit 24,6 % des patients hospitalisés pour covid 19 en MCO.

Graphique n° 4 : Nombre de RSS³⁸ covid 19 avec passage en soins critiques par mois entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 septembre 2021

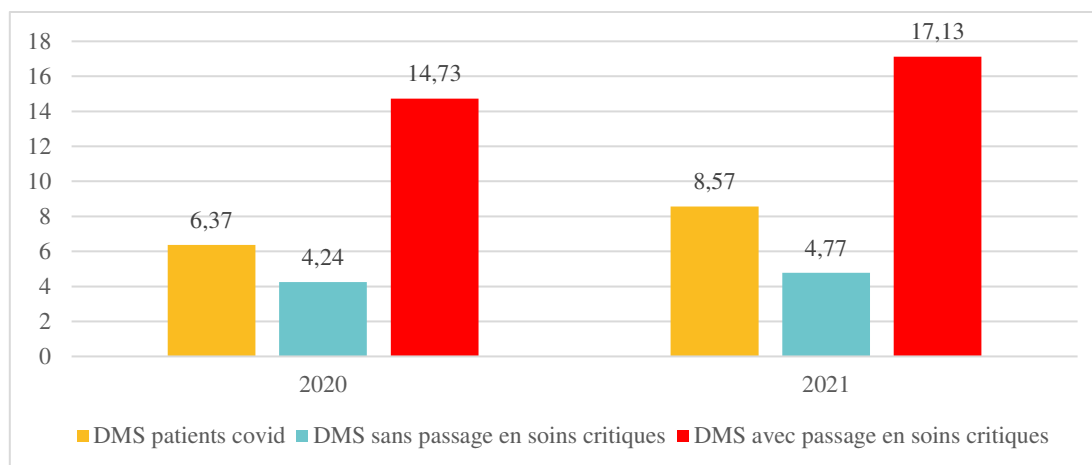


Source : CRC d'après les données CHU Tours.

En revanche, les durées de séjour des patients diagnostiqués covid ont été globalement quatre fois plus importantes pour ceux avec un passage en soins critiques, ce qui explique l'impact considérable sur l'organisation des services de l'hôpital. La durée moyenne de séjour pour un patient covid était de 14,73 jours en 2020 et 17,13 jours au 30 septembre 2021 lorsqu'il passait par un service de soins critiques alors qu'elle était respectivement de 4,24 jours et 4,77 jours pour les autres patients covid. À titre de comparaison, la durée moyenne de séjour pour le pôle anesthésie-réanimation toutes prises en charge confondues était de 4,78 jours en 2019 et 5,20 jours en 2020.

³⁸ Dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et de la tarification à l'activité, tout séjour dans une unité médicale doit donner lieu à la production d'un Résumé d'Unité Médicale (RUM) qui contient d'une part des informations de nature administrative et d'autre part des informations de nature médicale. L'ensemble des RUM d'une même hospitalisation amène à la constitution d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS) qui sera anonymisé avant l'envoi des données au ministère (Résumé de Sortie Anonyme : RSA).

Graphique n° 5 : **Durée moyenne de séjours (DMS) des patients covid 19 du 1^{er} janvier 2020 au 30 septembre 2021 (en nombre de jours)**



Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

2.3 Une réorganisation réactive des secteurs de soins

2.3.1 Un déploiement rapide d'aides à la prise en charge médicale et à la gestion épidémique sur site

Le CHU a déployé un accompagnement au plus près des services pour les premières semaines de prise en charge des patients infectés par la covid 19. L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH) a ainsi participé à la rédaction de fiches de procédures afin d'aider les équipes soignantes, par exemple sur la conduite à tenir devant un patient atteint ou suspect d'infection covid ou sur les modalités de prise en charge d'un patient décédé de la covid. Par ailleurs, lors de la première vague, un médecin hygiéniste est intervenu sur les différents sites en cas de patient positif, ou de *cluster*, pour effectuer un audit, déterminer la nature de la contamination (nosocomiale ou communautaire) et effectuer un rappel des bonnes pratiques au plus près des professionnels.

En outre, un guide sur les conduites thérapeutiques hors protocoles covid 19 a été élaboré sous la responsabilité du directeur de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) dans le but de structurer la réflexion institutionnelle sur l'administration de médicaments sans autorisation de mise sur le marché dans les cas covid, en l'articulant avec les protocoles de recherche. De ce fait, les professionnels ont pu bénéficier de propositions d'essais thérapeutiques selon les différents profils de patients, limitant les usages non protocolaires et non validés. Par ailleurs un guide thérapeutique de prise en charge des patients covid 19, hors réanimation ou unité de soins intensifs, a été rédigé, mis à jour et déployé au sein du CHU.

2.3.2 Un plan de mobilisation capacitaire en cascade dédié

Dès la fin du mois de janvier 2020, le CHU de Tours a été positionné comme établissement de première ligne pour la région Centre-Val de Loire avec le CHR d'Orléans. Cela supposait pour l'établissement :

- des chambres d'isolement en hospitalisation et en réanimation pour la prise en charge des patients malades ou suspects de la covid 19 ;
- des capacités de diagnostics virologiques ;
- un recours permanent à un infectiologue.

L'établissement a donc élaboré un important plan de mobilisation capacitaire permettant d'accueillir des patients covid pour une capacité allant jusqu'à 128 lits d'hospitalisation et 99 lits de réanimation. Cette organisation a été rendue possible grâce à la déprogrammation massive des activités d'hospitalisation et de consultation non urgentes à compter du 16 mars 2020. Cependant, la montée en charge des hospitalisations lors de la première vague, plus progressive que dans d'autres régions (voir carte n°1), a permis d'éviter un engorgement de la totalité des capacités disponibles d'hospitalisation dédiées. Le premier pic d'hospitalisation est intervenu au CHU le 8 avril 2020 avec 50 patients en réanimation et 99 en hospitalisation conventionnelle.

La première vague a eu pour conséquence une modification du périmètre des services en raison d'une hospitalisation exclusivement en chambre seule pour des raisons d'isolement sanitaire. Le CHU dispose de 1 494 chambres, dont 1 201 individuelles et 293 multiples (soit un peu moins de 20 % de chambres multiples sur sa capacité totale). Le passage à une hospitalisation systématique en chambre seule (hors psychiatrie) réduit potentiellement le nombre de lits accessibles de 157 sur les 1 548 disponibles, soit une baisse de 10 % de ses capacités³⁹.

La direction des soins du CHU a actualisé et adapté son plan de mobilisation capacitaire en fonction de l'intensité des vagues et de la disponibilité des personnels. En raison du trop grand nombre d'incertitudes entourant l'évolution de l'épidémie, les organisations ont été modulées au cas par cas sans être pérennisées, chaque vague étant différente de la précédente. Les stratégies de répartition et de circuit des patients covid et non covid se sont également affinées dans le temps. Si lors de la première vague, le capacitaire a été organisé pour accueillir les patients covid exclusivement dans des secteurs dédiés au sein des différents services, l'effet d'éparpillement de ces derniers et la concentration de leur prise en charge sur un nombre restreint d'équipes ont amené l'établissement à réviser son plan de mobilisation en organisant des secteurs mixtes de prises en charge (patients covid et patients non covid). Néanmoins, ce choix a nécessité la mise en place de mesures d'hygiène particulièrement renforcées et d'une formation *ad hoc* pour préserver les personnels des risques importants de contamination.

Cette agilité s'est de surcroît traduite par une mobilisation graduelle des capacités, à travers l'instauration d'un système en cascade permettant pour les services d'urgences, de réanimation et de médecine interne en hospitalisation conventionnelle, une ouverture progressive de lits dédiés aux patients covid qui préserve des capacités pour les patients non covid. Plusieurs paliers ont été définis et le passage d'un niveau à l'autre décidé en cellule de crise selon les tensions hospitalières internes mais également selon les taux d'occupation des services de réanimation des centres hospitaliers situés tant en Centre-Val de Loire que dans les régions limitrophes telles que l'Île-de-France. Ainsi, l'établissement s'est attaché à anticiper les potentielles demandes de transfert.

³⁹ Présentation de la stratégie de reprise d'activité du CHU post-confinement du 28 avril 2020, p. 22 et suivi de l'état du capacitaire de mars à juin 2020.

Ce dispositif s'est appuyé tant sur les équipes médicales que sur la cellule centralisée de gestion des lits. Mise en place depuis 2016, cette dernière a vocation à anticiper, prévoir, organiser et suivre l'ensemble des mouvements d'entrée et de sortie des patients, qu'ils soient programmés ou non, en MCO adultes, soit un périmètre de 661 lits⁴⁰. Elle a ainsi été particulièrement sollicitée durant la crise en raison de son aptitude à procurer une vision dynamique du capacitaire, c'est-à-dire un état des lieux des ressources tant existantes que projetées. Son suivi a également contribué à l'actualisation des paliers permettant un ajustement progressif de la mobilisation des lits en fonction des indicateurs clés, tels que la durée de séjour en service de réanimation, l'état des patients dans ces services et dans ceux d'hospitalisation conventionnelle ou encore le nombre de passages au SAMU et aux urgences.

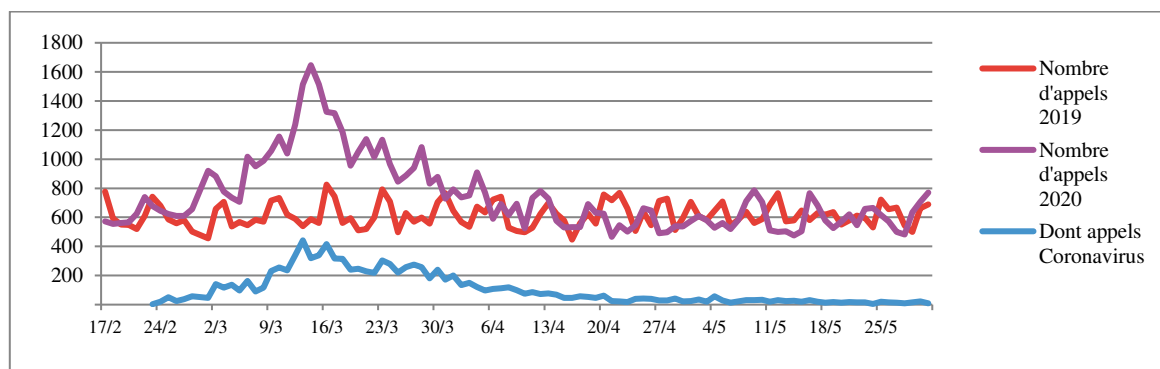
Par ailleurs, les différentes versions du plan de mobilisation capacitaire ont toutes été élaborées selon le principe des « vases communicants » entre les différents types de lits. Par exemple, en ce qui concerne les services de réanimation, précédemment à la troisième vague, sept paliers avaient été fixés allant d'une répartition de 9 lits covid et 74 lits non covid pour le premier niveau à une répartition de 68 lits covid et 22 lits non covid pour le septième niveau. De même en hospitalisation conventionnelle, quatre niveaux avaient été déterminés, passant d'une répartition de 10 lits covid et 82 lits non covid pour le premier niveau à une répartition de 39 lits covid et 53 lits non covid pour le quatrième niveau⁴¹.

2.3.3 Une adaptation spécifique des services d'urgence et du SAMU

Portes d'entrées d'une majorité de patients atteints de covid 19, les services d'aide médicale d'urgence et services d'accueil des urgences ont été doublement touchés par la crise : ils ont dû faire face à une activité nouvelle aux cohortes nombreuses lors des pics et construire une organisation pour limiter les risques de contagion.

Le centre d'appel du 15 a été particulièrement éprouvé par la première vague avec un nombre d'appels multiplié par trois en février et mars 2020, dont un pic à 1 600 appels téléphoniques pour la seule journée du 16 mars 2020. Une ligne d'appel supplémentaire a donc été mise en place dès la mi-février 2020, puis une cellule de crise dédiée aux appels covid le 29 février 2020, dotée de trois lignes supplémentaires nécessitant le renfort en régulation de professionnels libéraux et à la retraite.

Graphique n° 6 : Nombre d'appels au SAMU-centre 15 du 17 février 2020 au 31 mai 2020



Source : Données du CHU de Tours.

⁴⁰ Les secteurs de réanimations, psychiatrie et enfants ne sont pas gérés par ce dispositif.

⁴¹ Évolution du plan de mobilisation capacitaire du 15 février 2021.

Les services des urgences ont été également fortement mobilisés, sachant que 45 % des hospitalisations pour covid provenaient des urgences (et 25 % du domicile). Ces services se sont ainsi organisés pour accueillir, outre les patients traditionnels des urgences, les patients positifs ou possiblement positifs au covid et distinguer les circuits de prise en charge, en conciliant cette gestion avec les différents sites de l'établissement. Le 18 mars 2020, un centre de consultations avancées, dit centre d'exploration clinique (CEC), a été installé sur le site de Bretonneau afin d'absorber le flux de patients suspects de covid adressés par la filière ambulatoire (SAMU ou médecins libéraux). En parallèle, les urgences adultes présentes sur le site de Trousseau ont accueilli tous les patients se présentant par leurs propres moyens et adressés par le 15, les UHCD devenant des zones de prise en charge covid, avec des boxes spécifiquement consacrés aux cas suspects. Néanmoins, l'hospitalisation des patients diagnostiqués covid aux urgences de Trousseau a été centralisée sur le site de Bretonneau, occasionnant de lourdes opérations de transferts de patients dans des lits dédiés covid entre ces deux sites. L'établissement a d'ailleurs allégé son circuit dès septembre 2020 en prévoyant la possibilité d'admission directe sur le site de Bretonneau sans passage aux urgences, sur accord du référent risque épidémique et biologique.

2.4 De nombreuses actions déployées hors hospitalisation face à la pandémie

2.4.1 La montée en charge de l'activité de virologie

En 2020, la réalisation de tests RT-PCR⁴² et de sérologie covid a représenté 82 804 actes, soit 33 % de l'activité de virologie. Entre mars 2020 et mai 2021, le laboratoire de virologie a réalisé plus de 146 000 prélèvements PCR, dont 8 838 PCR positives, ce qui a exigé une adaptation à la fois rapide et massive et sur un temps long. Dès la fin du mois de février 2020, une ligne d'astreinte médicale et paramédicale en virologie a été mise en œuvre, afin de répondre à la stratégie nationale pour les tests virologiques et sérologiques. De même, le CEC créé sur le site de Bretonneau en mars 2020, initialement pour accueillir des patients covid symptomatiques non sévères orientés par le SAMU ou la médecine de ville, est devenu centre de prélèvement à compter de mai 2020, en lien avec le déploiement de la stratégie de « contact-tracing » du gouvernement, destinée à accompagner le déconfinement. S'il était dédié aux professionnels de santé dans un premier temps, il a été ouvert à l'ensemble de la population le 1^{er} août 2020. En complément, un « drive » de dépistage a été mis en place sur le site de Trousseau le 1^{er} octobre 2020.

Doté d'une plateforme de dépistage haut débit (plateforme MGI), mise à disposition par l'État, le CHU prend en charge les prélèvements réalisés sur les sites publics dédiés situés en Indre-et-Loire mais également dans l'Indre et le Loir-et-Cher. Livré le 21 avril 2020⁴³, cet automate a été définitivement opérationnel à partir du 18 mai 2020, soit une semaine après le déconfinement. Le service de virologie a ainsi multiplié par cinq ses capacités de traitement et réduit considérablement ses délais de résultats. Alors que le laboratoire était jusque-là en capacité de réaliser 400 tests par jour, la plateforme lui a permis d'en effectuer jusqu'à 2 400 par jour, et les délais de résultat ont été ramenés à 24h. Les services des urgences bénéficient

⁴² Test Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) : test de biologie moléculaire d'amplification génique in vitro de l'ARN pour détecter la présence de virus et mesurer leur concentration.

⁴³ Rapport du sénat du 8 décembre 2020 fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion (p. 281).

quant à eux d'un dispositif spécifique permettant d'obtenir des résultats en 45 minutes mais se limitant à 30 prélèvements par jour.

La gestion de la cinquième vague épidémique et l'apparition du variant Omicron, beaucoup plus contagieux que les précédents variants, ont certainement impacté le fonctionnement du laboratoire du CHU et interrogé ses capacités d'absorption des demandes de tests, jusqu'alors satisfaisantes⁴⁴.

2.4.2 Une participation forte à la politique de vaccination contre la covid 19

La campagne de vaccination contre la covid 19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Afin de répondre aux directives nationales en termes de délivrance des vaccins, le CHU a rédigé le 27 janvier 2021 une charte de la vaccination, visant à prioriser les publics. Soulignant un contexte de ressources contraintes et une arrivée progressive des doses de vaccins, ce document, conçu comme un outil de communication et de soutien aux équipes, avait pour finalité d'assurer une mise en œuvre homogène de la campagne de vaccination dans les différents centres de vaccination du département. Il s'agissait pour l'établissement de faire preuve de transparence dans la traçabilité et la distribution des doses de vaccins disponibles. Il était d'ailleurs prévu dans un souci d'optimisation qu'exceptionnellement, une dose en risque de péremption pouvait être administrée à une personne ne répondant pas aux critères de priorisation.

Après avoir suivi le déploiement progressif de la vaccination auprès des personnes les plus sensibles (personnels et patients), le CHU a ouvert trois centres de vaccination à destination des professionnels de santé et a été chargé de coordonner les opérations en Indre-et-Loire (réception, stockage et distribution des doses de vaccins) pour les EHPAD et USLD. Il s'est ensuite engagé dans la prévention vaccinale à destination du grand public à partir d'avril 2021 avec l'ouverture du centre de vaccination supplémentaire dédié, « Cap santé », qui a finalement regroupé tous les centres de vaccination en juillet 2021.

2.4.3 Le déploiement accéléré de la télé médecine

La télésanté

La télésanté est composée de 2 domaines d'activités :

- la télé médecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) ;
- le télésoin pour les activités réalisées à distance par un professionnel paramédical ou par un pharmacien.

La télé médecine comprend 5 types d'actes :

- la téléconsultation permet à un patient de consulter à distance son médecin (généraliste ou spécialiste) par vidéo transmission. Le professionnel peut évaluer l'état de santé de son patient et définir la conduite à tenir ensuite.
- la téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres confrères par le numérique. La question posée et la réponse apportée n'interviennent pas forcément de manière simultanée.
- la télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.
- la téléassistance permet à un professionnel médical d'assister à distance un confrère dans la réalisation d'un acte.
- la régulation médicale réalisée par les SAMU-centres 15 permet d'apporter à distance une réponse médicale et d'orienter le patient dans son parcours de soins.

Extraits du site du ministère des solidarités et de la santé

⁴⁴ Selon la Drees, sur l'ensemble du territoire national, entre le 3 et le 9 janvier 2022, 11 966 000 tests RT-PCR et antigéniques pour la détection du SARS-Cov2 ont été validés (dont 67 % de tests antigéniques), contre 8 309 400 tests (dont 64,6 % de tests antigéniques) la semaine précédente, soit une augmentation de 44 %.

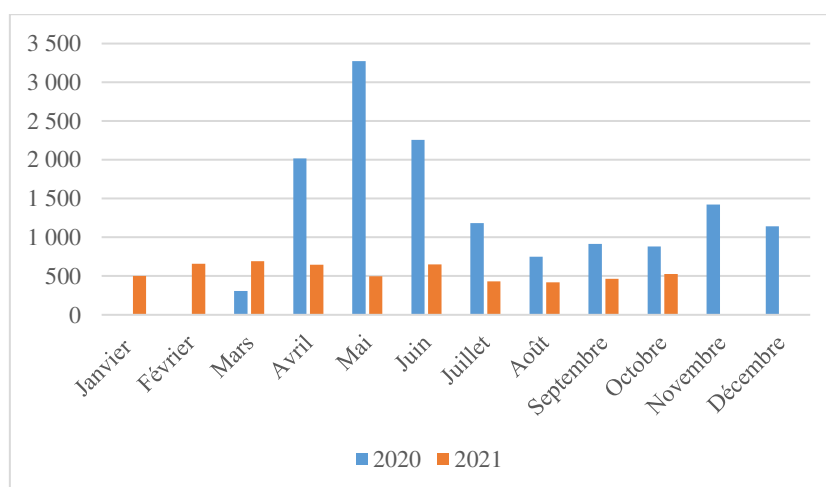
Alors que la télémedecine était en cours de mise en place au CHU de Tours, la crise a constitué un accélérateur des différents dispositifs.

Plusieurs spécialités, telle que la neurologie, exerçaient déjà une activité de téléexpertise, mais celle-ci a été multiplié par trois entre 2020 et 2021 (soit 2 075 actes en 2021 contre 662 actes en 2020).

En matière de télésurveillance, deux spécialités se sont emparées de ce dispositif, d'un côté la diabétologie avec 142 actes réalisés entre juillet 2020 et septembre 2021, et de l'autre la surveillance des prothèses cardiaques implantables mais dont la mise en place était encore en cours en septembre 2021. Au-delà, depuis avril 2021, l'équipe médicale du service de médecine intensive – réanimation dispose d'un outil numérique interactif, « Co-vie après » permettant de suivre l'état de santé post-réanimation des patients. Cette plateforme médicale sécurisée est accessible par l'équipe médicale du CHU, le patient mais également les autres professionnels de santé (médecin traitant, infirmier libéral, kinésithérapeute, etc.) afin d'assurer une prise en charge des potentielles conséquences fonctionnelles, somatiques, psychiatriques et cognitives.

Enfin, le déploiement de la téléconsultation a permis d'assurer une continuité des consultations et un suivi des patients dans un contexte de déprogrammation des activités. Au-delà d'une forte utilisation contrainte par le confinement et les déprogrammations, le recours à la téléconsultation s'est poursuivi en 2021. Bien que moins important, il n'en demeure pas moins supérieur au niveau d'avant crise (graphique 7).

Graphique n° 7 : Nombre d'actes de téléconsultation par mois du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2021



Source : Données du CHU de Tours.

2.4.4 Une recherche clinique dynamique bien que recentrée sur la pandémie

Quoique la pandémie ait conduit l'établissement à mobiliser l'ensemble de ses ressources sur la partie soins, la direction de la recherche et de l'innovation a été très sollicitée pour lancer un grand nombre d'études. Elle s'est ainsi massivement et rapidement mobilisée à travers le renforcement en moyens d'investigation des services de première ligne, en l'occurrence ceux de maladies infectieuses, de réanimation médicale, de pneumologie et de gériatrie, ainsi que le déploiement d'un plan de continuité d'activité, prévoyant le recours

massif au télétravail, la mise en place d'études à distance grâce à la visioconférence ou encore le recours à la signature électronique pour les contrats de recherche.

Cette crise a contraint les soins et la recherche de l'hôpital à œuvrer de concert et sur un même rythme dans une « course » à la recherche de traitement de la covid 19. De surcroît, une grande réactivité des instances⁴⁵ a été relevée permettant une réduction des délais entre le lancement d'une étude et sa publication, soit douze mois au lieu de quatre à cinq ans en temps normal. Ces délais records ont été rendus possibles par l'arrêt de la plupart des études hors covid, qui n'ont repris, par palier, qu'à partir de l'été 2020.

Par ailleurs, si la crise a parfois fait émerger de nouvelles sources de financement, ce dernier est demeuré souvent incertain, même après l'engagement effectif des projets, en raison d'un décalage entre la rapidité de l'évolution de l'épidémie et les décisions de sélection et d'attribution de subventions au niveau national. Certaines études ont par conséquent été lancées sans que les modalités de financement ne soient totalement arrêtées, ce qui a pu représenter une prise de risque institutionnelle et financière pour l'établissement, alors même que le manque de concertation nationale engendrait des projets concurrents.

Au 20 mai 2020, le CHU comptait 34 études relatives à la covid 19 en cours ou à venir, dont les résultats de certaines d'entre elles ont eu une portée internationale et ont donné lieu à des publications dans des revues prestigieuses (*JAMA* et *The Lancet*). Le CHU devra cependant rester attentif aux éventuels effets d'éviction sur les autres domaines de la recherche.

2.5 Une gestion de la pénurie des approvisionnements plutôt réussie

2.5.1 D'importantes difficultés d'approvisionnement, notamment durant la première vague

Des tensions d'approvisionnement sont survenues durant la première vague de la crise : équipements de protection individuelle (EPI), linge, sacs hydrosolubles, produits désinfectants, curares, équipements médicaux avec des fonctionnements plus ou moins dégradés. En matière, de produits de désinfection, des difficultés sont également apparues, notamment en raison de la fermeture d'une usine française de production fin 2019.

Selon l'établissement, la crise sanitaire a d'abord été une crise d'approvisionnement en équipements de protection individuelle. En effet, les stocks d'EPI constitués par le CHU en début de crise (stocks du plan « variole ») ne permettaient pas de faire face à l'ampleur de la crise notamment en raison de sa durée. L'augmentation très importante de certaines consommations (multiplication par quatre de la consommation des masques chirurgicaux, par dix des masques FFP2, par trois des surblouses, etc.) a créé un épisode de pénurie que l'établissement a dû gérer.

Initialement confronté à une pénurie de certains approvisionnements durant la première vague, l'établissement a préservé la continuité des prises en charge des patients par des mesures d'adaptation et de rationalisation dictées par la situation (dons, contingentements, recours aux stocks d'État) et la constitution de stocks de sécurité. La tension sur les stocks nécessaires à la gestion de crise a pu être importante, jusqu'à atteindre un seuil de deux ou trois jours d'activité,

⁴⁵ En l'occurrence, le comité de protection des personnes et l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

mais l'établissement indique n'avoir pas connu de rupture de ses stocks durant la crise permettant ainsi d'assurer la continuité des soins et la protection des personnels.

Cette gestion des stocks sous tension a pu être réalisée par l'action et la coordination d'une pluralité d'acteurs concernés : pharmacie, direction des achats, direction de la logistique, direction des travaux et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

2.5.2 Une bonne adaptation de la fonction logistique et des services techniques

La direction de l'hôtellerie, de la logistique, et de la salubrité (DHLS) a traité les difficultés d'approvisionnement selon deux modalités :

- Le recensement des prêts de matériels possibles (chariots de soins, pieds à perfusion, etc.) auprès des cadres avec l'aide des responsables de sites et de la logistique hospitalière pour le transfert interservices.
- Le recours aux achats hors marché *via* la carte bleue du CHU. Une augmentation du plafond permettait de pallier les difficultés d'approvisionnement et de passer par des fournisseurs hors marché.

Les services de soins ont pu souligner, à l'occasion du retour d'expérience sur la première vague, la réactivité des directions et des services supports, logistiques et techniques. L'obtention rapide du matériel et des équipements demandés a été appréciée par les personnels des services et arrive en quatrième position de ce qui a été « aimé durant la crise » parmi les réponses au questionnaire général. À plus de 80 %, les services considèrent que leurs demandes spécifiques en matériel ont été toujours (43,8 %) ou souvent (37,5 %) prises en compte.

En dépit de cette adaptation, des difficultés sont survenues lors de la première vague. Ainsi, le stock et les achats de linge n'ont pas été suffisants pour faire face à la demande et le CHU a dû augmenter sa capacité de traitement du linge. Par ailleurs, les services logistiques et techniques ont souligné la nécessité de mettre en place une coordination formalisée par la création d'une cellule de crise spécifique commune à la pharmacie, la direction des achats, la direction de la logistique, la direction des travaux et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Si l'établissement ne paraît pas avoir mis en place cette organisation, des représentants de ces différents services ont rejoint la cellule de crise au cours de l'année 2020.

2.5.3 Le rôle central de la pharmacie

La pharmacie à usage intérieur (PUI), en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, la direction des achats et la direction de la logistique, a été amenée à assumer un rôle particulièrement sensible dans la gestion des approvisionnements et la qualification des matériels.

Dès février 2020, elle s'est vue confier un rôle central de régulation en matière de gestion des stocks. Elle a contrôlé toutes les demandes d'EPI et a organisé le contingentement de ces équipements (masques, casques, solutions hydroalcooliques, etc.). Pour assurer l'approvisionnement des services de soins, quatre axes concomitants ont été retenus :

- la qualification des dons d'EPI de particuliers et d'entreprises, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, avant leur utilisation dans les services ;
- l'approvisionnement par le biais des stocks d'État (gérés par Santé Publique France) qui ont été utilisés en relais des dons, et dont la source s'est rapidement tarie ;

- la réalisation de commandes multifournisseurs en lien avec la direction des achats et la direction de la logistique ;
- la fabrication en direct, par exemple de solutions hydroalcooliques et de masques non destinés aux services de soins.

Lors de la première vague de l'épidémie de covid 19, la PUI a retenu plusieurs moyens d'action :

- en matière de ressources humaines, un praticien hospitalier a été désigné comme référent chargé de la coordination appuyé par deux suppléants, un cadre de santé et un préparateur en pharmacie. Leur rôle a consisté à gérer les plannings et à participer à la mise en place des mesures barrières et de bio nettoyage. Une équipe de renfort a été déployée durant les week-ends (interne de pharmacie le dimanche et deuxième ligne de garde durant le mois de mars 2021). Les pharmaciens, lors de la première vague, ont pu être amenés à se déplacer dans les services covid. Par ailleurs, la pharmacie a modifié son fonctionnement pour adopter une organisation visant à gagner en souplesse avec un ajustement chaque jour des activités en fonction des impératifs de la situation. ;
- la transmission de l'information et la participation étendue aux réunions de coordination de l'établissement (cellule de crise, conseil de surveillance, CHSCT, groupe de reprise d'activité, etc.). Par ailleurs, une enquête hebdomadaire était menée auprès des cadres de santé pour préciser les besoins et assurer les réaffectations selon les usages ;
- le contingentement des différents produits en tension pour les services de soins dès le 15 février 2020 ;
- en matière de gestion des stocks, la PUI a procédé au transfert des stocks du service achats avec la mise en place d'un contrôle de sécurité renforcé. Elle a augmenté son espace de stockage de 20 % en créant 200 emplacements de palettes supplémentaires. Même ainsi, l'établissement indique qu'il y a eu saturation des palettiers⁴⁶. En matière de produits de réanimation médicale, quarante références ont été stockées, dix pour les équipements de protection individuelle. Elle a également constitué des stocks de sécurité ;
- en matière de qualification des dons, la PUI a travaillé avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'établissement a en effet recouru à l'appel aux dons, en lien avec la direction de la communication, cet apport ayant été considéré comme précieux. La provenance des dons était variée : dons de masques d'entreprises, de la faculté de médecine, des collectivités territoriales, etc. Cependant, leur gestion n'était pas sans poser des difficultés en matière de stockage et de qualification. En effet, plus de 50 % des dons ne pouvaient être retenus pour un usage hospitalier. L'expérience retirée par l'établissement concernant la gestion des dons a montré l'utilité de la mise en place d'une échantillothèque (collection d'échantillons de la production d'une entreprise ou des produits utilisés par elle) pour qualifier plus rapidement les références reçues.
- le reconditionnement des flacons de solutions hydroalcooliques.

La PUI a aménagé ses activités hors covid 19 tout en assurant la production de chimiothérapies, de nutrition parentérale, de préparation des patients hospitalisés, de pharmacie clinique de distribution et de dispensation nominative.

⁴⁶ Étagère permettant de stocker des palettes.

À partir des enseignements de la première vague et pour gérer et anticiper une éventuelle pénurie, la pharmacie a stocké environ 170 palettes supplémentaires correspondant aux stocks de sécurité des équipements de protection individuelle et des dispositifs médicaux pour les services de réanimation. La PUI indique avoir organisé le suivi précis des péremptions en s'appuyant sur la méthode de gestion des stocks de type FIFO⁴⁷ pour la distribution et la rotation des lots. Par ailleurs, les documents relatifs à la gestion des situations exceptionnelles ont été mis à jour. Le maintien des activités a été assuré en dépit des difficultés posées par la crise.

2.6 Des ressources humaines très fortement mobilisées

La période de crise sanitaire a nécessité de nombreuses adaptations afin de répondre au double enjeu d'assurer un niveau d'activité compatible avec les besoins d'accueil des patients, notamment covid 19, et d'assurer la protection physique et psychologique du personnel hospitalier.

Des besoins en ressources humaines supplémentaires sont apparus du fait de l'épidémie et de l'enjeu de garantir la continuité des soins. Ceux-ci sont liés d'une part à la prise en charge des patients atteints de cette pathologie (lits covid ouverts, lignes de gardes et d'astreinte nouvelles en infectiologie, pharmacie, etc.) et aux activités paramédicales et supports liées (équipe d'hygiène, dépistage et laboratoire, protection du personnel, vaccination, etc.). D'autre part, ils concernent le renfort de secteurs en difficulté (service du SAMU ou des urgences par exemple). Ces besoins en temps médical et paramédical ont varié selon les vagues épidémiques et les réponses apportées ont été adaptées, ne nécessitant pas d'avoir recours à la réserve sanitaire. De fait, à compter de la deuxième vague, cette activité supplémentaire de prise en charge de l'épidémie a dû généralement être assurée en sus de la reprise des autres activités de l'établissement qui avaient été suspendues. Par ailleurs, l'impact même de la covid 19 sur le personnel hospitalier, par les absences qu'il a engendrées (malades, protection des personnes à risque, gardes d'enfant), a contribué à accentuer les besoins humains.

2.6.1 Un recours récurrent aux réaffectations internes

Ces mesures consistant à dégager du temps médical et paramédical pour la prise en charge spécifique covid 19 ont été largement liées aux décisions de déprogrammations et de fermetures de lits dans différents services. De fait, la première et principale forme de réponse au besoin de prise en charge de l'épidémie réside dans les réaffectations et mobilités de personnel interservices.

Une cellule de coordination médicale a été mise en place pour organiser l'affectation quotidienne des ressources médicales et pharmaceutiques dans les différents services ayant des besoins. Les affectations d'internes étaient gérées par l'université. La coordination des renforts paramédicaux était quant à elle réalisée par la direction des soins en collaboration avec l'encadrement des pôles et l'encadrement de proximité.

En matière de personnel médical, le CHU a priorisé les réaffectations internes des médecins issus des services dont les activités étaient déprogrammées ou réduites, tout en assurant un effectif minimum dans le service d'origine. Après recensement des compétences,

⁴⁷ FIFO : First in first out ; méthode de gestion des stocks dite d'épuisements des lots.

les praticiens ayant une expérience en urgences ou réanimation ont été privilégiés pour être réaffectés sur les unités en tension.

Le personnel non médical (PNM) posté dans les services dont l'activité a été déprogrammée a été réaffecté dans des unités fonctionnelles créées et/ou dédiées à l'accueil de patients covid (au centre d'exploration clinique, en services de médecine interne et de réanimation, aux urgences, en virologie et pneumologie, au centre de traitement et de régulation de l'alerte du SAMU ou encore au sein de l'équipe opérationnelle d'hygiène).

Certains personnels non soignants ont également été déployés au sein de différentes directions sur des missions nécessitant un accroissement des moyens, du fait d'un surcroît d'activité ou pour pallier l'absentéisme lié à l'épidémie, par exemple pour la fabrication de masques, pour procéder au rappel de patients ou encore au sein du service de blanchisserie.

Lors de la première vague (mars-juin 2020), ce sont plus de 300 personnels qui auront changé d'affectation, soit près de 4 % de l'effectif total (hors internes)⁴⁸.

2.6.2 Une nécessaire adaptation du temps de travail

Malgré l'implication du personnel et les réaffectations opérées de certains professionnels, le CHU a dû mobiliser d'autres solutions pour assurer la continuité des soins lors de la pandémie. Le CHU a ainsi procédé à des adaptations du temps de travail de certains personnels, en fonction de l'évolution du plan de mobilisation capacitaire.

De fait, un certain nombre de nouvelles gardes et astreintes de médecins seniors et d'internes ont dû être mises en place, notamment au sein du pôle médecine pour renforcer les équipes des secteurs covid 19 ou au sein des urgences mais également au niveau du laboratoire et du service d'infectiologie (dès le 27 janvier 2020 pour ce dernier). Jusqu'à la cinquième vague, une cinquantaine de mesures de renforts ont été prises pour assurer la permanence des soins, activées et supprimées selon les circonstances.

Le principal vecteur du temps de travail mobilisé au CHU pour la gestion de la crise sanitaire est le recours aux heures supplémentaires et temps de travail additionnel, tant dans les unités covid 19 que dans d'autres qui se trouvaient en sous-effectif du fait des réaffectations précitées. Selon le retour d'expérience relatif à la première vague, ce sont plus de 15 000 heures supplémentaires qui ont été dédiées au covid 19 sur cette période. En 2021 (de janvier à octobre), plus de 11 000 heures supplémentaires du personnel non médical ont également été générées par la pandémie.

L'activation du plan blanc à plusieurs reprises afin de pourvoir en personnels les secteurs covid a été l'occasion de procéder au rappel des professionnels et, très marginalement, à l'annulation de congés, du moins pour la première vague⁴⁹. En effet, l'activation du plan pour la deuxième vague (octobre-décembre 2020), s'est accompagnée de la possibilité, sur la base du volontariat, de procéder à l'annulation de congés sollicités pour les vacances scolaires. À cette fin, une indemnité exceptionnelle de compensation de congés payés non pris pour des

⁴⁸ Effectif au 31 décembre 2020 (SAE) : 901 PM (665,21 ETPR) et 7 104 PNM (6585,81 ETPR), soit 8 005 personnes. Services de soins : 4 777 agents (4433,36 ETPR).

⁴⁹ Lors de la première vague, de manière générale le CHU n'a pas souhaité imposer de congés ou de repos compensateurs. La consigne avait cependant été donnée au PNM de maintenir les congés déjà programmés, pendant le confinement, sauf nécessité de service dûment justifiée.

raisons de service a été mise en place. L'arrivée d'une cinquième vague en décembre 2021 aura également conduit 200 professionnels volontaires à revenir sur leurs congés.

Par ailleurs, une augmentation de leur quotité de travail a été proposée à tous les professionnels à temps partiel travaillant dans les secteurs covid 19 ou affichant une compétence rare susceptible d'être mobilisée.

2.6.3 Des personnels extérieurs indispensables lors de la première vague

L'établissement n'a cependant pas pu faire autrement que de recourir à du personnel extérieur pour faire face aux différentes vagues épidémiques de covid 19.

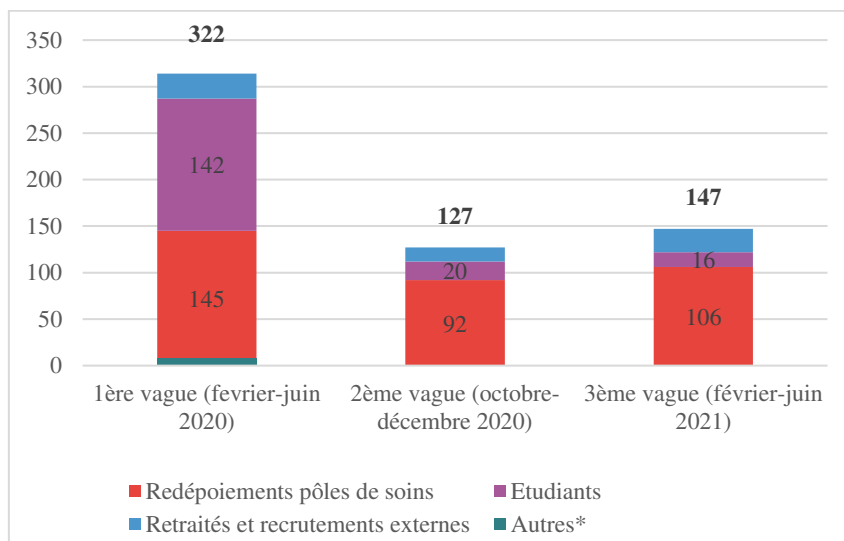
Les besoins en personnel médical externe ont été contenus aux renforts du SAMU-Centre 15 lors de la première vague et en appui au centre d'exploration clinique, puis aux centres de vaccination mis en place par le CHU. Médecins libéraux et médecins retraités sont ainsi venus, par demies-journées, en renfort des praticiens de l'établissement. Par ailleurs, la réaffectation interne de 10 à 30 praticiens par jour, a permis d'éviter le recours à l'intérim médical pendant les quatre premières vagues⁵⁰.

En ce qui concerne le personnel non médical, le rappel des agents ayant quitté l'établissement, soit pour faire valoir leurs droits à la retraite, soit en disponibilité, a permis de compléter les effectifs durant la crise. Des fonctions d'infirmier et d'aide-soignant ont dû être pourvues par un intérim spécifiquement covid, à hauteur de l'équivalent de 7,7 ETP en 2020 et 16,3 ETP de janvier à octobre 2021⁵¹. Pour autant, leur montant total demeure peu élevé par rapport au total de la masse salariale (0,12 % des charges totales de PNM en 2020). Par ailleurs, des recrutements supplémentaires plus ou moins pérennes ont été opérés pour assurer les nouvelles activités liées à la gestion de la pandémie : équipes d'entretien et blanchisserie, accueils filtrants, centres de dépistage et de vaccination. En 2020, ce sont 96 postes de personnel non médical dédiés au covid 19 qui ont été créés.

⁵⁰ Selon la réponse du CHU à la CRC, aucun intérimaire n'aurait été mobilisé pour la crise. Le bilan social 2020 précise cependant que des dépenses d'intérim médical liées au covid 19 s'élèvent à 103 050 € en anesthésie-réanimation. Cela correspondrait à 0,86 ETPR (coût moyen ETPR de 120 457 €).

⁵¹ Cf. coût moyen d'un ETP moyen rémunéré : 50 746,68 € (charges totales PNM de 331 578 776 € / 6534 ETP moyens rémunérés en 2020) et montants versés d'intérim PNM : 391 053,34 € en 2020 et 824 771,08 € en 2021.

Graphique n° 8 : Volume des renforts en personnel soignant non médical de février 2020 à juin 2021



* infirmiers de recherche clinique, syndicats

Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

Enfin, le CHU a pu compter sur la mobilisation des étudiants de ses instituts de formation, opérée très rapidement dès la fermeture des instituts, et lui permettant de disposer alors d'un vivier de professionnels. Parmi eux, le CHU a pu notamment s'appuyer sur 15 jeunes diplômés de l'institut de formation de techniciens de laboratoire médical pour accompagner la montée en charge de la plateforme de dépistage massif. Des élèves soignants et paramédicaux (puéricultrices, IADE, IBODE, IDE, AS) ont été également mobilisés au cours des vagues suivantes (fin 2020, avril 2021) mais de façon moins massive.

2.6.4 Les effets de ces réorganisations générées par la pandémie

Les conséquences de la forte mobilisation du personnel de l'hôpital sont nombreuses pour l'établissement.

Les entretiens réalisés par la chambre ont unanimement souligné la meilleure connaissance réciproque de tous les agents de l'hôpital, renforçant leur sentiment d'appartenance et la cohésion d'équipe, générée par la crise tout particulièrement lors de la première vague. Ils ont de surcroît reconnu la forte capacité d'adaptation des personnels aux nouveaux modes d'organisation voire aux nouvelles missions rendues nécessaires pour la gestion de crise.

Selon l'établissement lors de cette première vague, un système de reconnaissance des professionnels est en outre venu saluer leur engagement (répartition des dons faits aux professionnels, de bons fournis par la ville de Tours et de carburant, numéro dédié de la revue du CHU).

À cela s'est ajouté le versement de la prime exceptionnelle covid 19 dont l'attribution s'est accompagnée d'un important travail de gestion et d'explication de la DRH.

La prime exceptionnelle covid 19

Le CHU de Tours faisait partie des établissements relevant du second groupe mentionné à l'article 4 du décret n° 2020-568 du 14 mai 2020, modifié par le décret du 8 juin 2020, qui permet d'attribuer une prime exceptionnelle de 500 € aux agents. Il était également concerné par les dispositions de l'article 8 permettant d'octroyer une prime de 1 500 € pour les services ou agents impliqués dans la prise en charge de patients contaminés par le virus covid 19 ou mobilisés par les circonstances exceptionnelles d'exercice, dans la limite de 40 % des effectifs physiques de l'établissement. Défiscalisée et exonérée de cotisations sociales, cette prime devait être versée aux agents ayant exercé leurs fonctions de manière effective, y compris en télétravail, entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020.

La direction a identifié des bénéficiaires particulièrement impliqués dans la gestion de la crise (prise en charge de patients covid ou agents mobilisés par les circonstances exceptionnelles d'exercice induites par la gestion de la crise). L'attribution de ces primes, dont les montants différaient selon les postes occupés, a parfois été source de tensions mais aucun contentieux n'a été introduit.

L'établissement a versé environ 6,29 M€ de prime exceptionnelle à 8 760 agents. Près de 40 % d'entre eux ont effectivement bénéficié d'une prime majorée, tant au niveau du personnel médical (749 agents) que non médical (2 666 agents).

Cette mobilisation est cependant difficile à maintenir sur le temps long, notamment du fait de la difficulté à dédier des moyens spécifiques lorsque l'activité globale reprend. Les échanges avec l'établissement ont également fait ressortir une certaine lassitude et une fatigue des professionnels qui pèsent sur l'organisation des soins (cf. partie 3.2).

2.7 Un accompagnement notable des professionnels du CHU

Parmi les conditions favorisant la mobilisation du personnel, l'accompagnement du CHU de Tours comme employeur a été majeur.

2.7.1 Une attention à la communication interne

L'établissement a mis en place très rapidement une vaste communication interne. La première réunion d'information ouverte à l'ensemble du personnel a été organisée le 2 mars 2020, quatre jours avant le premier cas covid 19 confirmé parmi les professionnels.

Un bulletin dédié au coronavirus était transmis à l'ensemble du personnel. Le premier numéro a été diffusé le 16 mars 2020 et son rythme de publication, continu en 2020 et 2021, a été adapté lors des différentes vagues : quotidien au plus fort de la première vague puis hebdomadaire. La communication, à l'échelle de l'établissement, sur les décisions prises en cellule de crise était réalisée au travers de ce bulletin et le RETEX sur la première vague indique une satisfaction de cette information (73,7 %), lue par plus de 95 % des répondants au questionnaire du RETEX⁵². Une page dédiée sur l'intranet était également accessible. Ce partage d'information nécessaire à la mobilisation du personnel et à l'organisation de la prise en charge sanitaire des patients covid était par ailleurs souvent complété par l'organisation de réunions d'équipe au sein des services. Si le retour d'expérience sur la première vague a identifié certains points d'amélioration dans la communication interne, notamment du fait d'une

⁵² 1 117 réponses reçues, dont 83 % de personnel non médical.

information trop nombreuse ou changeante (souvent due à des consignes nationales), 80 % des répondants au questionnaire général ont indiqué ne pas avoir manqué d'information sur la crise.

Par ailleurs, le comité hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT) a été réuni en format exceptionnel, à l'initiative de l'administration, toutes les semaines au moment de la première vague puis de manière bimensuelle. Durant la première vague, huit CHSCT/CTE exceptionnels se sont ainsi ajoutés aux CHSCT mensuels (soit dix-huit entre mars 2020 et novembre 2021). L'unique point à l'ordre du jour portait sur la situation de la pandémie au CHU. Chaque réunion était préparée par un recueil de questions et réponses et a donné lieu à un compte rendu. Durant cette période, la solidarité interne aidant, les contacts avec les organisations syndicales ont été plus soutenus, et une réactivité plus forte de la direction imposée par le contexte de la crise. En outre, la participation aux instances des personnes ressources de la cellule de crise et reconnues pour leurs compétences (hygiène, infectiologie, pharmacie, stérilisation et virologie) a vraisemblablement contribué à instaurer un climat apaisé. Le CHU n'a ainsi pas connu de déclaration de danger grave et imminent, de demande de droit de retrait ni de demande d'expertise.

2.7.2 Des dispositifs soutenant le maintien en activité du personnel

La pandémie, et notamment sa première vague, a contraint la direction à organiser et faciliter le maintien au travail des professionnels. Ces mesures ont été accompagnées d'un recensement des personnes fragiles ou à risques par la médecine du travail afin de leur éviter d'être exposées au virus.

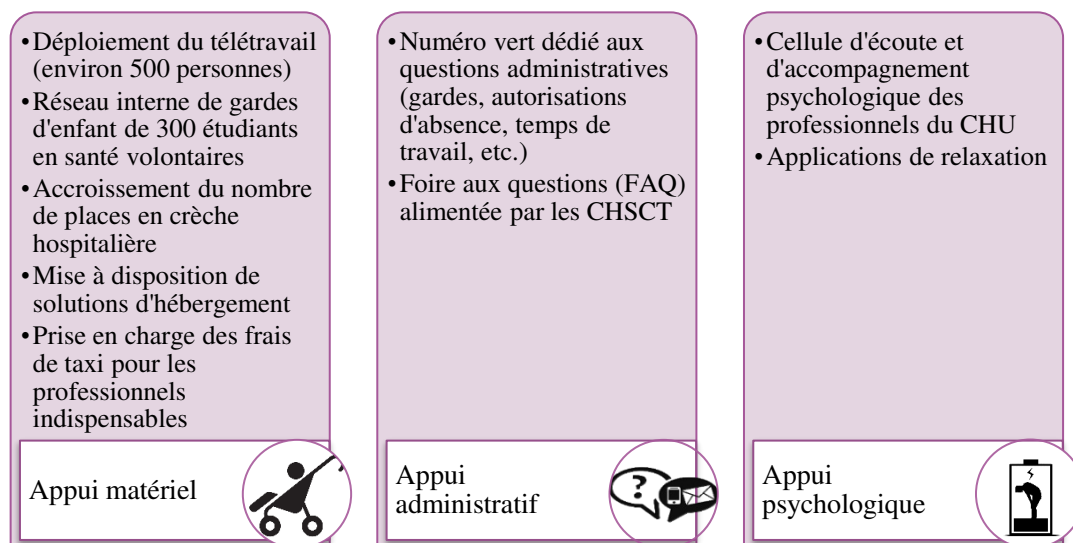
Avant le début du confinement, 60 agents disposaient d'une autorisation de télétravail. Lors de la première vague, au plus fort de la crise, le nombre de télétravailleurs était de 500, avec un déploiement relativement rapide, posant peu de difficultés, dans des directions d'appui où la dématérialisation était déjà mise en place. De fait, l'établissement avait dès le début du mois de mars 2020 procédé à l'achat de matériel pour favoriser le télétravail et a déployé rapidement les outils de visioconférence nécessaires à l'organisation de réunions. Les autres vagues ont été autant d'occasions de prolonger ou réactiver ce dispositif de télétravail exceptionnel. Néanmoins, l'établissement a incité son personnel à formuler des demandes pour un télétravail de droit commun et a révisé son règlement intérieur pour en introduire la possibilité. En octobre 2021, 250 professionnels bénéficiaient ainsi d'une convention de télétravail. Les nouvelles solutions de visio-conférences ont été pérennisées.

La principale mesure de protection du personnel fragile de l'établissement a été de le placer en autorisation spéciale d'absence. Sur les 19 000 journées comptabilisées d'autorisations spéciales d'absence depuis mars 2020⁵³, une part est également liée aux agents connaissant des difficultés d'organisation liées à la garde d'enfants alors même que la procédure pour en bénéficier était restrictive (refus pour les professionnels dont le conjoint travaillait dans un secteur non tenu à la continuité d'activité lors de la première vague).

L'établissement a mis en place diverses mesures indiquées ci-après de soutien et de facilitation du travail pour ses professionnels, notamment lors de la première vague :

⁵³ Lors de la première vague, l'établissement a comptabilisé 17 200 jours d'autorisation spéciale d'absence, 2 789 agents ayant bénéficié d'au moins une demi-journée (RETEX préfecture).

Schéma n° 1 : Principales mesures d'accompagnement du personnel du CHU de Tours lors de la première vague



Source : CRC d'après les informations du CHU de Tours.

Les vagues suivantes ont été l'occasion de maintenir certaines de ces mesures d'accompagnement ou de les adapter. Ainsi, par exemple fin 2020, la cellule de soutien a été réactivée pour les professionnels du CHU, du GHT et de la ville. En outre, l'établissement a pris en charge les frais de garde d'enfants pour les agents renonçant à leurs congés pendant les vacances de Noël et exonéré de frais les parents bénéficiant d'une place en crèche hospitalière.

2.7.3 Des mesures déployées pour assurer la sécurité et la protection du personnel

Enfin, le CHU a réussi à déployer des mesures de protection et de sécurité du personnel satisfaisantes, notamment eu égard aux pénuries de la première vague.

Au printemps 2020 le CHU est, comme les autres établissements de santé, touché par la crise d'approvisionnement des EPI. Selon le RETEX, alors que ce sujet constituait une préoccupation majeure des professionnels, le CHU a toujours fait face en termes de protection individuelle de ses salariés. Outre les éléments de gestion des stocks présentés en partie 2.5, le CHU a par exemple acheté 21 500 tenues professionnelles supplémentaires en 2020, notamment pour certains agents qui ne portaient pas de tenue complète alors qu'ils avaient des contacts répétés avec les patients dans leur pratique quotidienne (masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, etc.). Si la tension sur les EPI et dispositifs médicaux a été maximale lors de la première vague, des tensions importantes d'approvisionnement ont perduré au moins jusqu'à l'été 2021 (surblouses, charlottes, surchaussures, gants stériles et non stériles, casques de chirurgie et masques hypo allergéniques) conduisant le CHU à proposer des EPI alternatifs pour certaines missions.

Principal vecteur d'information, les bulletins covid étaient autant d'occasions de rappeler les règles d'hygiène et de sécurité du personnel, tant en matière d'usage des EPI que de précautions et de gestes barrière à appliquer, notamment dans l'utilisation de certains locaux (vestiaires, salles de pause, véhicules, self).

Par ailleurs, les professionnels du CHU ont pu compter sur l'action importante de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), qui a été renforcée durant la crise. Celle-ci a

rapidement élaboré avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) une procédure sur la conduite à tenir devant un patient atteint ou suspect d'infection covid 19. Elle a aussi assuré un nombre important de formations sur les précautions complémentaires d'hygiène et les mesures barrières. En 2020 et 2021 au moins 4 400 professionnels du CHU ont ainsi été formés sur les risques infectieux liés à la covid 19. Des vidéos de formation à l'habillage et au déshabillage dans la prise en charge covid ont été réalisées en complément de nombreuses affiches et supports de communication (encore diffusés en janvier 2022). Outre cet important travail de formation, l'EOH participe, avec le service de santé au travail, au « contact tracing » en cas de contamination au covid 19 dans l'établissement pour évaluer le risque d'exposition des patients et des professionnels qui sont au contact des patients covid, adopter les mesures de protection adaptées et identifier les facteurs qui peuvent contribuer à la transmission du coronavirus au sein de l'hôpital. Afin de contenir ce risque de contamination, l'établissement a d'ailleurs rendu accessible le centre d'exploration clinique aux professionnels pour un dépistage en cas de suspicion covid 19.

Enfin, le CHU a initié en janvier 2021 la vaccination de ses professionnels de santé de plus de 50 ans et des plus fragiles. Pour appuyer le développement de cette vaccination, l'établissement a déployé une vaste information (élaboration d'une charte, réalisation de vidéos par le médecin infectiologue du CHU responsable des centres de vaccination). Dès fin janvier 2021 on constatait une vaccination large du personnel concerné (plus de 50 % des agents de plus de 50 ans) et en avril 2021, 57 % du personnel (tous âges confondus) avait déjà reçu au moins une dose.

Le décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 précisant les dispositions de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a ensuite instauré une obligation vaccinale pour tous les personnels des établissements de santé. L'établissement a effectué un large travail d'anticipation, d'accompagnement et d'information sur l'obligation vaccinale, celle-ci ayant d'ailleurs été déjà anticipée par les professionnels. Le CHU a de fait facilité largement les possibilités de vaccination de ses professionnels et consacré un temps spécifique à vérifier l'obligation vaccinale, répondre aux questions et à effectuer le suivi des agents suspendus. L'action proactive du CHU en la matière a été vraisemblablement de nature à limiter à un faible nombre les refus de vaccination des professionnels. Au 15 septembre 2021, première étape du calendrier applicable, seule une cinquantaine d'agents sur près de 10 000 n'étaient pas vaccinés⁵⁴. Au 15 octobre 2021, à l'issue de la période transitoire, ils étaient moins de trente.

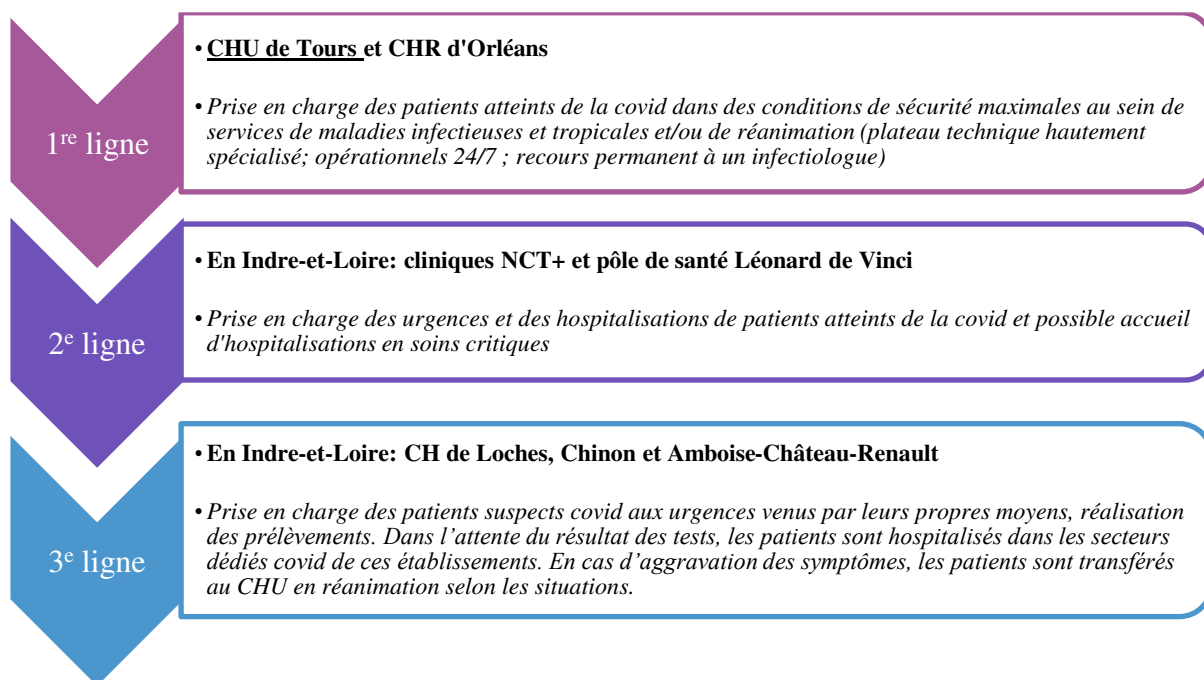
2.8 Un acteur central pour le territoire

2.8.1 Un établissement de première ligne dans le traitement des cas covid 19

En application des orientations nationales, l'ARS Centre-Val de Loire a réparti les établissements du territoire selon leur capacité à recevoir les patients nécessitant une hospitalisation pour formes graves et sévères de covid 19. Le CHU de Tours a été désigné en février 2020, tout comme le CHR d'Orléans, comme établissement de première ligne au niveau régional, référent pour les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher et Indre.

⁵⁴ 52 personnels non médicaux et cinq personnels médicaux (dont trois internes) – données DRH et entretien du 30 novembre 2021.

Schéma n° 2 : Organisation par l'ARS des établissements de santé d'Indre-et-Loire dans la gestion de la crise

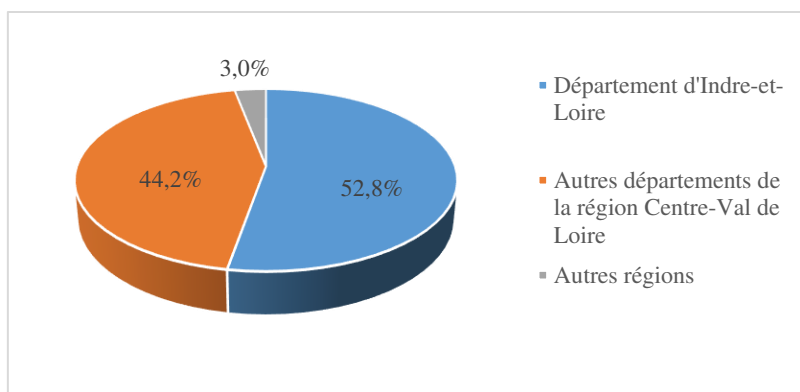


Source : CRC d'après CHU de Tours, DGOS et rapport d'activité 2020 de l'ARS Centre-Val de Loire.

Selon la DGOS, « ces établissements de santé de première ligne constituent la pierre angulaire du dispositif régional, en assurant notamment la coordination de la prise en charge des patients Covid-19, et en apportant une expertise et un appui méthodologique. Une complémentarité entre ces établissements de santé de première ligne et les établissements de santé du territoire doit se mettre en place ». Dans ce cadre, le CHU de Tours a eu un rôle conforme à celui d'un établissement de première ligne, accueillant les patients ayant des formes sévères et critiques de covid 19.

De ce fait, dans son travail d'adaptation des lits et moyens mobilisés pour la prise en charge des cas covid, le CHU a eu à anticiper les tensions éventuelles au niveau départemental afin de toujours pouvoir accueillir d'éventuels patients en provenance d'établissements de deuxième ou troisième ligne, voire d'Île-de-France lors de la première vague. Ainsi, au 31 mars 2020, 23 patients en provenance de Chartres, Dreux et Châteauroux et neuf patients d'Île-de-France ont été accueillis au CHU de Tours. Par la suite, en 2021, le CHU aurait accueilli 197 patients transférés, dont 43 % provenant d'un autre département. Au niveau national également, le CHU a fourni des ressources humaines ; par exemple à l'été 2021 en mettant huit professionnels à disposition des CHU de Fort-de-France et Pointe-à-Pitre, dont trois médecins. Selon l'établissement, la cinquième vague fait ressortir cette place du CHU en bout de chaîne, recevant encore davantage de patients d'autres hôpitaux de la région qui, contraints de fermer des lits du fait de difficultés de personnels, adressent un nombre croissant de malades au CHU.

Graphique n° 9 : **Répartition des patients transférés au CHU de Tours selon le centre hospitalier de provenance en 2021**



Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

Le CHU de Tours a de surcroît constitué, lors du début de la crise sanitaire, une référence au niveau régional. En matière de dépistage par exemple, étant sélectionné comme l'une des deux implantations régionales d'une plateforme haut débit pour le traitement des tests RT-PCR, le CHU a eu un rôle pivot pour une partie du territoire. Avant même le déploiement de cette plateforme permettant criblage et séquençage, il avait bénéficié en février 2020 du transfert de compétences de l'Institut Pasteur pour l'analyse d'échantillons selon la technique PCR au sein de son laboratoire de virologie. L'établissement a enfin coordonné la création des centres de prélèvements, y compris extrahospitaliers, alimentant la plateforme MGI, cette dernière recevant également les tests effectués par les laboratoires de ville.

Le CHU de Tours a été moteur pour organiser la montée en charge des hospitalisations, coordonner la gestion de crise et anticiper les risques de saturations à l'échelle de la région ainsi que pour superviser les évacuations sanitaires extrarégionales.

La première vague a donné lieu à une collaboration entre le CHU et les cliniques privées de son territoire, notamment avec les services de la Nouvelle clinique Tours plus (NCT+). Cette dernière a contribué par un appui dans la prise en charge en réanimation de patients covid et par la mise à disposition du CHU de quelques personnels paramédicaux. Selon l'ordonnateur, la collaboration entre le CHU et les cliniques privées du territoire, notamment avec le service de réanimation de la clinique NCT+, a été régulière au cours de la crise covid au-delà de la seule première vague.

À compter de la deuxième vague, le chef de service de médecine intensive-réanimation du CHU a été chargé de la coordination et de la régulation de l'ensemble des réanimations régionales. Cette régulation a mobilisé l'ensemble des établissements de santé de la région disposant de lits de réanimation et était encore pérenne en janvier 2022. Elle est actionnée lorsqu'un établissement se trouve proche d'une situation de saturation.

Un rôle de coordination régionale a également été confié au chef de pôle des urgences du CHU. À l'occasion de la première vague des réunions et échanges avec l'ensemble des chefs de service de la région ont été systématisées et une équipe régionale de transferts hélicoptérés (« hélismur ») a été mise en place.

2.8.2 Un établissement de recours sur la région Centre-Val de Loire

Le CHU de Tours disposant en interne de l'expertise utile à l'adaptation à la crise sanitaire, celui-ci a été fortement sollicité et a participé aux nombreuses cellules de crise départementales et régionales.

Premièrement, les principaux acteurs de santé du territoire ont pu bénéficier de la diffusion de connaissances, procédures et protocoles élaborés par le CHU aidant à la prise en charge ou à la gestion du risque épidémique. Parmi eux, le guide thérapeutique de prise en charge des patients covid hors réanimation comprenant un annuaire des personnes ressources, celui relatif à la prise en charge des dialysés en contexte covid ou encore le livret recensant les différents cas de prise en charge en gynécologie-obstétrique. Par la suite, la charte de vaccination du CHU a largement été diffusée aux professionnels des établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT), cliniques et professionnels de santé de ville.

L'expertise du CHU en infectiologie mais aussi en hygiène hospitalière a été très mobilisée en externe pour fournir des conseils, notamment en termes d'organisation, aux autres établissements. D'ailleurs, à la suite de cette crise sanitaire, l'agence régionale de santé a financé la mise en place d'une équipe territoriale d'hygiène pour les établissements sociaux et médico-sociaux de la région. Dix infirmiers, dont deux pour le département d'Indre-et-Loire sont ainsi, depuis octobre 2021, en exercice extrahospitalier et rattachés à l'EOH du CHU.

Par-delà la diffusion de connaissances, il est apparu que le CHU a fait preuve de transparence avec les professionnels du territoire sur sa gestion de la crise, la prise en charge des cas covid 19 mais aussi les déprogrammations. De fait, les bulletins covid étaient également diffusés aux professionnels de ville *via* les ordres professionnels, les CPTS, les cliniques ainsi qu'à la préfecture d'Indre-et-Loire et à l'agence régionale de santé.

La crise a été l'occasion pour le CHU de renforcer ses liens avec les professionnels de santé de ville. Ceux-ci ont bénéficié du rôle de recours de l'établissement (partage de connaissances et sessions d'information par exemple sur l'hygiène, la vaccination, les covid longs) mais aussi d'un appui matériel, par exemple dans la mise en place de centres de consultations covid lors de la première vague⁵⁵. Témoignage de cette accélération et densification des échanges avec la ville, les représentants des communautés professionnelles territoriales de santé⁵⁶ (CPTS) participent désormais aux commissions médicales d'établissement du CHU et du GHT.

Deuxièmement, le CHU a mobilisé des moyens pour son territoire de santé, en sortant de ses murs, avec notamment du temps médical et paramédical affecté à la projection d'équipes sur le territoire. Le CHU s'est aussi fortement investi dans son rôle d'établissement support du GHT pendant la crise. Créé en 2016 avec un maillage initial assez large, au-delà des seuls établissements publics de santé et médico-sociaux, cette organisation en GHT a été un facteur facilitant durant la pandémie. De fait, une cellule de crise, lieu d'échanges et de réflexion sur

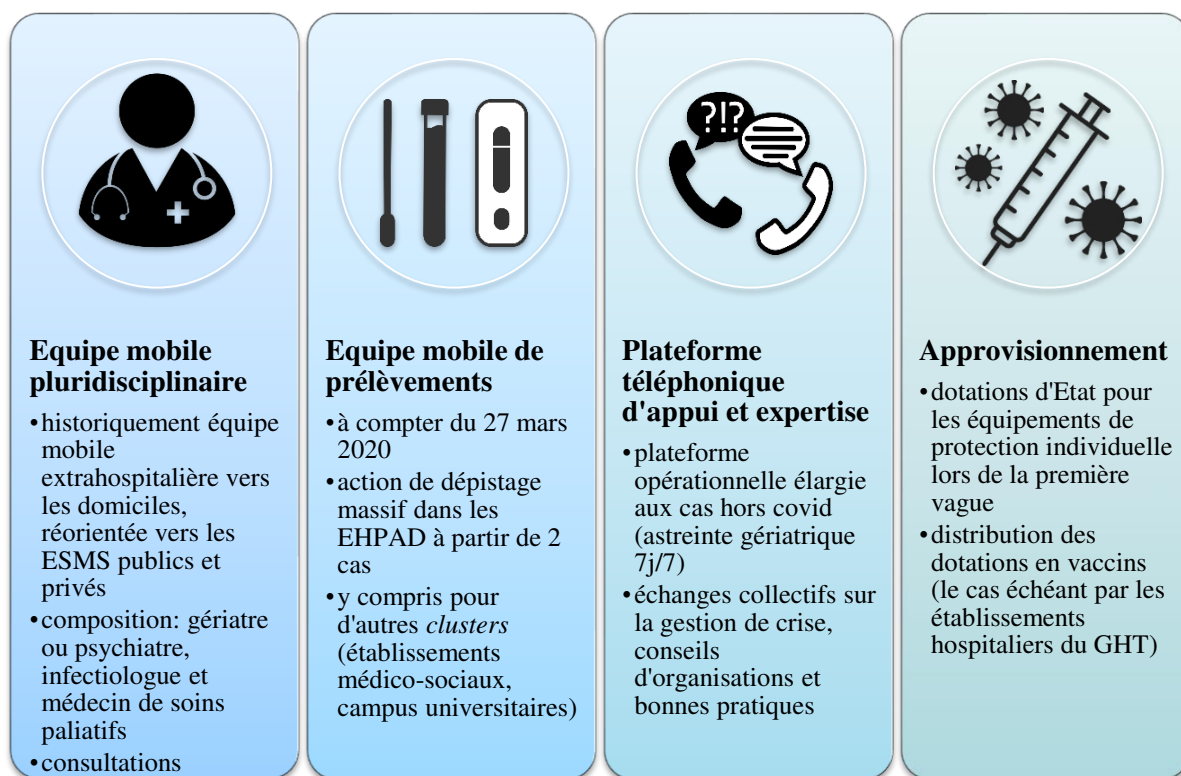
⁵⁵ À la fermeture de ces centres en ville, ils ont d'ailleurs pour partie participé à l'activité du centre d'exploration clinique du CHU.

⁵⁶ Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des espaces d'organisation des professionnels de santé visant à apporter une réponse collective aux besoins de la population sur un territoire. Créées par la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016, elles regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

l'aval⁵⁷ et le court séjour covid, a été rapidement mise en place et le CHU a élargi nombre de ses dispositifs d'accompagnement aux personnels des membres du GHT.

Dans ce cadre, l'appui aux EHPAD du GHT a été particulièrement développé (cf. schéma n° 3 ci-dessous).

Schéma n° 3 : Modalités d'appui du CHU de Tours aux EHPAD du GHT durant la crise sanitaire



Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

Les actions de dépistage massives du CHU se sont déployées au-delà des EHPAD en cas de *clusters* (pensionnats, campus universitaires) et l'astreinte gériatrique 7 jours sur 7, mutualisée au niveau des hôpitaux du département, a été pérennisée et élargie aux patients non-covid.

Fin 2020, l'agence régionale de santé a confié aux établissement supports de GHT l'organisation de coordinations territoriales par filières. Le CHU de Tours a ainsi mis en place des filières en médecine, gériatrie, aval, urgences, chirurgie, psychiatrie et réanimation avec la désignation de référents pour les autres établissements d'Indre-et-Loire afin d'organiser les parcours, contribuer à l'ajustement des capacités et faciliter l'adéquation des moyens. L'organisation d'une filière aval, en lien avec les professionnels de ville, avait d'ailleurs été

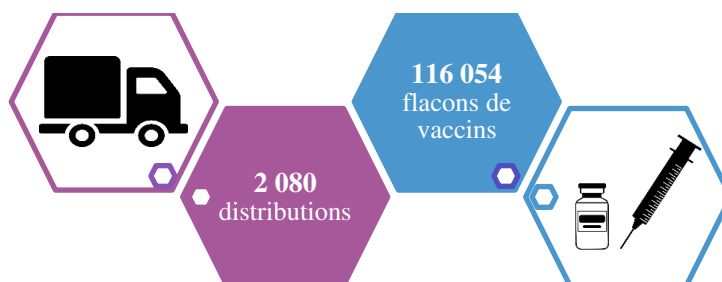
⁵⁷ L'aval correspond aux services de spécialité où sont pris en charge les patients après une première prise en charge d'orientation (urgences, cas covid).

largement anticipée dès la première vague afin d'organiser les sorties d'hospitalisations covid 19 et non-covid du CHU dans les HAD, SSR et centres hospitaliers d'Indre-et-Loire.

Troisièmement, l'hôpital a joué un rôle majeur de plateforme pour les approvisionnements du territoire de santé. En tant qu'établissement support, le CHU de Tours a pris en charge la distribution des équipements de protection individuelle aux établissements du GHT Touraine-Val de Loire. L'ARS a chargé le CHU de gérer les stocks des médicaments identifiés sous tension, à l'échelle régionale. Il a ainsi réceptionné toutes les dotations d'État d'EPI qu'il a redistribuées aux structures sanitaires et médico-sociales. Grace à des effectifs spécifiquement affectés à cette gestion⁵⁸, il en a assuré le stockage, la distribution et le reporting.

Cette organisation a mobilisé les cinq centres hospitaliers d'Indre-et-Loire comme points-relais avec un système de prise de rendez-vous auprès de la pharmacie du CHU et a permis d'approvisionner les 300 établissements du département. Cette même organisation a été reprise par la suite pour les tests antigéniques à destination des professionnels de santé, puis pour les vaccins. De fait, le CHU a également été désigné dans un premier temps comme plateforme de stockage et de livraison des vaccins commandés par l'État à destination des EHPAD du GHT. Depuis, l'établissement est mobilisé pour la fourniture des vaccins vers les centres de vaccination et de nombreux établissements sanitaires et sociaux du territoire et a recruté un agent dédié.

Schéma n° 4 : Distributions réalisées et flacons de vaccins distribués par le CHU au 10 décembre 2021



Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

2.9 La place des usagers pendant la pandémie

2.9.1 Les usagers de l'établissement durant la crise covid 19

Au sein des établissements, la commission des usagers (CDU) a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés. Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'hôpital par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation.

⁵⁸ Par exemple, lors de la première vague, 2 ETP supplémentaires ont été nécessaires pour assurer cette activité de stockage et de distribution.

À l'exception de la première vague qui a vu la suspension des instances de représentation des usagers jusqu'en juin 2020, l'instance s'est tenue régulièrement tous les trimestres sur la deuxième moitié de 2020 et en 2021.

Le président de la commission des usagers ainsi qu'une cinquantaine de personnes représentant les différentes associations d'usagers ont reçu les informations relatives à la pandémie par l'intermédiaire du bulletin coronavirus du CHU. Si la première phase de la crise n'a vu qu'une association limitée des représentants des usagers (suspension de l'espace usagers et des instances à l'exception d'un conseil de vie sociale organisé lors de la reprise des visites aux EHPAD pour informer les familles), notamment en raison des contraintes initiales de gestion, un échange mensuel a été mis en place à partir de fin 2020 entre la directrice générale du CHU et le président de la commission des usagers.

La crise covid 19 a vu surgir des problématiques particulières pour les usagers de l'établissement. En effet, lors de la première vague, ont émergé plusieurs questions délicates comme l'accueil et les restrictions de visites. Le sujet des visites pour les patients en fin de vie ou décédés, alors que l'accès à l'établissement était strictement restreint pour les proches, s'est avéré particulièrement difficile. Des tablettes numériques ont été mises à disposition des services afin de permettre des appels en visio avec les familles. L'établissement indique avoir mis en place une organisation spécifique dans les services de réanimation afin d'assurer un contact quotidien avec les familles, y compris le week-end, grâce à l'implication des étudiants en médecine, internes et praticiens hospitaliers.

Par ailleurs, l'établissement a développé un appui spécifique en créant une cellule de soutien éthique pour les professionnels et une cellule de soutien psychologique des familles endeuillées des patients décédés de la covid 19 au CHU.

2.9.2 Une analyse à portée évaluative révélant une absence d'augmentation des recours et des réclamations par les usagers durant la crise

Le CHU, par les travaux menés par la direction de la qualité et la commission des usagers y compris avant la pandémie, cherche habituellement à mesurer la satisfaction des patients qu'il a pris en charge. Pour mener à bien cette évaluation, il propose aux patients un questionnaire exploité dans le cadre du dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients *e-satis*. L'exploitation 2021 des réponses à ce questionnaire fournit des éléments d'appréciation de la qualité perçue par les patients sur différents sites du CHU et pour certains types de prise en charge (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire). Celle-ci varie sur l'ensemble du spectre (cotation de A à D). Cependant, seulement un quart à un tiers des patients participent effectivement à cette évaluation.

Durant la crise covid 19, les signalements d'incidents sont restés stables voire en diminution. Ainsi, en 2020, seuls cinq événements indésirables graves⁵⁹ ont fait l'objet d'une déclaration à l'agence régionale de santé (contre quatre en 2019 et sept en 2018). Ces indicateurs, relevant d'un système de déclaration légale, traduisent ainsi que l'établissement n'a

⁵⁹ Un événement indésirable grave (EIGS) est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale (article R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016) – source HAS.

pas été confronté à un accroissement de ses dysfonctionnements en dépit de la période de crise à laquelle il a été confronté.

Tableau n° 2 : **Incidents signalés au CHU de Tours de 2017 à 2020**

	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019- 2020
<i>Événements indésirables graves</i>		7	4	5	NS
<i>Nombre d'incidents signalés</i>	4082	4736	4421	4170	- 5,7 %

Source : Rapport annuel de la commission des usagers 2020.

La même tendance peut être identifiée concernant les différents types de réclamations des usagers :

Tableau n° 3 : **Réclamations des usagers du CHU de Tours de 2017 à 2020**

	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019- 2020
<i>Demande de dossiers médicaux</i>	1909	1753	1471	1247	- 15,2 %
<i>Réclamations</i>	151	206	160	113	- 29,4 %
<i>Contentieux (demandes préalables d'indemnisations, CCI, TA, TJ)</i>	68	85	73	64	- 12,3 %

Source : Rapport annuel de la commission des usagers 2020.

Pour évaluer l'impact de la crise sur la perception par les usagers du service rendu par l'hôpital, la chambre a retenu une approche évaluative se fondant sur l'évolution de plusieurs indicateurs permettant d'apprécier la qualité du service perçue par les usagers, mesurés avant la crise et pendant la crise. Ces indicateurs, usuellement suivis par l'établissement de santé avec fiabilité, sont les suivants :

- Les courriers de remerciements adressés à l'établissement : ils permettent d'apprécier des retours positifs, concernent l'ensemble de l'établissement mais ne comprennent pas les courriers de remerciements adressés à un service ou à des personnels dans le cadre d'une prise en charge particulière ;
- Les demandes de dossiers médicaux : elles sont généralement le préalable à une démarche contentieuse ;
- Les réclamations ;
- Les démarches contentieuses (demandes préalables d'indemnisation, contentieux administratifs ou judiciaires auprès des juridictions, recours aux commissions régionales d'indemnisation) ;
- Les demandes de médiations médicales ou non médicales.

La chambre a évalué ces indicateurs sur une période hors crise (de 2017 à 2019). Afin de corriger les effets de variation de l'activité de l'établissement, ces éléments ont été rapportés au nombre de séjours MCO tels que recensés dans Hospiddiag. Cette démarche permet d'établir un étalonnage de base des différents indicateurs constituant l'appréciation par les usagers du

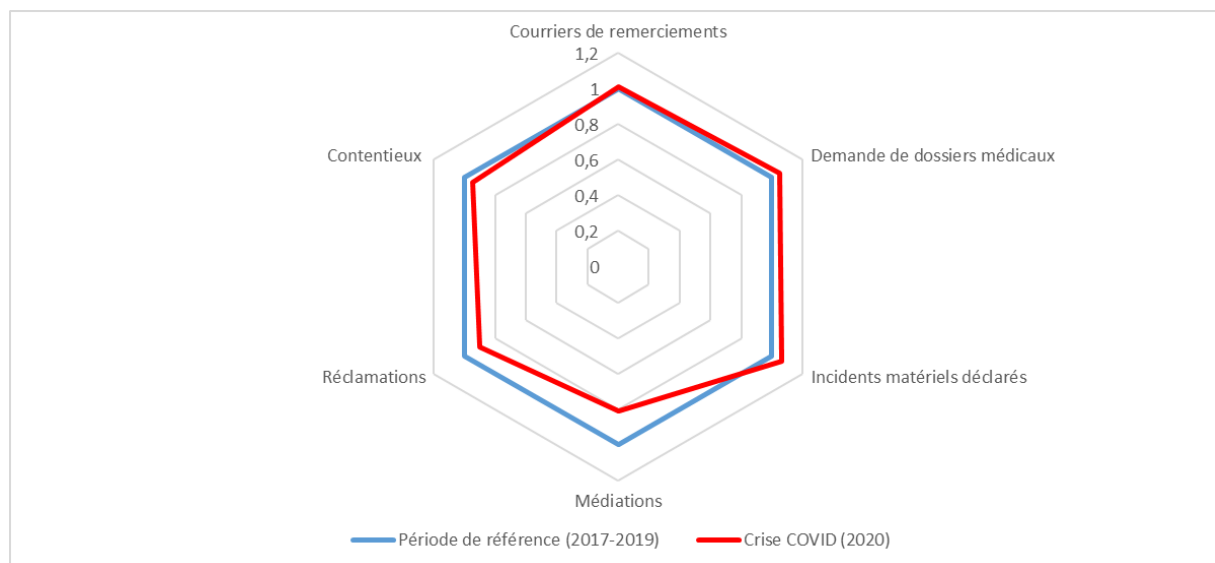
service rendu par l'établissement. Les mêmes indicateurs rapportés à l'activité ont été évalués lors de la crise covid 19 (considérée dans le cadre de l'approche évaluative comme pouvant être approximée par l'ensemble de l'année 2020) ce qui permet de calculer une variation résultant de la crise covid 19. Par convention, chacun des six indicateurs est évalué par un indice de 1 pour la période 2017-2019, l'ensemble constituant l'appréciation par les usagers du service rendu par l'établissement.

Tableau n° 4 : **Appréciation par les usagers du service rendu par l'établissement**

	Courriers de remerciements	Demande de dossiers médicaux	Incidents matériels déclarés	Médiations	Réclamations	Contentieux
Période de référence (2017-2019)	1	1	1	1	1	1
Crise COVID (2020)	1,00724	1,04695	1,06180	0,80750	0,89835	0,94713

Source : CRC, rapport CDU 2019 et 2020 et Hospidiag.

Schéma n° 5 : **Appréciation par les usagers du service rendu par l'établissement**



Source : CRC, rapport CDU 2019 et 2020 et Hospidiag.

Il apparaît ainsi que la pandémie de covid 19 n'a pas dégradé l'appréciation des usagers sur le service rendu par le CHU, telle qu'exprimée à partir des indicateurs suivis par l'établissement.

3 UNE CRISE INACHEVÉE ET PORTEUSE DE RISQUES STRUCTURELS MAJEURS

Le CHU a adapté son organisation et ses fonctionnements pour gérer la pandémie de covid 19. Les quatre répliques successives que l'établissement a connues entre 2020 et 2021 apparaissent avoir été surmontées dans leur ensemble. Néanmoins la crise, au-delà de ses effets immédiats, génère également des risques de plus long terme pour l'établissement.

Quel effet la crise peut-elle avoir sur l'activité de l'établissement, notamment à travers les déprogrammations ? L'établissement a-t-il pu retrouver une activité à la hauteur de celle qui était la sienne avant la crise ? Quels sont les effets de la durée exceptionnellement longue de la crise et ses conséquences en termes de sollicitation des ressources humaines de l'établissement ? Quels risques fait peser l'usure des personnels sur la capacité de l'établissement à assurer sa mission ? Quels sont les premiers impacts de la crise en matière de santé publique, notamment du fait des déprogrammations, et les risques de plus long terme ? Enfin quelle est l'incidence de la pandémie sur les finances de l'établissement pour l'année 2020 mais également pour ses perspectives de moyen terme ? Ces questions sont examinées par la chambre dans la présente partie.

3.1 Un volume d'activité en perte de vitesse qui peine à retrouver son niveau d'avant crise

3.1.1 Une reprise d'activité en 2021 insuffisante pour pallier la chute de 2020

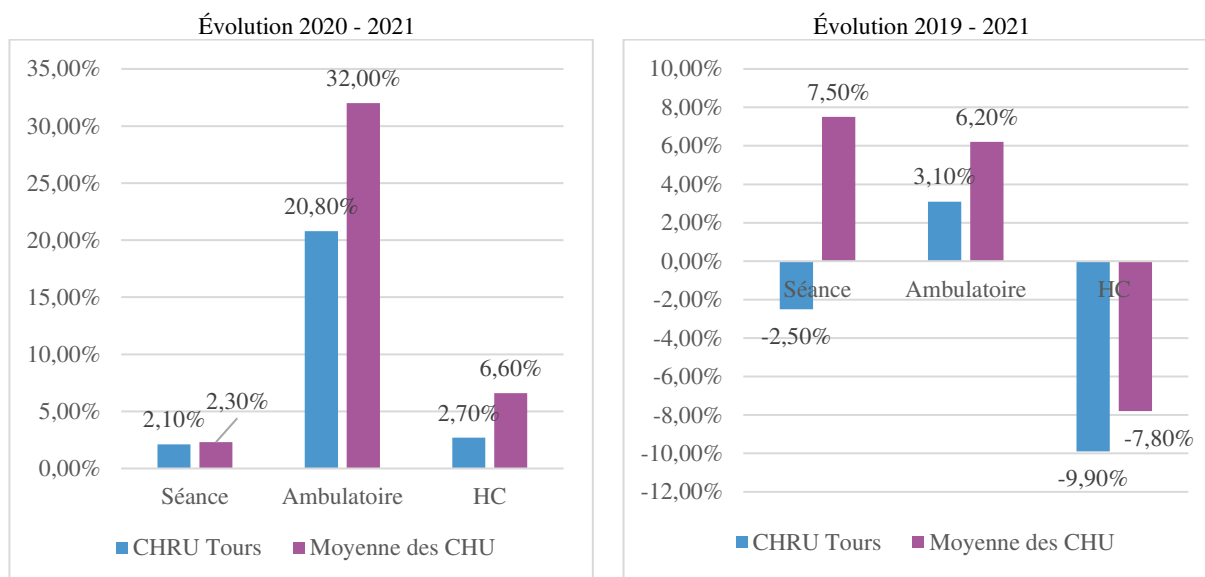
Depuis 2018, l'activité en volume du CHU de Tours demeurait atone et inférieure à la moyenne des CHU. La crise sanitaire a accentué ce phénomène avec une baisse globale d'activité pour l'établissement, soit un recul de 5,6 % du nombre de séjour en MCO (hors séances) passant de 64 642 en 2019 à 61 037 en 2021⁶⁰.

Si l'année 2020 est atypique avec une baisse du nombre de résumés d'unité médicale (RUM)⁶¹ valorisés de 9,5 % par rapport à 2019 en MCO, l'activité observée en 2021 marque une certaine reprise mais insuffisante pour retrouver un niveau d'avant-crise. Entre le 31 août 2019 et le 31 août 2021, le nombre de RUM valorisés en MCO a diminué de 5,7 %, passant de 122 959 à 115 955 (hors séances). Ce constat est d'autant plus prégnant pour le CHU de Tours que cette reprise demeure inférieure à celle relevée pour la moyenne des CHU, quel que soit le mode de prise en charge (hospitalisation complète, ambulatoire et séances).

⁶⁰ Données comparées au 31 août.

⁶¹ Un résumé d'unité médicale (RUM) est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale assurant des soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Il contient des informations d'ordre administratif et médical, codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, afin de bénéficier d'un traitement automatisé (source : Documentation du système national des données de santé disponible sur <https://documentation-snds.health-data-hub.fr/>).

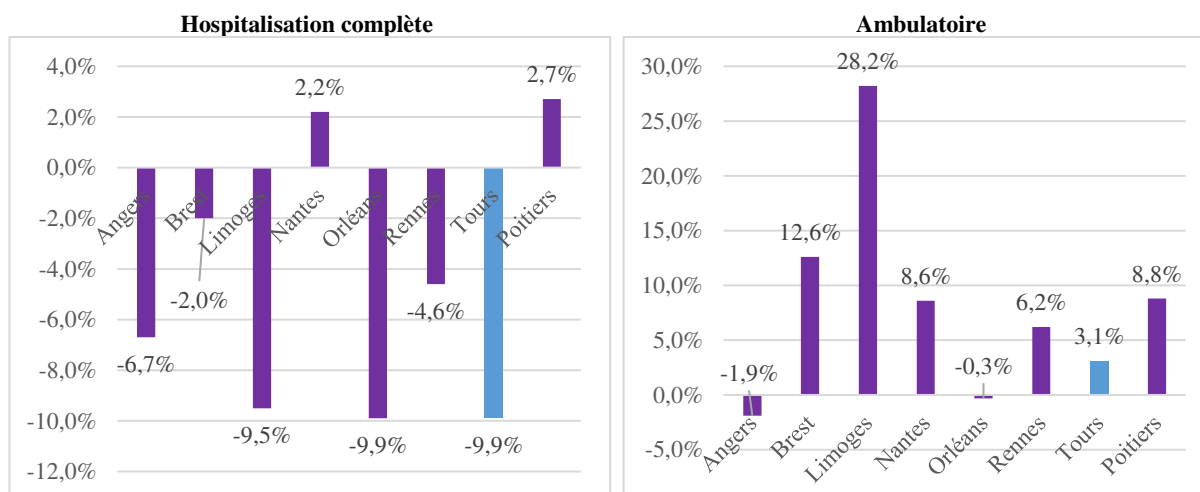
Graphique n° 10 : Évolution du nombre de séjours du CHU de Tours comparée à la moyenne des CHU à fin juillet



Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

En moyenne, la plupart des CHU ont connu un recul de leur nombre de séjours en hospitalisation complète entre 2019 et 2021, pour autant le CHU présente une baisse bien plus marquée (soit - 9,9 % alors que, par exemple, le CHU de Rennes, établissement de taille comparable, n'a subi qu'une perte de 4,6 %) et non compensée par la reprise de l'activité ambulatoire (soit + 3,3 % alors que celui de Rennes observe une augmentation de 6,2 %).

Graphique n° 11 : Taux de variation du nombre de séjours entre 2019 et 2021 des CHU environnants (au 31 août)



Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

3.1.2 De lourdes conséquences des déprogrammations sur le niveau d'activité des différents services

Entre 2019 et 2021, le nombre de séjours en MCO a baissé de plus de 4 % ; ce constat est valable pour de nombreux pôles tels que ceux de psychiatrie-addictologie (-52,2 %), de cancérologie-urologie (-5,5 %), de médecine (-9,7 %), de néphrologie, réanimation et urgences (-4,5 %), et enfin de reconstruction (-16,1 %).

Le pôle reconstruction, entre autres, a été fortement touché par la crise. En effet, ses services tels que la rhumatologie et la dermatologie ont été contraints de fermer un lit dans chacune des chambres doubles, en particulier pendant les deux premières vagues, ce qui représentait sept lits en rhumatologie et quatre lits en dermatologie. En outre, le service d'orthopédie a dû fermer deux unités soit 46 lits durant la première vague et une unité de 23 lits pendant la deuxième. Ces fermetures ont permis notamment de pallier le manque d'effectifs dans les unités covid. La déprogrammation des interventions aux blocs opératoires a également impacté son activité.

Tableau n° 5 : Évolution du nombre de séjours en MCO au 31 octobre entre 2019 et 2021

Au 31 octobre	2019	2020	2021	Évolution 2019-2021	En %
Rhumatologie	2 416	2 033	2 142	-274	-11,3 %
Chirurgie maxillo-faciale, plastique reconstructrice et brûlés	1 706	1 317	1 426	-280	-16,4 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	3 486	2 938	3 023	-463	-13,3 %
Dermatologie	1 616	1 165	1 148	-467	-28,9 %
Total pôle 06 – Reconstruction	9 224	7 453	7 740	-1 484	-16,1 %

Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

La déprogrammation massive de la première vague et les déprogrammations partielles des deux vagues suivantes ont mécaniquement entraîné une chute de l'activité générale du CHU. Lors de la première vague, les déprogrammations se sont étalées du 16 mars 2020 au 11 mai 2020 et ont concerné l'ensemble des consultations et hospitalisations hors cancérologie, accouchements, IVG, psychiatrie et urgences. Lors de la deuxième et de la troisième vague, le CHU a été à nouveau contraint de déprogrammer 50 % de ses hospitalisations pour la période du 6 novembre 2020 au 7 décembre 2020 et 20 % pour la période du 10 mars 2021 au 10 mai 2021.

Le retour d'expérience de la première vague a mis en lumière les lourdes conséquences d'une déprogrammation massive en termes de perte de suivi de certains patients et de difficultés dans l'organisation de la reprogrammation. La déprogrammation imposée a été jugée « trop massive et trop brutale » par les équipes des services et a entraîné une accumulation de patients à reprogrammer trop importante, ce qui a limité la reprise d'activité de l'établissement. L'organisation de circuits de prise en charge spécifiques et dédiés aux patients covid, ainsi que

le manque de disponibilités des blocs opératoires et la pénurie de médecins anesthésistes ont constitué des freins à la reprogrammation rapide de l'activité chirurgicale⁶².

De même, en matière de consultations externes, après une diminution de 21 % des actes entre 2019 et 2020, l'activité constatée au 31 octobre 2021 ne permet pas à l'établissement d'espérer retrouver son niveau d'avant crise (soit 282 331 actes de consultations externes au 31 octobre 2021 pour 355 308 actes réalisés en 2019).

3.2 Une usure des ressources humaines

D'une manière générale, les déprogrammations, les fermetures d'unités et les déclenchements du plan blanc qui ont pu être décidés de façon récurrente mais d'intensité variable selon les vagues, répondent à une situation de tension en matière de personnel soignant. Même durant les périodes où l'activité covid pouvait être en baisse, le CHU a dû mettre à contribution tous ses services pour renforcer les effectifs des unités covid et permettre leur fonctionnement. Ce défaut de personnel plus récurrent à compter de 2021 s'explique d'ailleurs par l'absence d'étudiants mobilisés en renforts en 2020, par des mutations qui ne sont compensées que partiellement par des sorties d'écoles, par les protocoles d'isolements et une hausse de l'absentéisme.

Tout d'abord, l'organisation mise en place pour la prise en charge des patients covid a nécessité une forte adaptabilité des agents. Si les réaffectations de personnels ont donné à l'établissement l'agilité indispensable pour s'adapter à la crise, elles ont eu comme corolaire un effort conséquent d'appropriation de nouvelles spécificités de prise en charge de patients pour les personnels affectés en renfort et un effort de formation et d'accueil pour les services les accueillant. Les entretiens menés par la chambre confirment cette analyse et la lassitude que ces réaffectations nombreuses entraînent. Elles auraient également pour effet d'affaiblir sur le long terme le maintien des compétences paramédicales au sein de chacun des services. Dans ces circonstances, le renforcement de la formation continue du personnel soignant constitue un enjeu majeur pour faciliter cette adaptabilité d'affectation en fonction des besoins.

S'ajoutent à cela des postes non pourvus, des départs de personnel soignant (médical et paramédical) et une attractivité de ces emplois affaiblie par la période de crise sanitaire. Quoique plus criantes pour les autres établissements de la région, le CHU de Tours connaît de façon croissante des difficultés de recrutement paramédical⁶³, ne pouvant plus toujours compter sur les sorties de ses écoles. En outre la suspension en 2020 et le décalage de certaines scolarités pour apporter un renfort lors des premières vagues épidémiques engendrent en 2021 des difficultés supplémentaires de recrutement.

Du fait du phénomène d'épuisement physique et psychologique d'une partie du personnel, accentué par la durée de la crise, le CHU est confronté à une hausse de l'absentéisme

⁶² Par exemple, des patients de chirurgie digestive n'ont pas eu de créneau de reprogrammation avant le mois de novembre 2020.

⁶³ En septembre 2020 l'établissement dénombrait 17 postes d'IDE et 25 postes d'AS vacants ; fin octobre 2021 il s'agit une vingtaine infirmières sur 1 885 postes ; 16 AS sur 1 381 postes et une dizaine d'ASH sur 514 postes. En décembre 2021, 4 % des postes de médecins sont vacants (anesthésie-réanimation, radiologie, psychiatrie).

face à laquelle il n'a aucune réserve, entraînant fermeture de lits, déprogrammations et nouvelles réaffectations dans les services ayant le plus de besoins⁶⁴.

Le niveau d'absentéisme de l'établissement depuis le début de la crise sanitaire est en augmentation forte, notamment au sein des pôles médicaux qui traditionnellement ont déjà un taux d'absentéisme plus élevé que celui de la moyenne de l'établissement. Après la première vague, le CHU a constaté un rebond important de cet absentéisme qui a frôlé les 11 %, alors que la moyenne était de 9,7 % en 2019.

Une tendance semblable a été constatée en 2020 pour l'ensemble des CHU. Pour autant, en 2021, alors que l'absentéisme du personnel non médical de la moyenne des CHU commençait à décroître, la situation du CHU de Tours continuait de se dégrader. En 2019 près de 8 % de son personnel était en arrêt maladie, ce taux était de 9,09 % en 2020 et 9,44 % au premier trimestre 2021⁶⁵. A l'été 2021, le taux global d'absentéisme du CHU de Tours ne retrouvait pas son niveau antérieur à la crise et était supérieur de plus d'un point à la moyenne des CHU.

Tableau n° 6 : Taux d'absentéisme comparés du personnel non médical en juin/juillet 2020 et 2021

	juin-20	juil-20	juin-21	juil-21
Angers	10,08 %	9,66 %	9,29 %	8,43 %
Poitiers	9,97 %	9,05 %	9,91 %	9,05 %
Orléans	8,96 %	8,38 %	9,92 %	9,28 %
Moyenne des CHU	8,7 %	8,37 %	8,68 %	8,05 %
CHU de Tours	9,1 %	8,76 %	10,11 %	9,34 %

Source : Données du CHU de Tours.

Selon les entretiens menés avec l'établissement, ce niveau d'absentéisme a pu atteindre 25 % dans certains services fin 2021. Courant janvier 2022, lors de la cinquième vague du variant « Omicron », il aurait encore davantage augmenté (dont 25 % de cas positifs).

Constatant une augmentation importante des maladies ordinaires de plus de 14 et plus 21 jours, le CHU a effectué une analyse de la hausse de l'absentéisme du personnel non médical en 2020 et 2021. Il est précisé que les cas de professionnels ayant contracté la covid 19 durant leur service ont été classés (après enquête) comme accidents du travail, expliquant une hausse sur la période, les autres cas de covid 19 étant considérés comme des maladies ordinaires. En 2020, l'établissement avait enregistré 442 cas de covid 19 parmi ses professionnels et début février 2021 ils étaient 216 de plus.

Selon le CHU, outre les arrêts liés au covid, « un absentéisme structurel indirect, lié à la fatigue des professionnels ayant assuré l'activité durant la crise, semble se mettre en place et fait l'objet de toute [son] attention ». L'établissement a dressé des pistes d'action relevant en premier lieu de la gestion quotidienne de cet absentéisme (règles de remplacement à structurer,

⁶⁴ Par exemple en novembre 2020, activité quasiment interrompue des blocs opératoires du fait de l'absence de personnels partis en renfort dans les réanimations et USC mais également de sept arrêts de travail et un à deux postes vacants.

⁶⁵ Absences liées à la maternité / paternité exclues.

renforcement des équipes de suppléance), en deuxième lieu de l'analyse des causes de cet absentéisme pour proposer des solutions en lien avec les pôles les plus touchés et, en dernier lieu, de l'action managériale (prévention des situations de harcèlement, développement de la communication, valorisation du collectif).

Il semble ainsi s'engager un cercle vicieux car la mobilisation de long terme des professionnels du CHU depuis février 2020, quoique pour un nombre réduit de patients covid, alimente leur fatigue et leur lassitude et contribue à une hausse de l'absentéisme qui renchérit les difficultés de prise en charge. Les fermetures de lits temporaires et les réaffectations vers les services ayant des besoins les plus importants s'en trouvent accentuées, accroissant d'une part l'essoufflement des équipes et d'autre part, le recul des prises en charge de patients dans plusieurs spécialités. En l'absence de perspective d'une normalisation de long terme de gestion des cas covid, c'est bien l'ensemble de la capacité de production de soins de l'établissement qui se fragilise.

La cinquième vague initiée début décembre 2021 aura sans nul doute un nouvel impact sur les ressources humaines de l'établissement. De fait, de très nombreux professionnels du CHU de Tours ont été infectés par la covid 19 (365 cas entre le 31 décembre 2021 et le 13 janvier 2022 et plus de 650 cas au 20 janvier 2022) dont le maintien au travail est difficile, s'ajoutant à l'absentéisme fort constaté depuis mi-2021. Aussi au moins deux semaines de déprogrammation ont dû être décidées début janvier afin de maintenir des professionnels auprès des patients hospitalisés, ainsi que la fermeture temporaire de 90 lits et places (en rhumatologie, chirurgie, orthopédie, neurologie et urologie).

3.3 De fortes inquiétudes quant aux conséquences de la pandémie en termes de santé publique

3.3.1 Des interrogations face à un éloignement de la patientèle

Le recul d'activité, s'il est important pour le CHU, n'a pas épargné les autres établissements comparables de la région, et notamment les cliniques tourangelles. Tandis que le nombre de séjours du CHU entre 2019 et 2021 a baissé de 4,1 %, il apparaît également en diminution pour la Nouvelle clinique de Tours (- 3,4 %) ainsi que pour le pôle de santé Léonard de Vinci (- 2,2 %). Cette baisse est d'ailleurs plus marquée en ce qui concerne les séjours en hospitalisation complète, puisque s'ils reculent de 9,1 % au CHU, ils sont en décroissance de 18,5 % pour la Nouvelle clinique de Tours et de 12,5 % pour le pôle de santé Léonard de Vinci.

Selon le département d'information médicale du CHU, la reprise d'activité en 2021 est très contrastée selon les établissements et ne traduit pas un effet de transfert de patientèle. Il n'a, par exemple, pas constaté de phénomène de « récupération » notamment de la chirurgie fonctionnelle par les établissements privés, ni de fuite de patients vers des établissements situés dans d'autres départements. C'est pourquoi de fortes interrogations demeurent sur la destination des patients et sur les conséquences de l'allongement des délais de prise en charge résultant des difficultés liées à la reprogrammation.

3.3.2 Un impact sur le système de santé et le recours aux soins

Le net recul de l'activité hospitalière hors covid 19 constitue un phénomène national. Tous GHM confondus, l'année 2020 présente 2,17 millions de séjours (hors séances) en moins

par rapport à 2019, soit une baisse de 11,5 % (soit 16,7 millions en 2020 contre 18,9 millions en 2019)⁶⁶. La diminution de certaines hospitalisations en 2020 peut s'expliquer par les mesures prises pour tenter d'endiguer la pandémie. En effet, la moindre circulation des virus et bactéries du fait des gestes barrières et de la restriction des contacts explique vraisemblablement la diminution importante des hospitalisations pour certaines maladies infectieuses telles que les cas de bronchiolites, otites, gripes ou encore gastro-entérites. De même, les périodes de confinement ont eu un impact sur les hospitalisations pour polytraumatismes, comme celles conséquentes aux chutes ou accidents de la route.

Le CHU a observé le même phénomène, avec notamment des diminutions importantes d'hospitalisations après passages aux urgences entre 2019 et 2020 pour des cas de bronchiolites (- 52 %), de gripes (- 34 %), de gastro-entérites (- 57 % pour les enfants et - 26 % pour les adultes) ou encore pour des prises en charge résultant de fractures. Pour autant, les forts reculs enregistrés en 2020 pour d'autres diagnostics d'hospitalisation ne semblent pas directement liés à la mise en place de gestes barrières ou de limitations de circulation. Il s'agit de séjours en cardiologie pour infarctus aigus du myocarde (- 13 %), insuffisances cardiaques (- 3 %) ou encore poses de stents (- 25 %), de séjours pour accidents vasculaires cérébraux (- 13 %), accidents ischémiques transitoires (- 18 %), et enfin de séjours pour névroses dépressives (- 26%) et troubles de l'adaptation et fonctionnement psychosocial (- 21 %).

Une autocensure du recours à l'hospitalisation et un non-recours, voire un renoncement, aux soins pourraient expliquer en partie ces baisses d'activités. Ce phénomène s'est d'ailleurs également traduit chez les professionnels de ville. Lors de la première vague épidémique, en France, les demandes de consultation pour d'autres motifs que la covid 19, comme le suivi des maladies chroniques, le suivi pédiatrique ou encore le suivi de grossesse ont chuté de moitié par rapport à l'activité courante pour près d'un médecin généraliste sur deux. En revanche, celles liées à la santé mentale ont augmenté pour la moitié d'entre eux. Celle-ci s'est globalement dégradée, notamment chez les plus jeunes⁶⁷. La consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques et leur instauration pour de nouveaux patients ont augmenté continuellement depuis la fin du premier confinement⁶⁸.

Sur l'ensemble du territoire national, l'activité de chirurgie a subi une diminution de l'ordre de 900 000 interventions entre 2019 et 2020. De nombreuses opérations considérées comme non urgentes ont été massivement déprogrammées, notamment en ophtalmologie, orthopédie et ORL-stomatologie⁶⁹. Dans une étude publiée en septembre 2021, le groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare quantifie l'impact de la crise sanitaire sur l'activité chirurgicale programmable et urgente et ses impacts potentiels sur la population française en termes de morbidité et de mortalité. Cette étude montre une diminution importante de l'activité chirurgicale en 2020 comparée à celle attendue et dans une moindre mesure de janvier à avril 2021, pour cinq types d'interventions courantes impliquant des dispositifs médicaux implantables (DMI).

⁶⁶ L'impact de la Covid-19 sur l'activité hospitalière MCO en 2020, R. Cash, *Finances hospitalières*, n°158, juin 2021.

⁶⁷ Communiqué de l'Inserm du 9 novembre 2021 : « Covid-19 : Le lourd impact de l'épidémie sur la santé mentale des étudiants, notamment pendant les périodes de confinements »

⁶⁸ France, portrait social, Insee Références – Édition 2021 – Éclairages.

⁶⁹ Idem.

Tableau n° 7 : Évolution d'activité en France pour cinq interventions chirurgicales courantes impliquant des DMI

	Variation 2020 /moyenne 2018-2019	Variation janvier-avril 2021 /moyenne 2018-2019
Arthroplastie avec prothèse de genou	-25%	-19%
Chirurgie de la cataracte	-22%	-3%
Arthroplastie avec prothèse de la hanche	-13%	-7,50%
Angioplastie coronaire (stent)	-11%	-6%
Stimulation cardiaque définitive (pacemaker)	-3%	2%

Source : GIS Epi-Phare, État des lieux de cinq interventions courantes impliquant des dispositifs médicaux implantables : conséquences liées au covid 19 en France en 2020 et de janvier à avril 2021, étude publiée en septembre 2021.

La chirurgie des cancers a également été affectée par la crise sanitaire. Selon l'Insee, au deuxième trimestre 2020, le nombre de chirurgies pour cancer du sein et pour cancers colorectaux a baissé respectivement de 26 % et 18 % par rapport au même trimestre de l'année précédente⁷⁰. Plus largement, la pandémie de covid 19 a très fortement fragilisé la lutte globale contre le cancer. Des études récentes s'inquiètent des retards dans la prise en charge des cancers, notamment colorectal, liés au ralentissement du dépistage, du diagnostic et de l'orientation vers les hôpitaux⁷¹.

En Centre-Val de Loire, le suivi des patients atteints de cancers semble avoir été maintenu, mais le report ou l'annulation de traitement a eu de forts impacts sur le ressenti des patients vis-à-vis de la continuité des soins⁷². Globalement, si le CHU de Tours a maintenu son activité de cancérologie en ce qui concerne la chirurgie et les séances pour chimiothérapie, il observe néanmoins une baisse des séances de radiothérapie, entraînant un recul du nombre total de séances de 8,1 % entre 2019 et 2021 (soit 26 937 séances entre janvier et septembre 2021 contre 29 302 séances sur la même période en 2019).

De même, l'activité de greffe d'organes a subi en France une chute considérable, principalement en raison du poids de la prise en charge des patients covid pour le système de santé et les risques accrus d'infection pour les patients transplantés et donc immunodéprimés⁷³. Lors de la première vague, le CHU a, quant à lui, été contraint d'arrêter totalement l'activité de greffe durant six semaines, créant des inégalités territoriales dans la mesure où d'autres CHU ont pu poursuivre cette activité.

⁷⁰ France, portrait social, Insee Références – Édition 2021 – Éclairages.

⁷¹ Communiqué de l'Inserm du 16 septembre 2021 : « Covid-19 : les confinements ont eu un impact délétère sur la sévérité du cancer colorectal métastatique » ; et lettre de recherche de membres du GIS Epi-phare sur les coloscopies en France pendant l'épidémie de Covid-19, publiée dans *International Journal of Colorectal Disease* le 7 janvier 2021.

⁷² Recueil de l'expérience des patients atteints de cancer pendant l'épidémie covid-19 en région Centre-Val de Loire, RECACOVID, rapport régional, OncoCentre/GREPP, mars 2021.

⁷³ Communiqué de l'Inserm du 31 août 2021 : « Une chute considérable du nombre de greffes d'organes depuis le début de la pandémie de COVID-19 dans le monde ».

Les effets des réorganisations de la prise en charge hospitalière pour faire face à l'épidémie de covid 19 sur l'état de santé de la patientèle et le niveau de non-recours ou d'un éventuel renoncement aux soins nécessiteraient une étude spécifique et se révéleront sur le long terme. Pour autant, compte-tenu de l'ampleur des baisses constatées pour l'ensemble des activités précédemment évoquées, il apparaît que si des reprogrammations et reprises de soins ont pu avoir lieu en 2021, leur volume n'a pu compenser le retard accumulé dans les prises en charge. La circulation permanente du virus depuis 2020 ponctuée de pics épidémiques ne permet pas au système hospitalier de « se régénérer », et a vraisemblablement éloigné la population des services de santé, laissant craindre une détérioration de son état de santé général et même, selon certains experts, une aggravation différée de la morbidité et de la mortalité⁷⁴.

3.4 Les incertitudes pesant sur les finances du CHU de Tours

Comme détaillé *supra*, la crise sanitaire associée à la pandémie mondiale de covid 19 a fortement impacté le fonctionnement global du CHU de Tours sur dix mois de l'exercice 2020 (mars à décembre). Le CHU a ainsi été contraint de :

- Réorganiser et moduler en profondeur son offre de soins hospitaliers afin de pouvoir prendre en charge l'afflux des patients atteints par le virus SARS-COV-2 ;
- composer avec des tensions d'approvisionnement sur des produits sensibles liées en particulier à l'explosion de la demande mondiale des hôpitaux sur les mêmes produits et la mise à l'arrêt des chaînes de production mondialisées pendant les semaines de confinement en Europe et en Chine : produits de santé (molécules utilisées en réanimation, solutions hydroalcooliques...), réactifs de biologie pour le dépistage, équipements biomédicaux, équipements de protection individuelle. Ces tensions se sont matérialisées par certaines difficultés d'approvisionnement, des hausses significatives des prix et la constitution de stocks de précaution ;
- mobiliser fortement des moyens complémentaires notamment en termes de ressources humaines (augmentation des effectifs, hausse des heures supplémentaires, versement d'une prime covid 19 au personnel, augmentation des lignes de garde et d'astreinte et renforcement du temps additionnel des personnels médicaux).

L'établissement a dû faire face aux impacts financiers directs et indirects résultant de sa réponse aux besoins nés de la crise sanitaire. L'effet déstabilisant de ce choc exogène sur ses perspectives de retour à un équilibre financier durable a donc été analysé par la chambre. Cette étude est réalisée au travers du prisme des surcoûts et pertes de recettes subis par l'établissement et des mesures de soutien budgétaire déployées par les autorités de tutelle.

Tirant près de 60 % de ses ressources des produits de la tarification à l'activité (T2A)⁷⁵, le CHU de Tours a subi une perte de recettes corrélée à la baisse de sa production de soins. La quantification de cette perte constitue la mesure première de l'amplitude du choc exogène de la crise sanitaire sur les finances de l'établissement.

⁷⁴ L'impact de la Covid-19 sur l'activité hospitalière MCO en 2020, R. Cash, *Finances hospitalières*, n°158, juin 2021, p. 8.

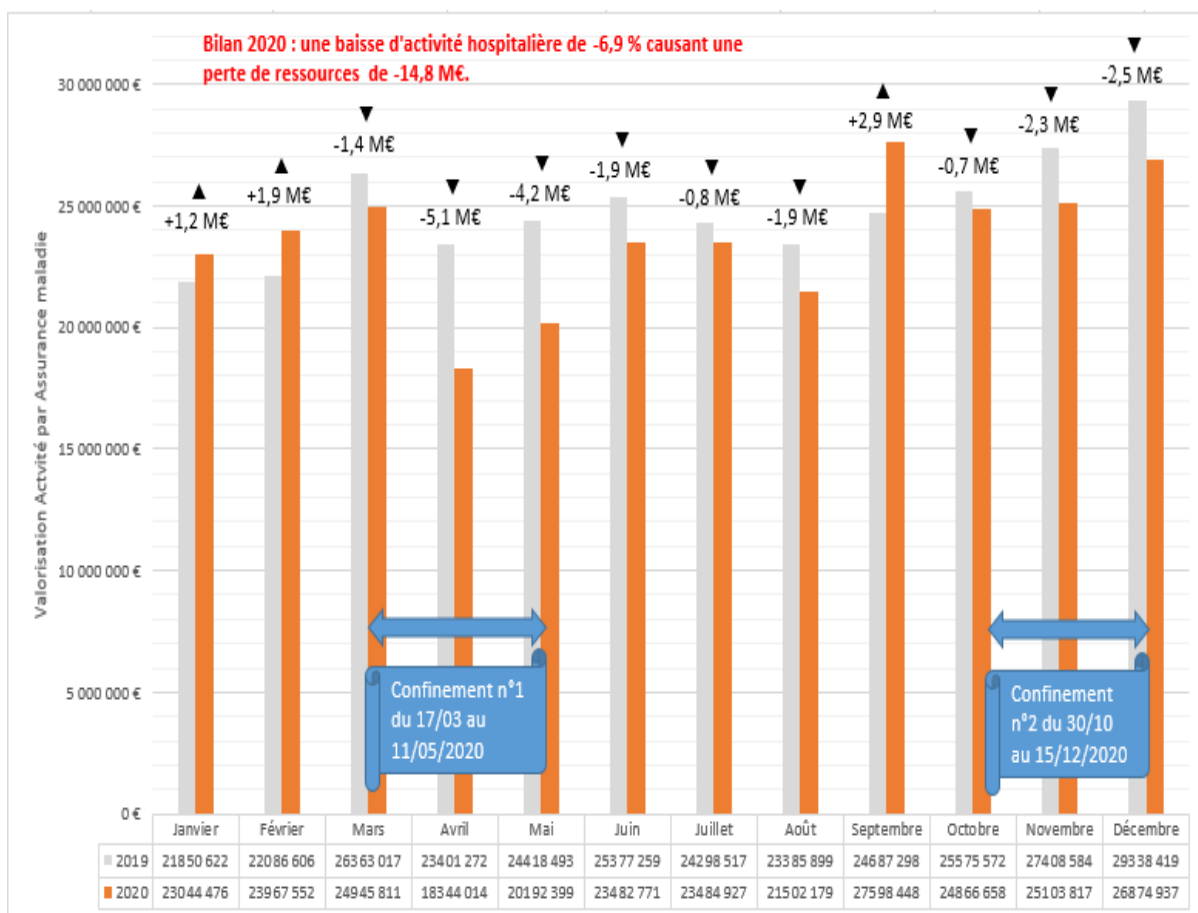
⁷⁵ Les produits de la tarification à l'activité (T2A) réalisés par le CHU de Tours en 2019 s'élevaient à 397,3 M€, soit 57 % du total des produits du compte de résultat principal (696,8 M€).

L'analyse de l'incidence de la crise sanitaire sur la situation financière 2020 du CHU de Tours est centrée sur le compte de résultat principal qui concentre 97,5 % des charges et 97,4 % des produits de l'établissement (cf. annexe n° 4).

3.4.1 Une première année de crise marquée par des pertes de recettes d'activité conséquentes

La réduction du volume de l'activité hospitalière consécutive à la pandémie a généré une perte de recettes d'activité de 14,8 M€⁷⁶ en 2020. La valorisation des séjours et suppléments s'établit à 283,4 M€ en 2020 contre 298,2 M€ en 2019, soit une perte de - 5 %. Le graphique ci-dessous met en évidence une concentration des écarts de valorisation sur les périodes de confinement décidées en 2020, avec des pertes plus marquées sur les mois d'avril et mai 2021 (première vague de covid 19).

Graphique n° 12 : Valorisation mensuelle assurance maladie de l'activité 2020 (séjours, séances y compris suppléments) du CHU (hors compensation garantie de financement)



Source : Scansanté d'après les données ATIH.

⁷⁶ Les données mobilisées ici sont les valorisations d'activité par l'assurance-maladie issues des bases de données nationales de l'ATIH afin de permettre la comparaison avec les autres établissements.

Les produits issus de l'activité externe MCO (consultations et actes) ont également subi un net recul de - 3,8 M€, passant de 38,8 M€ en 2019 à 35,0 M€ en 2020.

Le moindre niveau d'activité médicale se traduit par des pertes de recettes conséquentes en 2020. Si le taux de perte de ressources du CHU de Tours est inférieur au taux médian des CHR français⁷⁷ (- 5,5 % contre - 5,9 %), les ressources manquantes en raison de la crise sanitaire s'élèvent tout de même à - 18,6 M€, ce qui correspond au non-financement de 385 postes non médicaux sur l'année⁷⁸, soit près de 6 % de l'effectif non-médical⁷⁹.

3.4.2 Un compte d'exploitation 2020 préservé malgré le choc exogène de la crise sanitaire

Déjà fragilisé par une situation financière tendue, le contexte de crise sanitaire a exposé le CHU à une pression financière accrue en créant un effet de ciseau dans le cycle économique de gestion, incompatible avec la couverture de ses charges fixes :

- diminution des recettes d'activités des soins et des prestations hors soins dans le cadre du confinement national et de la déprogrammation des activités de soins hors covid 19 ou non urgentes : ces recettes non facturées sont qualifiées de « pertes de recettes covid 19 » ;
- augmentation des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissement pour répondre aux besoins sanitaires et à l'achat d'équipements de protections pour les personnels hospitaliers : ces dépenses nouvelles sont qualifiées de « surcoûts covid 19 » dans la mesure où elles n'auraient pas été engagées sans la crise et ne bénéficiaient pas d'un financement dédié dans le système de financement hospitalier en vigueur au déclenchement de la pandémie.

Affectant l'activité courante du CHU, cet effet de ciseau aurait normalement dû entraîner une dégradation nette des soldes intermédiaires de gestion (SIG), et particulièrement des soldes intéressant le fonctionnement courant c'est-à-dire la marge brute d'exploitation et le résultat d'exploitation.

⁷⁷ Le périmètre d'analyse porte sur 31 des 32 CHR français. L'AP-HP est exclue car aucune donnée 2020 n'était disponible pour cet établissement au 1^{er} décembre 2021 sur la plateforme www.scansante.fr.

⁷⁸ Pertes de recettes covid, soit 18,6 M€ / coût unitaire ETPMR non médicaux 2019 au budget H, soit 48 218 € (i.e. charges de personnel non médical du budget H, soit 311 034 200 € / 6 450,58 ETPMR).

⁷⁹ Effectif total non-médical du CHU en 2019 : 6 680,65 ETPMR.

Tableau n° 8 : Évolution des soldes intermédiaires de gestion
du compte de résultat principal (budget H) de 2016 à 2020

<i>en milliers d'euros</i>	2016*	2017	2018	2019	2020	Variation 2020/2019	<i>en %</i>
Produits de la tarification à l'activité (A)	380 773	386 825	388 660	397 303	407 385	10 082	2,54 %
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (B)	40 080	40 429	43 777	43 245	38 701	- 4 544	-10,51 %
Sous-total variable selon l'activité (A + B)	420 853	427 254	432 438	440 548	446 086	5 538	1,26 %
Produits du financement des activités de SSR	-	776	933	951	969	18	1,89 %
Dotations hôpitaux de proximité	-	-	-	-	-	-	
MIGAC et FIR	94 405	98 750	105 006	113 814	146 276	32 462	28,52 %
Forfaits annuels	7 185	7 983	8 617	9 555	10 821	1 266	13,25 %
Dotation annuelle de financement	44 538	44 625	44 605	44 891	46 648	1 757	3,91 %
Ventes de marchandises	25 902	23 540	20 050	16 664	17 333	669	4,01 %
Autres produits	12 642	14 740	15 113	15 880	15 277	- 603	-3,80 %
Produits bruts d'exploitation	605 525	617 668	626 762	642 303	683 410	41 107	6,40 %
Consommations en provenance de tiers	159 519	158 242	158 811	159 083	166 487	7 404	4,65 %
Charges externes	36 598	41 195	43 232	45 670	48 168	2 498	5,47 %
- Consommations intermédiaires	196 117	199 437	202 043	204 753	214 655	9 902	4,84 %
= VALEUR AJOUTEE	409 407	418 231	424 719	437 550	468 755	31 205	7,13 %
+ Subventions d'exploitation	8 223	8 295	8 110	6 793	8 113	1 320	19,43 %
- Impôts et taxes	41	30	31	38	40	2	5,26 %
- Charges de personnel (en net)	395 619	405 028	408 193	413 864	442 183	28 319	6,84 %
= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	21 970	21 468	24 605	30 441	34 645	4 204	13,81 %
+ Autres produits de gestion courante	10 144	12 725	13 635	14 563	13 271	- 1 292	-8,87 %
- Autres charges de gestion courante	4 434	4 947	5 592	5 835	5 243	- 592	-10,15 %
= MARGE BRUTE	27 680	29 246	32 648	39 169	42 673	3 504	8,95 %
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	6 145	6 433	7 049	7 329	8 438	1 109	15,13 %
- Dotations aux amortissements	37 262	36 897	39 308	40 708	40 464	- 244	-0,60 %
- Dotations aux provisions et dépréciations	6 650	6 427	6 546	6 406	11 998	5 592	87,29 %
= RESULTAT D'EXPLOITATION	- 10 087	- 7 645	- 6 157	- 616	- 1 351	- 735	119,32 %
+ Produits financiers	409	369	333	257	288	31	12,06 %
- Charges financières	5 883	5 417	5 335	4 861	4 284	- 577	-11,87 %
= RESULTAT COURANT	- 15 561	- 12 693	- 11 159	- 5 220	- 5 347	- 127	2,43 %
+ Produits exceptionnels	11 062	10 519	10 821	10 751	10 466	- 285	-2,65 %
- Charges exceptionnelles	4 291	4 720	6 932	10 206	10 690	484	4,74 %
= RESULTAT EXCEPTIONNEL	6 771	5 799	3 889	545	- 224	- 769	-141,10 %
RESULTAT NET	- 8 790	- 6 893	- 7 270	- 4 675	- 5 571	- 896	19,17 %

(*) Pour mémoire

Source : TBFEPS 2016-2020 (DGFIP).

Le compte de résultat principal 2020 ne présente toutefois pas de détérioration massive des deux soldes précités :

- la marge brute (aides incluses) s'améliore même et progresse de 8,9 %, passant de 39,2 M€ en 2019 à 42,7 M€ en 2020 ;
- le résultat d'exploitation s'établit à - 1,35 M€, en retrait de 0,74 M€ par rapport au résultat 2019. Le niveau de ce déficit reste cependant limité au regard des déficits des exercices 2016 à 2018 (déficit moyen : - 7,96 M€).

Le niveau du résultat courant 2020, qui mesure la capacité de l'établissement de santé à équilibrer son activité après intégration du coût de son endettement, est identique à celui de 2019 (- 5,35 M€ en 2020 contre - 5,22 M€ en 2019). Les équilibres de base du compte de résultat, lesquels s'étaient notablement améliorés depuis 2017, n'ont pas été remis en cause en 2020 par la crise sanitaire. La diminution des charges financières observable en 2020 (- 0,58 M€) a concouru efficacement à la préservation du compte de résultat.

Le résultat net de l'exercice se détériore en 2020 (- 5,57 M€ contre - 4,68 M€ en 2019) non pas sous l'effet d'une dégradation du solde de l'activité sanitaire mais sous l'effet de la variation du résultat exceptionnel (- 224 000 € en 2020 contre + 545 000 € en 2019).

Au total, malgré la survenue de la crise sanitaire, la trajectoire financière 2020 du CHU ne s'est pas écartée des projections 2020 du plan APAC, le niveau du déficit réalisé en 2020 (- 5,57 M€) reste proche du résultat projeté dans ledit plan (- 5,81 M€). Cette sauvegarde du compte d'exploitation 2020 a été, en réalité, permise par les dispositifs de soutien financier instaurés par l'État de l'ordre de 45 M€ (cf. tableau n° 9).

3.4.3 Une neutralisation intégrale des impacts de la pandémie en dépenses et recettes par le dispositif national de soutien

Le dispositif d'intervention national de neutralisation des impacts de la pandémie sur les finances des établissements de santé

Dans l'ensemble des établissements de santé affectés par la crise sanitaire, les déprogrammations d'activité ont eu des répercussions à la baisse sur certaines charges variables (produits de santé, frais de déplacement, transports sanitaires, consommations alimentaires ...). Ces dernières n'ont toutefois pas été suffisantes pour compenser les pertes de recettes et les surcoûts covid 19 engagés et encore moins sécuriser la situation de trésorerie des établissements.

Dans ce contexte, l'État a instauré un dispositif de soutien aux hôpitaux par lequel l'assurance maladie est venue compenser les impacts financiers de la crise pour l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, lucratifs ou non.

Financé par un relèvement de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), ce dispositif s'articule autour de trois instruments :

- la mise en place d'une garantie de ressources de l'assurance maladie obligatoire (dite « garantie de financement ») sur les recettes d'activité des soins facturées à l'assurance maladie sur la base du montant des recettes perçues en 2019, majorées de 0,2 % correspondant à l'évolution des tarifs des séjours qui avait été actée au 1^{er} mars 2020 dans le cadre de la campagne tarifaire. Cette mesure a permis de garantir des ressources minimales aux hôpitaux ayant été contraints de déprogrammer leurs activités de soins couvrant les charges fixes de fonctionnement courant ;
- la mise en place d'un financement spécifique, avec une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie pour la mission de santé publique de dépistage anti-covid en établissement de santé (patients et professionnels) et en population générale. Une tarification spécifique commune aux laboratoires de ville et aux laboratoires hospitaliers a été mise en place pour rémunérer les actes de prélèvement et les actes d'analyse virologique *via* la technique RT-PCR ;
- la mise en place d'un dispositif de compensation financière des impacts en dépenses (surcoûts) et en recettes (pertes) pour faire face à la crise sanitaire.

Cette dernière mesure a donné lieu à différents dispositifs qui se sont articulés et complétés avec les deux premiers mécanismes pour progressivement converger en fin de campagne budgétaire 2020 en un mécanisme de compensation globale visant à une sécurisation du montant de la marge brute d'exploitation courante retraitée de la variation des stocks dans la limite d'un plafond de 8 % sur la base du montant constaté au compte financier 2019. Cette modalité vise à permettre aux établissements de santé de clôturer leurs comptes 2020 sans dégrader leur situation financière.

Au total, ce sont près de 3,4 milliards d'euros qui ont été mobilisés *via* ces dispositifs par les pouvoirs publics⁸⁰.

Le CHU de Tours a procédé au suivi des impacts financiers de la crise sanitaire covid 19 (pertes de recettes occasionnées et surcoûts en dépenses) dès le démarrage de celle-ci. Ces éléments ont été remontés au ministère de la santé, dans le cadre d'enquêtes nationales de recensement des surcoûts au premier semestre 2020 et au début 2021, afin qu'il puisse calibrer la couverture nationale des besoins de financement des hôpitaux concernés sur l'année 2020.

⁸⁰ Annexe n° 7 du PLFSS 2022 « ONDAM et dépenses de santé » (p. 127).

Les incidences financières de la crise sanitaire sur le compte de résultat 2020 du CHU de Tours sont synthétisées ci-après.

Tableau n° 9 : **Impact financier de la crise sanitaire sur le compte de résultat principal 2020**

EXPLOITATION (en milliers d'euros)					
Impacts financiers			Compensations financières		
Surcoûts dépenses	T1 Charges de personnel	- 6 684	Financements reçus	<i>Garantie de financement</i>	18 563
	<i>PNM</i>	- 5 887			
	<i>PM</i>	- 797			
	Provision CET (congrés non pris pendant les pics épidémiques)	- 1 305			
	<i>PNM</i>	- 1 305			
	Prime COVID	- 6 911		<i>Prime COVID (AC)</i>	7 135
	<i>PM</i>	- 1 608			
	<i>PNM</i>	- 5 304			
	T2 Charges médicales	- 909		<i>Surcoûts COVID</i>	13 476
	T3 Charges hôtelières et générales	- 1 032		<i>Tests antigéniques (AC)</i>	218
Pertes de recettes	Dépistage RT-PCR	- 4 771	Charges non engagées	<i>Dépistage RT-PCR (AC)</i>	5 621
	TOTAL Surcoûts dépenses	- 21 612		TOTAL Financements reçus	45 012
	Pertes de recettes T1 (Δ nette)	- 18 103		T2 Charges médicales	284
	<i>T2A Hospitalisations</i>	- 14 497		<i>15% Variation des dépenses de dispositifs médicaux*</i>	284
	<i>T2A Soins externes</i>	- 3 606			
	Pertes de recettes T2 (Δ nette)	- 4 544		T3 Charges hôtelières et générales	438
	<i>Ticket modérateur</i>			<i>Frais de déplacements des personnels</i>	143
	<i>Hospitalisations</i>	- 3 022		<i>Réceptions</i>	74
	<i>Ticket modérateur Soins externes</i>	- 1 020		<i>Achats d'alimentation</i>	221
	<i>Forfaits journaliers</i>	- 815			
	<i>Patients étrangers</i>	- 187			
	<i>Prestations effectuées au profit des patients d'autres ES (dont actes de laboratoires facturés (+465 331 € en 2020))</i>	501			
	Pertes de recettes T3 (Δ nette)	- 1 666			
	<i>Restauration (vente à des tiers)</i>	- 29			
	<i>Restauration du personnel</i>	- 256			
	<i>Crèches</i>	- 69			
	<i>Subvention exceptionnelle CAF crèche (crise sanitaire)</i>	393			
	<i>Prestations délivrées aux usagers et accompagnants</i>	- 12			
	<i>Majoration chambres individuelles</i>	230			
	<i>Redevances commerciales</i>	- 254			
	<i>Co-utilisation équipements Médicaux Lourds</i>	- 163			
	<i>Formations professionnelles</i>	- 892			
	<i>Autres remboursements de frais</i>	- 270			
	<i>Remises, rabais, ristournes</i>	- 343			
	TOTAL Pertes recettes	- 24 313		TOTAL Charges non engagées	722
	TOTAL GENERAL	- 45 925		TOTAL GENERAL	45 735
Solde	Besoin de financement	- 190			

(*) La variation des dépenses de dispositifs médicaux constatée entre 2019 et 2020 (- 1 894 844 €) n'est retenue dans le présent tableau qu'à hauteur de 15 % par référence à la baisse d'activité enregistrée en chirurgie (HC et ambulatoire) entre 2020 et 2019 (environ 15 %, soit 30 455 séjours en 2019 et 25 599 séjours en 2020 d'après Hospidag).

Source : CRC d'après les données du CHU de Tours

L'impact financier de la pandémie s'élève en 2020 à 45,9 M€, répartis entre :

- des pertes de recettes d'un volume de 24,3 M€

Consécutivement au ralentissement de l'activité médicale en hospitalisations comme en soins externes, les pertes nettes sur recettes d'activité (produits T2A – titre 1) et autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) représentent l'essentiel des pertes de recettes (22,6 M€). Les recettes subsidiaires (titre 3) reculent quant à elles de 1,7 M€.

- et des surcoûts de dépenses à hauteur de 21,6 M€

La mobilisation forte des ressources humaines pendant la pandémie a entraîné une augmentation des dépenses de personnel de 13,6 M€ soit 48 % de la progression de ce poste de charges en 2020 (+ 28,3 M€). Ce surcoût se répartit entre :

- le renforcement des moyens en personnels médicaux et non médicaux (recrutement de personnels supplémentaires et augmentation du temps travail pour les personnels (heures supplémentaires des paramédicaux et temps de travail additionnel des médecins)) mobilisés pour répondre à la crise se traduit par un surcroît de masse salariale de 6,7 M€ ;
- la prime covid exceptionnellement accordée par le gouvernement aux professionnels mobilisés par la crise s'est traduite par une dépense de 6,91 M€, compensée par une dotation de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) de 7,1 M€.

Les surcoûts inhérents aux achats de fournitures, de biens supplémentaires et d'équipements de protection individuelle, ainsi qu'à la prise en charge des patients atteints par la covid 19 (médicaments, produits de santé et produits d'imagerie...) s'élèvent à 1,94 M€ (surcoûts imputés sur les titres 2 et 3).

Les surcoûts liés aux activités de dépistage RT-PCR s'élèvent à 4,77 M€. Leur poids (22 %) dans les surcoûts reflète l'importance de l'action des laboratoires du CHU en matière de dépistage. Ces surcoûts ont été compensés par deux dotations MIGAC *ad hoc* dont le montant cumulé atteint 5,8 M€. Cette activité n'a toutefois généré aucun excédent financier définitif pour le CHU de Tours puisque le mécanisme de compensation finale appliqué aux hôpitaux publics sur les comptes 2020 intègre le résultat de l'activité de dépistage dans le calcul global de la marge brute prise en compte pour compenser les impacts financiers de la covid 19 supportés par les établissements de santé.

Au vu des éléments produits, les dotations déléguées au CHU de Tours à titre de compensation des surcoûts et des pertes de recettes s'élèvent au total à 45,0 M€, ce qui représente un taux de couverture de 98 % des impacts financiers de la crise sanitaire sur le compte de résultat 2020. Le reste à charge de l'établissement s'élèverait dès lors à 0,91 M€.

La baisse du nombre de journées d'hospitalisation consécutive à la déprogrammation d'activités et aux phases de confinement a entraîné une réduction de certaines dépenses logistiques et médicales qui vient atténuer le reste à charge supporté par l'établissement. En intégrant ces charges non engagées, le coût résiduel de la crise covid est ramené au final à 0,19 M€, absorbable par l'établissement.

Dès lors, le mécanisme de compensation globale des impacts financiers de la crise sanitaire a rempli son office et fait de l'exercice 2020 une « année blanche » pour le CHU de Tours. Après compensation, le taux de marge brute d'exploitation du compte de résultat principal s'établit en 2020 à 6,0 %, soit un niveau comparable au taux 2019 qui était de 5,9 %.

3.4.4 Les effets des accords du « Ségur de la santé » sur la situation financière de l'établissement

Le « Ségur de la santé »

Signés le 13 juillet 2020 entre le Gouvernement et une majorité d'organisations syndicales représentant les professions médicales et non-médicales, les accords du « Ségur de la santé » ont prévu une revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers médicaux et non médicaux dans l'objectif de renforcer l'attractivité des métiers à l'hôpital public. Ces accords ont été mis en œuvre en deux étapes sur le dernier trimestre de l'exercice budgétaire 2020.

Les principales mesures adoptées au titre du Ségur de la santé en 2020 sont les suivantes :

- la revalorisation de la rémunération des professionnels de santé avec création du complément de traitement indiciaire (CTI) de 183 € nets supplémentaires par mois (versement à partir du 1^{er} septembre pour une première phase de revalorisation de 24 points indiciaires puis au 1^{er} décembre de 25 points) ;
- la revalorisation et l'extension de l'indemnité de service public exclusif (IESPE) pour l'ensemble des médecins travaillant à l'hôpital public ;
- la revalorisation des débuts et des fins de carrière des médecins hospitaliers ;
- la revalorisation des indemnités de stages pour les étudiants paramédicaux, les étudiants en santé et les internes, ainsi que l'augmentation des indemnités de gardes pour ces derniers.

Ces mesures ont été intégralement financées *via* une enveloppe spécifique ajoutée à l'ONDAM 2020 des établissements de santé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. La déclinaison des mesures salariales s'est effectuée par le biais de dotations MIGAC qui ont été allouées et réparties avec un fléchage national au prorata des effectifs moyens rémunérés de chaque établissement déclarés dans la SAE 2019. Compte tenu de la variation d'effectifs intervenue entre 2019 et 2020, il en résulte un léger décalage au regard des dépenses réelles 2020 exposées par l'établissement et les compensations reçues.

Pour le CHU de Tours, la mise en œuvre des mesures salariales du Ségur explique 26,6 % de la hausse en valeur absolue (+ 28,3 M€) des charges de personnel en 2020 sur le compte de résultat principal. Le bilan financier des mesures salariales liées au « Ségur de la santé » se chiffre à 7,53 M€ en 2020 avec des compensations s'élevant à 7,19 M€, soit un sous-financement de 0,34 M€ encore absorbable par l'établissement.

Tableau n° 10 : **Bilan financier 2020 des mesures salariales du Ségur (CRPP du CHU Tours)**

en milliers d'euros		Impacts financiers		Compensations financières		Écarts
Surcoûts dépendances	SEGUR PM	1 733	Financements reçus	Compensations PM	1 340	- 393
	SEGUR PNM (CTI)	5 795		Compensations PNM (MIGAC)	5 851	56
	Total	7 528		Total	7 191	- 337

Source : Données du CHU de Tours.

Il pourrait toutefois en aller autrement sur les exercices suivants. En effet, sur l'exercice 2021, le financement des mesures salariales issues du Ségur de la santé n'est plus assuré complètement par des dotations MIGAC dédiées mais est réintégré dans les compartiments de financement existants (tarifs T2A pour les activités de court séjour MCO, forfaits et dotations pour les activités situées hors du champ de la T2A, dotation annuelle de financement pour les activités SSR et psychiatrie).

Les mesures salariales du Ségur, produiront leur plein effet budgétaire en 2021. Celles-ci seront désormais à intégrer dans les paramètres d'évolution des charges de personnel des exercices à venir. À l'inverse de l'exercice 2020, cette augmentation de la masse salariale ne sera pas compensée par une dotation budgétaire mais devra être financée par une augmentation des produits de l'activité médicale du CHU. Ces mesures nationales salariales, mises à la charge de l'établissement après 2020, devraient peser sur les perspectives de retour à l'équilibre financier du CHU.

3.4.5 Un effort d'investissement maintenu en 2020 grâce à un autofinancement et une trésorerie préservés

Tableau n° 11 : Tableau de financement 2019-2020 CHU Tours (en milliers d'euros)

Emplois	2019	2020	Variation 2020/2019	Ressources	2019	2020	Variation 2020/2019
Insuffisance d'autofinancement				Capacité d'autofinancement	34 723	37 874	9,1 %
Titre I - Remboursement des dettes financières	41 876	30 148	-28,0 %	Titre I - Emprunts	37 000	25 000	-32,4 %
Titre II - Immobilisations	35 060	29 033	-17,2 %	Titre II - Dotations et subventions	3 641	8 812	142,0 %
Titre III : Autres emplois	343	55	-84,0 %	Titre III - Autres ressources	934	183	-80,4 %
Total des emplois	77 279	59 236	-23,3 %	Total des ressources	76 298	71 869	-5,8 %
Apport au fonds de roulement		12 633		Prélèvement sur le fonds de roulement	981		

Source : TBFEPS.

En 2020, la capacité d'autofinancement du CHU de Tours n'a pas été entamée par les impacts de la crise sanitaire grâce au dispositif national de neutralisation financière. Celle-ci continue sa progression constatée les années précédentes : + 9,1 % en 2020, + 29,5 % en 2019, + 5,2 % en 2018 et + 7,2 % en 2017. Le niveau de l'autofinancement brut dégagé par l'établissement en 2020 est même meilleur que celui projeté dans la trajectoire financière du plan APAC (37,87 M€ contre 34,89 M€ en projection).

La solvabilité de l'établissement n'a pas été affectée par la crise épidémique. La capacité d'autofinancement est suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts (30,1 M€) et financer 26,6 % des dépenses d'équipement totales (29,0 M€).

En 2020, le CHU a encaissé trois emprunts pour un montant global de 25 M€, inférieur à la prévision de l'EPRD (35 M€), en raison du décalage de certaines opérations d'investissement.

L'établissement a indiqué qu'aucune opération d'investissement n'avait été annulée en raison de la crise sanitaire mais que l'arrêt total des entreprises durant le premier confinement avait ralenti l'avancement de certaines opérations en cours.

Tableau n° 12 : Impact financier de la crise sanitaire sur le tableau de financement 2020

INVESTISSEMENT (en milliers d'euros)					
Surcoûts dépenses	Investissement covid	- 1 124	Financements reçus	Dotations ARS Investissement covid	929
	Plateforme MGI	- 240		MAD de la plateforme MGI par l'État au profit du CHU	240
	Total surcoûts dépenses	- 1 364		Total financements reçus	1 169
Solde	Besoin de financement	- 195		Excédent de financement	

Source : CRC d'après les données du CHU de Tours.

L'impact de la crise sanitaire sur l'effort d'investissement est resté circonscrit. Les investissements rendus nécessaires pour répondre à la pandémie pèsent pour 4 % des dépenses d'équipement en 2020. Ces investissements se sont élevés à 1,4 M€ et ont été aidés à hauteur de 86 %, avec un reste à charge de 0,19 M€ pour le CHU. Le taux d'exécution de la tranche 2020 du plan pluriannuel d'investissement (46,1 M€) est de bon niveau puisqu'il s'établit à 63 %. Les études liées au projet de restructuration se sont poursuivies en 2020 avec des décaissements à hauteur de 5,2 M€ sur l'exercice.

Les ressources du tableau de financement (autofinancement, subventions reçues, emprunts souscrits et cessions) étant supérieures aux emplois (dépenses d'équipement, remboursement du capital de la dette), l'établissement a pu renforcer son fonds de roulement de 12,6 M€ qui atteint 71,5 M€ en 2020.

Le CHU n'a pas connu de tensions de trésorerie en 2020 notamment du fait de l'encaissement d'emprunts, de la mise en œuvre de la garantie de financement et des avances de l'assurance-maladie. Ainsi, l'établissement n'a utilisé sa ligne de trésorerie que de façon marginale au cours de cet exercice.

L'absence de détérioration de la situation financière du CHU en 2020 est enfin attestée par sa capacité de désendettement qui s'améliore encore, passant de 6 ans en 2019 à 5,4 années.

3.4.6 Un réajustement du projet NHT aux impératifs résultant de la crise

Dès avril 2020, la direction de l'établissement a engagé une révision du projet de restructuration du CHU (projet NHT) afin d'y intégrer les enseignements tirés de la gestion de la première vague de covid 19. Il s'est agi de vérifier la capacité de l'ensemble immobilier projeté à fonctionner efficacement en cas de crise épidémique et d'étudier les adaptations nécessaires. Dans cette démarche, l'équipe projet dédiée s'est appuyée sur le retour d'expérience réalisé par l'établissement.

Si les grands principes organisationnels et fonctionnels du projet NHT ont été préservés, les adaptations liées à la prise en charge d'une crise épidémique d'intensité comparable à la covid 19 ont conduit à des évolutions programmatiques impliquant des augmentations de surface et leur corollaire en termes de coûts.

Ces modifications visent à la création de flux patients parallèles afin de dissocier ceux réservés à une pandémie de ceux dédiés aux patients courants. Elles portent principalement sur :

- l'adaptation des unités d'hospitalisation pour augmenter les capacités d'isolement des patients suspectés d'épidémie (systématisation des lits en chambre individuelle ; création supplémentaires de chambres avec sas; doublement du nombre de bureaux infirmiers pour éviter les contaminations entre soignants lors des pauses et transmissions ; refonte des espaces tertiaires pour garantir les distanciations et la continuité de l'activité médicale) ;
- la création d'une unité épidémique saisonnière adultes de 28 chambres individuelles avec sas dont deux pouvant être dédoublées et d'une unité saisonnière pédiatrique de 16 lits ;
- l'amélioration de la flexibilité des capacités hospitalières de réanimation/surveillance continue (adaptations techniques permettant de convertir facilement des lits de soins continus en postes de réanimation) ;
- l'adaptation du bloc opératoire et interventionnel avec la création de 10 salles avec sas ;
- l'adaptation des urgences avec une augmentation du nombre de boxes et de chambres UHCD avec sas;

- la sécurisation des locaux techniques (systématisation du principe de réversibilité surpression/dépression pour l'ensemble des secteurs protégés ; protection accrue contre la contamination biologique aérienne des installations aérauliques).

Ces modifications du programme NHT se sont doublées d'une proposition de révision du schéma capacitaire au regard des effets de la crise sanitaire. Le projet initial d'avril 2017 impliquait une réduction capacitaire progressive de 250 lits MCO. Dans ce nouveau schéma capacitaire restant à valider par les autorités de tutelle, le CHU, qui a déjà fermé 130 lits sur les 250 prévus, en garderait finalement 84 sur les 120 restant à supprimer à fin 2019. Les capacités d'hospitalisation du projet s'établiraient dès lors à 1 082 lits contre 998 initialement.

Au plan financier, le chiffrage initial du projet validé en 2017 était de 320 M€ TTC (travaux hors équipements) porté, selon l'ordonnateur, à 388 M€ par le transfert de l'hôpital pédiatrique Clocheville et la création d'un bâtiment permettant la centralisation des activités de biologie sur le site de Trouseau à la demande de l'État qui apportait son soutien à hauteur de 75 M€. À fin novembre 2021, le coût prévisionnel de l'opération de reconstruction est porté à 522 M€ TTC (travaux hors équipements)⁸¹. Cette seconde progression du coût de 134 M€ (+34,5 %) intègre principalement les adaptations nécessaires pour la prise en charge d'une crise épidémique aigüe à hauteur de 66 M€ et la révision à la hausse des coûts de construction (coût des travaux au m²) consécutive au choc macroéconomique causé par la pandémie à hauteur de 68 M€.

Afin de boucler le plan de financement du projet, le CHU de Tours a sollicité un accompagnement financier complémentaire de l'État. Selon l'ordonnateur, l'aide de l'État, notifiée au CHU, a été portée à 175 M€ (75 M€ d'aide initiale, 10 M€ d'aide au désendettement et 90 M€ d'aide complémentaire) à l'occasion de la réévaluation du montant de l'opération, soit 33,5 % du montant du projet.

3.4.7 Des impacts durables de la crise sanitaire sur les perspectives financières de l'établissement

Grâce aux dernières dotations budgétaires reçues en avril 2022, la persistance de la crise sanitaire en 2021 n'a pas entraîné de dégradation majeure du compte d'exploitation du CHU. L'année 2021 s'est soldée par un résultat déficitaire de - 4,57 M€, en amélioration par rapport à l'exercice précédent (- 5,56 M€ en 2020) et comparable au niveau d'avant-crise (- 4,67 M€ en 2019).

Si la reconduction en 2021 du dispositif national de neutralisation des surcoûts covid (hors mesures issues des accords du Ségur de la santé) a permis d'éviter une dégradation accrue de la situation financière, il ne garantit toutefois pas à l'établissement un retour à l'équilibre financier à moyen terme ni l'apurement des déficits antérieurs. Les perspectives financières du CHU sont en effet hypothéquées par les éléments exposés ci-après.

- *L'impact de la crise sur la disponibilité des ressources humaines*

L'absentéisme en nette progression, qui résulte de la forte mobilisation des soignants durant cette crise sanitaire persistante, affecte directement le niveau de l'offre de soins proposée

⁸¹ Selon le plan de financement du projet de reconstruction, l'enveloppe budgétaire affectée au programme d'acquisition des équipements s'élève à 49,3 M€ à ce stade du projet (contre 44,8 M€ initialement).

par l'établissement à sa patientèle et par conséquent, sa capacité à renouer avec une activité médicale dynamique.

L'usure des personnels soignants pose de manière plus large la question de l'attractivité de ces métiers et de la capacité du CHU à fidéliser à moyen terme ces professionnels, ce qui rejaillit sur sa capacité à développer son activité médicale.

- *L'impact de la crise sur le niveau de santé de la population desservie*

L'impact de la crise en termes de santé publique sur le territoire, phénomène qui reste à évaluer par les acteurs de santé, aura vraisemblablement une influence sur l'offre de soins de l'établissement. En effet, celui-ci pourrait devoir à la fois reprogrammer les séjours, interventions et consultations différés mais aussi couvrir les besoins de santé non exprimés par la population durant ces deux années de crise sanitaire.

- *L'impact sur l'organisation des filières de soins au sein du territoire de santé*

La crise sanitaire a mis en évidence les relations d'interdépendance existant entre les différents établissements de santé positionnés sur un même territoire. En période normale, le système de santé fonctionne avec un CHU offrant un plateau technique de pointe qui accueille pour des durées courtes des patients devant bénéficier de protocoles de soins de haute technicité, lesquels sont ensuite réorientés vers des lits d'aval dans les hôpitaux périphériques. Or, ces derniers, lourdement touchés par les vagues épidémiques successives et parfois sous-dotés en personnel médical, ne sont souvent plus en mesure, selon l'ordonnateur, d'accueillir des patients sortant du CHU qui voit dès lors sa durée moyenne de séjour s'allonger dans certaines spécialités. En raison des répliques épidémiques, ce phénomène est sans doute appelé à se reproduire et bride la capacité du CHU à recouvrer son niveau d'activité d'avant-crise.

- *L'impact sur la capacité de l'établissement à piloter sa situation financière et à initier des projets de renforcement de l'offre de soins*

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), le modèle budgétaire d'un établissement public de santé se construit par l'anticipation de son activité médicale, des recettes et des coûts liés à celle-ci, ainsi que sur la prévision de l'autofinancement dégagé afin de financer les investissements futurs.

La persistance de la crise sanitaire a profondément modifié cette approche de la gestion financière hospitalière. Les phases aiguës de la pandémie et les déprogrammations d'activités, créent une incertitude forte sur les produits normalement récurrents à laquelle s'ajoute la survenue de surcoûts difficilement prédictibles que les établissements ne sont pas forcément en capacité de couvrir.

Dans cet environnement mouvant, l'exercice de la prévision revêt une complexité nouvelle, ce qui n'est pas sans incidence sur la formulation des orientations stratégiques du CHU et le montage des projets en découlant.

Ainsi, selon la directrice générale du CHU, l'incertitude sur l'activité médicale et les recettes rejaillit sur la planification des projets sur deux aspects :

- Le CHU envisage de geler les recrutements de personnels médicaux dans la mesure où ces postes médicaux ne peuvent être financés par les recettes des activités nouvelles pour lesquelles ceux-ci seraient recrutés. En effet, le mécanisme de la garantie de financement reconduit la moyenne des recettes d'activité 2019 affectée d'un coefficient de progression sans modification des périmètres d'activité, ni d'effet « prix » concernant les charges.

Ainsi dans le cas du CHU de Tours, la garantie de financement n'intègre pas les reconnaissances d'activités nouvelles réalisées courant 2019-2020 notamment en soins intensifs et hématologie, ce qui correspond à des pertes nettes de ressources.

- L'EPRD 2022 a d'abord été élaboré au dernier trimestre 2021 en anticipant un retour au régime de la T2A, avant d'être finalement réalisé sous le régime de la garantie de financement reconduite pour le premier semestre 2022. Ce changement de modèle budgétaire influe directement sur les ressources que le CHU entend mobiliser pour lancer des projets en 2022. Lors de l'entretien de fin de contrôle, l'ordonnateur a indiqué que seules des initiatives s'inscrivant dans des appels à projets bénéficiant de financements externes seraient lancées.
- *L'impact des surcoûts covid sur le projet NHT : une modification durable des fondamentaux du compte d'exploitation du CHU*

L'établissement a indiqué que les surcoûts d'investissement liés à la crise sanitaire s'élèvent à 134 M€ dont 66 M€ liés à la revue du projet menée en 2020 et 68 M€ liés à l'actualisation des coûts de construction consécutive aux conséquences économiques de la pandémie⁸². En retenant une durée d'amortissement du projet de 40 ans⁸³, il s'ensuit une majoration de la dotation d'amortissement à constater chaque année au compte de résultat de 3,4 M€ par rapport au projet initial. Selon l'ordonnateur, la majoration pourrait être ramenée à 1,1 M€ en tenant compte du soutien supplémentaire de 90 M€ obtenu par l'établissement. En sus des autres risques pointés ci-avant, ce surcroît de charges modifie significativement l'équation du retour à l'équilibre que le CHU aura à résoudre.

⁸² Pour un coût total estimé à 522 M€ contre 320 M€ initialement prévus.

⁸³ Compte financier 2020 - état IC2 méthodes utilisées pour le calcul des amortissements « Bâtiments Gros Œuvre », 40 ans, linéaire.

ANNEXES

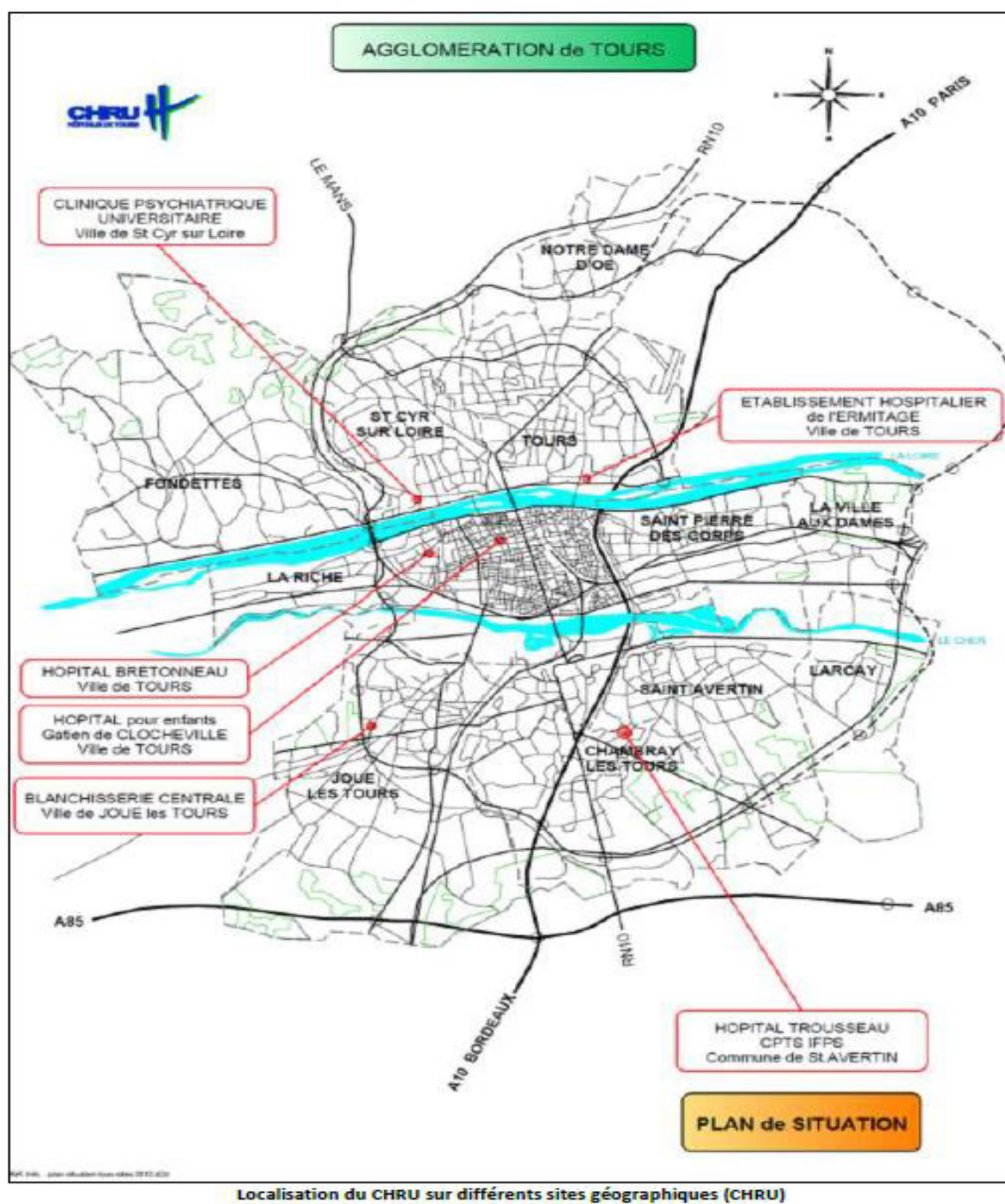
Annexe n° 1. Procédure	77
Annexe n° 2. Les différents sites du CHU de Tours	78
Annexe n° 3. Principales dates de la crise sanitaire de janvier 2020 à octobre 2021	79
Annexe n° 4. Évolution des résultats du CHU	80
Annexe n° 5. Glossaire	81
Annexe n° 6. Réponse.....	85

Annexe n° 1. Procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

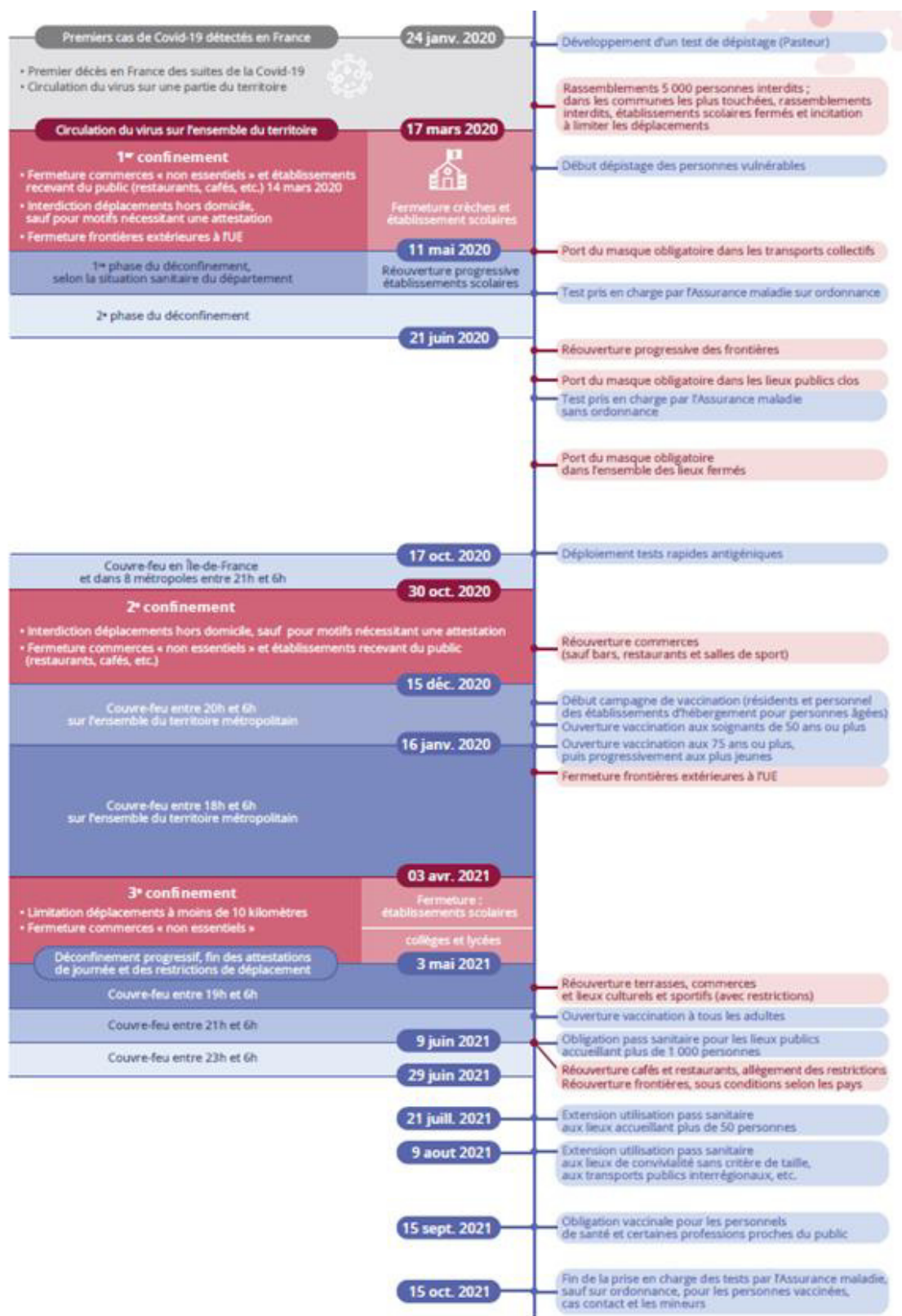
<i>Objet</i>	<i>Dates</i>	<i>Destinataires</i>	<i>Date de réception de la (des) réponse(s) éventuelle(s)</i>
<i>Envoi lettre d'ouverture de contrôle</i>	6 octobre 2021 reçue le 7 octobre 2021	Mme Marie-Noëlle Géraïn Breuzard, directrice générale du CHU de Tours	
<i>Délibéré de la chambre</i>	1 ^{er} mars 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	15 avril 2022 reçu le 15 avril 2022	Mme Marie-Noëlle Géraïn Breuzard	13 juin 2022
<i>Délibéré de la chambre</i>	12 juillet 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	26 juillet 2022 reçu le 26 juillet 2022	Mme Marie-Noëlle Géraïn Breuzard	12 août 2022

Annexe n° 2. Les différents sites du CHU de Tours



Source : Dossier d'enquête publique préalable à la déclaration de projet NHT sur compatibilité avec le PLU Chambray-lès-Tours

Annexe n° 3. Principales dates de la crise sanitaire de janvier 2020 à octobre 2021



Source : France, portrait social, Insee Références – Édition 2021 – La crise sanitaire en quelques dates

Annexe n° 4. Évolution des résultats du CHU

Évolution du résultat global et des résultats par budgets

Comptes de résultat		2020			2019		
En €	Activités suivies	Charges	Produits	Résultat	Charges	Produits	Résultat
Hôpital (H)	Activités de soins, de recherche et de formation médicales	746 002 861	740 432 194	- 5 570 667	701 485 779	696 810 547	- 4 675 232
Écoles et instituts de formations (C)	Instituts de formation (IFSI, IFAS ...)	7 879 012	8 112 082	233 070	8 134 226	8 517 856	383 630
EHPAD (E)	Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes	4 949 754	5 107 165	157 411	4 665 930	4 733 531	67 600
CRA (P1)	Centre de Ressources Autisme	1 773 447	1 609 236	- 164 211	1 557 595	1 693 532	135 936
CAMPS (P2)	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	1 394 512	1 412 751	18 240	1 353 040	1 394 030	40 990
CSAPA (P3)	Centre de Soins, Accompagnement, Prévention en Addictologie	2 271 695	2 253 693	- 18 002	2 175 632	2 306 881	131 248
EMSP (P5)	Équipe Médico-Sociale de Psychiatrie	305 758	338 008	32 250			-
GHT (G)	Groupeement Hospitalier de Territoire	549 990	549 990	-	509 480	509 480	-
Résultat global du CHU		765 127 028	759 815 119	- 5 311 909	719 881 683	715 965 856	- 3 915 827

Source : comptes financiers 2019 et 2020.

Annexe n° 5. Glossaire

AC	Aides à la contractualisation
ACE	Acte de consultation externe
ADN	Acide désoxyribonucléique
AMAVI	Accueil massif de nombreuses victimes non contaminées
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APAC	Attractivité, performance et accompagnement du changement
AP-HM	Assistance publique - Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ARN	Acide ribonucléique
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BALF	Boîte aux lettres fonctionnelle
BFR	Besoin en fonds de roulement
c/xx	Compte n° xx
CAF	Capacité d'autofinancement
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CDU	Commission des usagers
CEC	Centre d'exploration clinique
CGR	Cellule de gestion des risques
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CIRI	Centre international de recherche en infectiologie
CJF	Code des juridictions financières
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
COVID	Corona virus disease
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre de ressources autisme
CRC	Chambre régionale des comptes
CREA	Compte de résultat analytique
CRPP	Compte de résultat principal
CRUQ-PC	Commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge
CSAPA	Centre de soins, accompagnement, prévention en addictologie
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique extraordinaire
CTI	Complément de traitement indiciaire
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique

CVDL	Centre-Val de Loire
DA	Diagnostic associé
DAF	Dotation annuelle de financement
DAF	Direction des affaires financières
DAS	Diagnostic associé significatif
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHLS	Direction de l'hôtellerie, de la logistique et de la salubrité
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMS	Durée moyenne des séjours
DNA	Dotation non affectée
DP	Diagnostic principal
DQPPS	Direction de la qualité, de la patientèle et des politiques sociales
DR	Diagnostic relié
Dr	Docteur
DRCI	Direction de la recherche clinique et de l'innovation
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS	Évènement indésirable grave
EMPS	Équipe médico-sociale de psychiatrie
ENS	École normale supérieure
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPI	Équipement de protection individuelle
EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
EPS	Établissement public de santé
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
FAQ	Foire aux questions
FDR	Fonds de roulement
FIFO	First in first out
FIR	Fonds d'intervention régional
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIS	Groupement d'intérêt scientifique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète ou conventionnelle
HCL	Hospices civils de Lyon
HJ	Hospitalisation de jour
HTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IESPE	Indemnité de service public exclusif
IFAS	Institut de formation d'aides-soignants
IFSI	Institut de formation de soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRM	Imagerie par résonance magnétique

IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de finances de la sécurité sociale
M€	Million(s) d'euro(s)
MAD	Mise à disposition
MCO	Médecine/chirurgie/obstétrique
Md€	Milliard(s) d'euro(s)
MEGA	Médicalisation des événements de grande ampleur
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NCT	Nouvelle clinique de Tours
NHT	Nouvel hôpital Trousseau
NOVI	Nombreuses victimes
NRBCE	Nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif de dépenses de l'assurance maladie
ORL	Otorhinolaryngologie
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé
ORSAN AMAVI	Organisation de la réponse du système de santé avec accueil massif de victimes non contaminées
ORSAN BIO	Organisation de la réponse du système de santé avec prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent
ORSAN CLIM	Organisation de la réponse du système de santé avec prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique
ORSAN EPI-VAC	Organisation de la réponse du système de santé avec organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle
ORSAN NRC	Organisation de la réponse du système de santé avec risque nucléaire, radiologique et chimique
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORSEC NOVi	Organisation de la réponse de sécurité civile nombreuses victimes
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PLU	Plan local d'urbanisme
PM	Personnel Médical
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnel Non Médical
POI	plan d'opération interne
Pr	Professeur
PSLV	Pôle santé Léonard de Vinci
PUI	Pharmacie à usage intérieur
PV	Procès-verbal
REB	Risque épidémique et biologique
RETEX	Retour d'expérience
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSS	Résumé de sortie standardisé
RT-PCR	Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction
RUM	Résumé d'unité médicale
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SARS-Cov-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SC	Soins critiques
SC	Surveillance continue
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SF2S	Société française des sciences de la stérilisation
SIDEP	Système d'information de dépistage populationnel
SIG	Solde intermédiaire de gestion
SIMEES	Service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé

SIVIC	Système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNDS	Système national des données de santé
SSE	Situations sanitaires exceptionnelles
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TAG	Test antigénique
TBFEPS	Tableau de bord financier des établissements publics de santé
TMPRSS2	Transmembrane protease serine 2
TTC	Toutes taxes comprises
UCBL1	Université Claude Bernard Lyon 1
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMR	Unité mixte de recherche
USC	Unité de soins critiques
USC	Unité de surveillance continue
USLD	Unité de soins de longue durée
VAM	Variation annuelle moyenne

Annexe n° 6. Réponse



Marie-Noëlle Gerain Breuzard
Directrice Générale
dg@chu-tours.fr

Richard Dalmasso
Directeur Général Adjoint
dg@chu-tours.fr

Pauline Bernard
Secrétaire Générale
p.bernard@chu-tours.fr

Secrétariat
☎ 02.47.47.37.49
☎ 02.47.47.36.75

Références à rappeler :

DG/2022-067
MNGB/RD/CF

Madame la Présidente
Cécile DAUSSIN-CHARPANTIER
Chambre Régionale des Comptes
15 rue d'Escures
BP 2425
45032 ORLEANS Cedex

Tours, 5 août 2022

Madame la Présidente,

Par courrier du 26 juillet 2022, vous m'avez transmis le rapport d'observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion du CHU de Tours pour les exercices 2017 et suivants.

Vous avez bien voulu intégrer dans ce rapport l'ensemble des propositions suggérées par notre courrier du 8 juin, ce dont je vous remercie. De ce fait, nous n'avons pas d'observations complémentaires à formuler.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, en l'assurance de ma haute considération.

La Directrice Générale
du CHU de Tours

~~La Directrice Générale~~ par délégation,
~~Le Directeur Général Adjoint,~~
Marie-Noëlle GERAIN BREUZARD
Richard DALMASSO



Les publications de la chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire

Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

centrevaleloire@crtc.ccomptes.fr