



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Centre hospitalier départemental
La Candélie
(Département de Lot-et-Garonne)

Exercices 2015 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 4 octobre 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	5
LA PROCÉDURE.....	6
1 PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL LA CANDÉLIE	7
2 LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	10
2.1 Les structures de gouvernance	10
2.2 L'organisation en pôles et la contractualisation interne	10
3 LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	11
3.1 Le projet d'établissement 2017-2021.....	11
3.1.1 Le projet d'établissement du centre hospitalier	11
3.1.2 Le projet pour la maison d'accueil spécialisée (MAS) du Séguiran.....	12
3.2 Le bilan des actions inscrites dans le projet d'établissement 2017-2021	14
3.3 La visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté.....	20
3.3.1 Les conclusions du rapport du CGLPL.....	21
3.3.2 Le suivi de la mise en œuvre des recommandations du CGLPL	21
3.4 Le projet d'établissement 2022-2027.....	23
3.5 Le schéma directeur immobilier	24
3.5.1 Le schéma directeur intra-hospitalier	26
3.5.2 Le schéma directeur extrahospitalier	28
3.5.3 Le financement du projet immobilier	29
4 LES COOPÉRATIONS.....	31
4.1 Le GHT de Lot-et-Garonne	31
4.2 Les GCS	32
4.3 Les liens ville-hôpital.....	32
4.4 Le projet régional de santé (PRS)	33
4.5 Le projet territorial de santé mentale	33
4.6 Le CPOM.....	35
5 LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT	35
5.1 Les provisions	36
5.2 L'évolution des charges (comptes financiers)	36
5.3 L'évolution des produits (comptes financiers)	38
5.4 L'évolution des résultats	39
5.5 La capacité d'autofinancement	40
5.6 Le tableau de financement	41
5.7 La fiabilité des prévisions	42
5.7.1 Les prévisions de charges	42
5.7.2 Les prévisions de produits	43
5.7.3 Les prévisions de résultats	44
5.8 Le CHD La Candélie comparé à d'autres établissements de santé.....	45
5.9 Le bilan financier de la crise sanitaire	46

5.10 L'état de la dette.....	47
5.11 La soutenabilité du plan global de financement pluriannuel	48
6 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	49
6.1 L'évolution des effectifs	49
6.2 Le personnel non médical	50
6.2.1 Une stabilité globale de la structure des effectifs, malgré des difficultés de recrutement pour certaines catégories de personnel	51
6.2.2 L'absence d'analyse de l'adéquation des moyens humains avec l'activité	52
6.3 Le personnel médical	52
6.3.1 De graves difficultés de recrutement en raison d'une démographie médicale déclinante.....	53
6.3.2 Une politique d'attractivité pour freiner l'érosion des effectifs.....	55
7 LA GESTION DE LA PANDEMIE DE LA COVID-19.....	56
7.1 L'extrahospitalier.....	56
7.2 L'intra-hospitalier	56
7.3 Le RESEDA.....	57
7.4 Le contrôle du pass sanitaire des patients et des visiteurs	58
7.4.1 Le cadre légal du pass sanitaire	58
7.4.2 Les spécificités du secteur psychiatrique.....	58
7.4.3 L'application du dispositif au CHD.....	58
7.5 L'activité de l'établissement pendant la crise sanitaire	60
7.6 Les troubles psychiatriques post-Covid-19.....	61
7.7 L'impact de la crise sur la gestion des ressources humaines	62
7.7.1 Le télétravail : une mise en œuvre rapide mais non durable.....	63
7.7.2 L'obligation vaccinale	64
7.7.3 Un absentéisme en hausse significative.....	65
ANNEXES	68

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier départemental La Candélie (CHD), unique établissement public de santé mentale de Lot-et-Garonne, gère l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile du territoire.

Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Lot-et-Garonne depuis le 1^{er} juillet 2016, le CHD dispose de 246 lits d'hospitalisation complète et de 149 places pour les hospitalisations de moins d'un jour. Plus de 1 000 personnes travaillent au sein de l'établissement, avec une file active de près de 12 000 patients pris en charge (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année), en croissance structurelle. Le budget annuel de l'hôpital avoisine 70 M€ à la fin 2021 (tous budgets confondus), mais il doit réaliser d'importants investissements dans le cadre du nouveau schéma directeur immobilier, d'un coût estimé à 57 M€ au moins.

Le contrôle de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine, porte sur les exercices 2015 et suivants, jusqu'à la période la plus récente.

Le CHD a fait l'objet d'une visite du contrôleur général des lieux de privation de la liberté du 1^{er} au 11 juillet 2019. Consécutivement à cette visite, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a diligencé une mission d'inspection centrée sur l'activité d'hospitalisation complète adulte au sein de l'établissement, en juillet 2020, afin de s'assurer de la bonne prise en compte des recommandations issues du rapport provisoire du contrôleur général. Sur la base des constats de ces visites, un nouveau projet d'établissement a été élaboré en 2022.

Trois séries de constats peuvent être faits, dont découlent les préconisations suivantes :

- L'établissement a su s'adapter aux contraintes liées à la pandémie de la covid-19, sans devoir bouleverser durablement son fonctionnement interne ou diminuer drastiquement l'offre de soins, même si on observe en 2020 une baisse conjoncturelle de 18 % de nouveaux patients, faisant craindre des retards dans leur prise en charge. L'instauration du pass sanitaire pour les patients et les visiteurs et l'obligation vaccinale pour les soignants, n'ont pas conduit à paralyser le fonctionnement de l'établissement. Si la chambre estime que les efforts en matière de prévention de propagation de la pandémie doivent se poursuivre, il est nécessaire d'anticiper les troubles psychiatriques post-covid-19 qui se révèlent être « *une problématique majeure* ». Le CHD se trouve toujours sur une crête étroite entre la nécessaire protection des patients et des communautés médico-soignantes contre le risque infectieux et l'intérêt légitime des patients souffrant de troubles psychiatriques.
- À l'instar de nombreux établissements de santé du territoire, mais cette fois de manière structurelle, le CHD est confronté à une démographie médicale déclinante et préoccupante. Pour cette raison, la chambre recommande de poursuivre et d'intensifier les coopérations territoriales avec les autres acteurs de santé locaux afin de pouvoir répartir le plus efficacement possible les ressources humaines sur le territoire. Toutefois, la chambre note que ces coopérations ne permettront pas, en tout état de cause, à elles seules, de répondre au déficit de la démographie médicale.
- La mise en œuvre d'un projet architectural d'envergure, lié au projet médico-soignant apparaît indispensable pour adapter la configuration des locaux aux modalités de prise en charge optimale des patients. À ce titre, la chambre note qu'il a fallu attendre la

publication du rapport de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui faisait état « *des conditions d'hébergement indignes pour les patients* », pour que ce projet se concrétise enfin. Dans le cadre de cette opération, il est indispensable d'anticiper les surcoûts d'ores et déjà probables ainsi que d'actualiser le projet en fonction des incidences de la réforme du financement de la psychiatrie, encore inconnues à l'heure actuelle.

RECOMMANDATIONS

Au terme du présent contrôle, la chambre émet les recommandations suivantes :

Recommandation n° 1 : assurer le suivi et l'évaluation des six contrats de pôle mis en place au début de l'année 2022.

[en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 2 : revoir les projections financières pour la MAS du Séguiran, notamment pour prendre en compte des charges de structure réalistes.

[absence de réponse]

Recommandation n° 3 : adopter un projet médico-soignant de manière à disposer d'un projet d'établissement complet.

[mise en œuvre]

Recommandation n° 4 : mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, le schéma directeur immobilier en l'adossant au projet d'établissement.

[en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 5 : le volet financier du schéma immobilier en cours d'élaboration devra être actualisé, pour y intégrer les surcoûts éventuels ainsi que les conséquences du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, dès que les incidences concrètes de cette réforme seront connues.

[en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 6 : définir les besoins de prise en charge et les effectifs adaptés aux objectifs retenus auprès des patients dans chaque unité.

[absence de réponse]

LA PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier départemental La Candélie (CHD) a été inscrit au programme 2021 de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine.

Le directeur du CHD, M. Richard Campmas, a été informé de l'ouverture du contrôle par une lettre du président de la chambre régionale des comptes datée du 27 septembre 2021. Il en a accusé réception le même jour. Ses prédécesseurs, Mme Maryse Arnaud (actuellement directrice adjointe au CHD), en fonction du 3 mai 2019 au 19 janvier 2020, M. François Cuesta (actuellement directeur du groupement hospitalier de territoire Rance-Emeraude), en fonction du 18 janvier 2016 au 2 mai 2019 et M. Bruno Chauvin, en fonction du 1^{er} janvier 2015 au 17 janvier 2016 ont été informés par des courriers datés du même jour. Le président du conseil de surveillance a également été informé de l'ouverture du contrôle.

L'entretien d'ouverture de contrôle a été mené avec M. Richard Campmas, en présence de Mme Maryse Arnaud, le 12 octobre 2021.

Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus avec les précédents ordonnateurs, M. François Cuesta, le 22 décembre 2021, Mme Maryse Arnaud, le 11 janvier 2022, M. Bruno Chauvin, le 18 janvier 2022 et avec l'ordonnateur actuel, M. Richard Campmas, le 24 janvier 2022.

La chambre régionale des comptes a arrêté ses observations provisoires, le 9 mars 2022. Le rapport a été notifié, le 9 mai 2022, à M. Richard Campmas. Des extraits ont été transmis, le même jour, aux précédents ordonnateurs.

Des communications administratives ont également été transmises au directeur général de l'ARS, le 9 mai 2022 et à M. Diot, comptable, le 23 mai 2022.

Le rapport a également fait l'objet d'une communication dans le cadre de la FIJ « *Télétravail dans la fonction publique* ».

Les ordonnateurs successifs ont répondu le 5 juillet 2022, le 7 juillet 2022 et le 15 septembre 2022.

Le comptable a transmis sa réponse le 8 juin 2022.

Aucune réponse n'est parvenue du directeur général de l'ARS.

Lors de sa séance du 4 octobre 2022, la chambre régionale des comptes a formulé les observations définitives qui figurent au présent rapport.

1 PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL LA CANDÉLIE

N. B. : Les sigles employés dans le présent rapport sont développés en Annexe n° 10 et les termes spécialisés sont définis en Annexe n° 11.

Le centre hospitalier départemental La Candélie est un établissement public de santé à vocation psychiatrique implanté à Pont-du-Casse, commune limitrophe d'Agen, qui assure essentiellement des soins de santé mentale pour 331 000 habitants du Lot-et-Garonne. La sectorisation de l'activité en psychiatrie confie ainsi au CHD une vaste zone géographique d'un département rural caractérisé par un vieillissement de sa population. Depuis le 1^{er} avril 2010, le département est partagé en 3 secteurs géographiques de psychiatrie de l'adulte, un seul secteur couvre la psychiatrie infanto-juvénile et ce, depuis le 1^{er} octobre 2011.

Le CHD dispose, fin 2021, de 246 lits d'hospitalisation et 149 places (pour les hospitalisations de moins d'un jour). Les enfants et adolescents représentent un quart des patients. La majorité des patients sont initialement pris en charge dans les centres médico-psychologiques (CMP) qui ont vocation à être des pivots dans la prise en charge des patients.

Unique établissement en psychiatrie au sein de son territoire de santé, le CHD doit faire face à des difficultés structurelles, exacerbées par la crise de la pandémie de la covid-19, liées à une démographie médicale déclinante (27 % des postes disponibles de médecins n'étaient pas pourvus en 2019, un tiers en janvier 2020, et « *en comptant les arrêts maladie, les mises en disponibilité, les CET, l'établissement est à 45 % de postes vacants en psychiatrie adulte* », comme l'indique le président de la CME de l'établissement).

La survenue de la pandémie a exigé et nécessite toujours une adaptation continue du fonctionnement de l'établissement à la situation sanitaire et ce dans des délais très contraints. L'instauration d'un dispositif de soins intensifs de courte durée auprès d'adolescents, alternative à l'hospitalisation, le contrôle du pass sanitaire des patients et visiteurs ou encore la mise en place du télétravail, ont ainsi marqué le fonctionnement de l'établissement depuis le mois de mars 2020.

Sur le plan financier, la période sous revue laisse apparaître une situation globalement saine. Ainsi, le budget dégageait, jusqu'à la crise sanitaire et avant la concrétisation du projet immobilier en cours d'élaboration, un excédent chaque année. Toutefois, cet excédent est largement involontaire, dans la mesure où il s'explique par l'impossibilité de pourvoir les postes vacants de praticiens hospitaliers. Si ces postes étaient pourvus, l'établissement serait en déficit structurel chaque année. Eu égard à la démographie médicale déclinante, le risque ne réside toutefois pas dans l'apparition d'un déficit financier pour cette raison, mais davantage dans la difficulté à maintenir l'offre de soins sur le territoire, compte tenu de la pyramide des âges des médecins.

Si l'établissement dispose de ressources financières nécessaires pour entreprendre un ambitieux projet immobilier de 57,79 millions d'euros, avec l'aide de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, il devra néanmoins veiller à inscrire ce projet dans une trajectoire financière compatible avec la réforme du financement des activités de psychiatrie, intervenue avec la publication du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021.

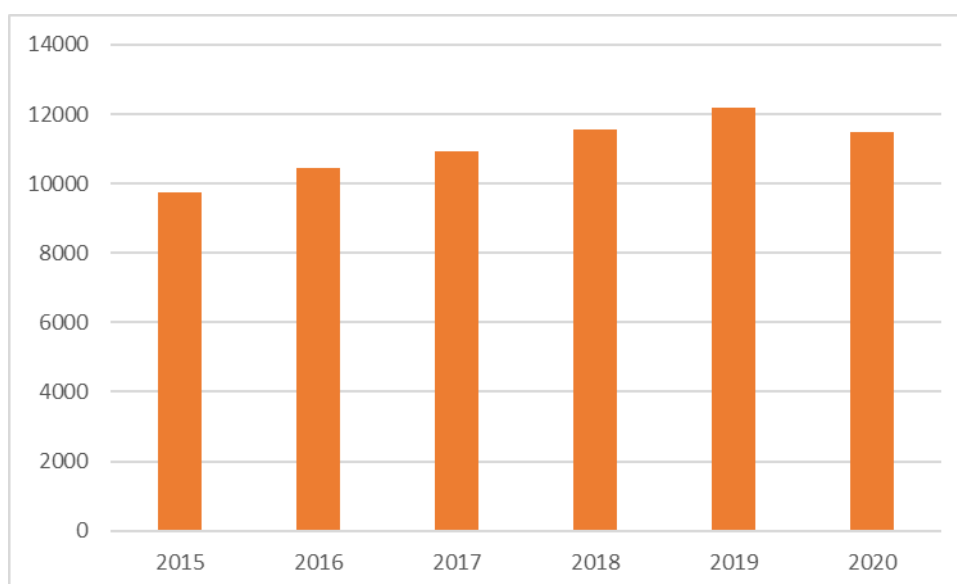
Sur le plan institutionnel, l'établissement, structuré en neuf pôles jusqu'en 2019, a été restructuré fin 2019, en raison d'un effectif médical insuffisant. L'établissement comporte

aujourd'hui trois pôles de psychiatrie adulte pour trois secteurs, un pôle de pédopsychiatrie, un pôle adolescent, deux pôles cliniques qui regroupent les autres services de l'hôpital : « *Perspectives* » et « *Cassiopée* » et un pôle administration, logistique et activités techniques (Palat).

Quelques 1 070 personnes assurent le fonctionnement de l'hôpital, dont une cinquantaine de médecins.

Le nombre de patients pris en charge chaque année est en croissance régulière, certes interrompue provisoirement par la pandémie, mais qui devrait néanmoins atteindre environ 12 000 patients en 2021 (quelle que soit l'intensité de cette prise en charge, entre hospitalisation longue et « *simple* » consultation). Ainsi, le nombre de patients pris en charge est passé de 9 753 en 2015 à 11 474 patients en 2020 (- 5,77 % par rapport à 2019). Cette croissance apparaît structurelle.

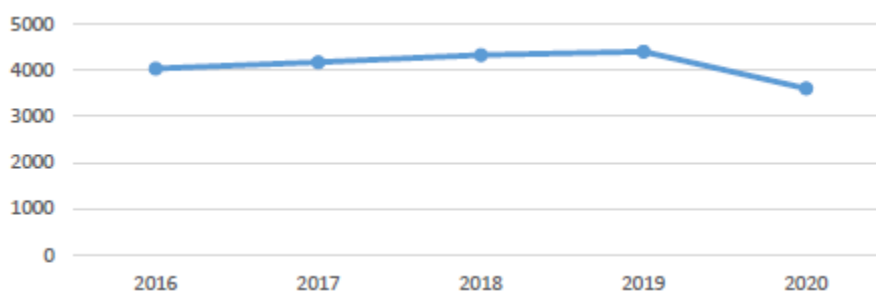
Graphique n° 1 : nombre de patients pris en charge au CHD



Sources : données du rapport d'activité 2020, de la présentation du CHD de 2018, du PV du conseil de surveillance du 28 juin 2017

La crise sanitaire a provoqué une baisse de près de 18 % du nombre de nouveaux patients, dont le nombre augmente depuis 2015, pour atteindre 3 606 en 2020.

Graphique n° 2 : nombre de nouveaux patients pris en charge au CHD



Source : rapport d'activité 2020

En revanche, le nombre de patients pris en charge en soins sous contrainte est en augmentation passant de 403 en 2018 à 520 en 2020.

L'âge moyen des patients est de 40 ans chez les femmes et de 34 ans chez les hommes. Les enfants et adolescents représentent un quart des patients. Les modes d'entrée en séjour s'effectuent à 45 % via les urgences, à 35 % d'un domicile, à 10 % d'un hébergement médico-social.

L'essentiel de l'activité du CHD est une activité extrahospitalière, (à hauteur de 80 % en ambulatoire). L'hôpital a ainsi développé des structures extrahospitalières (centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile), qui permettent d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients en évitant l'hospitalisation complète. L'établissement gère plus de 50 points de consultation en centres médicaux psychologiques. L'origine des patients pris en charge est l'Agenais pour 44,5 %, le Villeneuvois pour 29 % et le Marmandais pour 22,5 %¹.

L'établissement réduit progressivement le nombre de lits d'hospitalisation complète en son sein. Alors qu'au 30 juin 2018, selon les chiffres clés publiés sur le site internet de l'établissement, celui-ci comportait 300 lits d'hospitalisation complète et huit places d'hospitalisation à domicile (si on se réfère au dossier d'éligibilité déposé le 10 janvier 2020 auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, dans le cadre de l'instruction de son projet immobilier), on dénombre 246 lits d'hospitalisation et 149 places. Le rapport d'activité 2020 indique, quant à lui, que l'établissement dispose de 242 lits d'hospitalisation complète. Le projet immobilier en cours d'élaboration doit porter le capacitaire de l'établissement à 235 lits d'hospitalisation complète et 160 places pour les hospitalisations de moins d'un jour. Par ailleurs, la maison d'accueil spécialisées-MAS du Séguran peut héberger 48 résidents.

Le développement de l'offre extra hospitalière, de la prise en charge ambulatoire et de l'« *aller vers* » les patients constitue le fil conducteur du développement de l'hôpital.

Dans cette optique, l'objectif de faire des CMP le pivot du parcours patient, d'organiser l'amont et l'aval de la prise en soins et plus généralement d'inclure dans le parcours l'ensemble des acteurs impliqués, y compris ceux extérieurs à l'établissement, apparaissent déterminants. En particulier, afin de renforcer les liens ville-hôpital, le CHD La Candélie cherche à mieux se coordonner avec les médecins généralistes du secteur, d'autant plus incontournables que le nombre de psychiatres et de pédopsychiatres n'est pas suffisant sur le territoire.

Ainsi que le note la Haute autorité de santé, la détresse psychique est accueillie de façon habituelle par les médecins généralistes qui assurent la détection et le traitement des troubles légers et modérés, en particulier de la dépression et des troubles anxieux, et l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés, dans le cadre d'une prise en charge globale des patients.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté en cas de problème psychologique et les troubles mentaux représenteraient 15 % des consultations alors que les médecins généralistes sont à l'initiative de 90 % des traitements antidépresseurs.

¹ Source : projet territorial de santé mentale (PTSM) – Diagnostic territorial de Lot-et-Garonne – janvier 2020.

Par ailleurs, les troubles mentaux sévères, sont associés à des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale².

2 LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 Les structures de gouvernance

La composition et le fonctionnement des instances (conseil de surveillance, directoire, CME, CTE, CHSCT) de l'établissement sont conformes à la réglementation.

2.2 L'organisation en pôles et la contractualisation interne

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a consacré les pôles comme le seul niveau de structure interne obligatoire et le support d'organisation interne de l'hôpital public.

Dans le but de réaffirmer la place du pôle dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, le contrat de pôle, signé entre le chef de pôle et la direction, doit, en principe, préciser les objectifs du pôle, les délégations de gestion, les moyens, les contreparties, les indicateurs de suivi et d'évaluation. Cette contractualisation interne doit être cohérente avec les règles de fonctionnement internes de l'établissement, avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les orientations stratégiques de l'établissement et le projet d'établissement.

Dans le projet d'établissement 2017-2021, il est indiqué : « *en 2017, l'établissement s'est engagé dans l'élaboration de nouveaux contrats de pôle qui demandent notamment aux pôles de veiller au respect des grands équilibres de l'institution, notamment en matière budgétaire et financière* ».

Selon le projet d'établissement précité, la contractualisation interne devait :

- faciliter la mise en œuvre des projets du pôle s'inscrivant dans le projet d'établissement ;
- préciser les engagements respectifs pôle/institution en termes d'organisation, d'attribution des ressources, de simplification des procédures ;
- favoriser la responsabilité accrue de chaque membre de la communauté hospitalière.

Toutefois, la signature de ces contrats n'a pas abouti en 2021, puisque l'établissement a alors indiqué qu'il ne disposait pas de contrat de pôle. Les projets de contrat entre la direction et les chefs de pôles ont été discutés entre les deux parties, mais n'ont pas pu se concrétiser par une signature, en raison d'absence de consensus entre les parties prenantes.

En 2019, l'annonce du départ du président de la CME et le départ d'un chef de pôle ont conduit la directrice par intérim à prioriser la reconfiguration du périmètre des pôles. Dans le

² Source : guide de la HAS sur la Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, septembre 2018.

contexte d'une réécriture du projet d'établissement, la direction a privilégié de garantir le maintien d'un fonctionnement normal de l'établissement.

Les six contrats de pôles ont été signés au début de l'année 2022.

La chambre recommande d'en assurer le suivi et l'évaluation.

Recommandation n° 1 : assurer le suivi et l'évaluation des six contrats de pôle mis en place au début de l'année 2022.

3 LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

La période sous revue est notamment marquée par la définition et la réalisation du projet d'établissement 2017-2021.

L'établissement était en phase de définition de son futur projet d'établissement pour la période 2022-2027 durant le présent contrôle, ce qui a fait obstacle à sa prise en compte complète dans le cadre du présent rapport.

Le centre hospitalier s'est fait accompagner dans sa phase de réflexion sur le projet immobilier par un cabinet de conseil.

3.1 Le projet d'établissement 2017-2021

Le projet d'établissement se décline, d'une part, au niveau du centre hospitalier départemental La Candélie et, d'autre part, au niveau de la MAS du Séguran, qui dispose d'un budget annexe.

3.1.1 Le projet d'établissement du centre hospitalier

Le projet d'établissement défini pour la période 2017-2021, se proposait d'optimiser les coopérations avec les médecins généralistes, les autres établissements du GHT, d'assurer une meilleure coordination et coopération avec le médico-social et une meilleure lisibilité de l'offre de soins disponible sur le territoire.

Il proposait plusieurs « idées force » :

- faire des centres médico-psychologiques (CMP) le pivot du parcours patient avec une organisation de l'amont et de l'aval de la prise en soins des patients, incluant dans ce parcours l'ensemble des acteurs impliqués, y compris ceux extérieurs à l'établissement ;
- lutter contre la chronicisation des patients. Les patients chroniques ou déficients étant souvent hospitalisés plusieurs mois, en attente d'une orientation vers une structure médico-sociale ou d'une solution de sortie adaptée à leur état clinique ;
- améliorer le parcours-patient de l'enfant et de l'adolescent. À cet effet, le CHD a tissé des partenariats étroits avec de nombreux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

associatifs par le biais des journées d'activités d'intérêt général (AIG) de ses praticiens hospitaliers ;

- confirmer et développer les missions du pôle Addimed (addictologie) avec, notamment, la création d'une coordination avec les différents partenaires (sanitaires, sociaux, associatifs, culturels) et d'un accueil, pour les patients majeurs, en relais d'un soin spécifique en addictologie ;
- apporter de la valeur ajoutée aux missions de la pharmacie, afin d'optimiser les moyens de sécurisation du circuit du médicament et de prévenir le risque d'iatrogénie médicamenteuse ;
- soutenir et développer les projets innovants des pôles.

Ce faisant, le projet d'établissement pour les années 2017-2021 se tournait résolument vers le développement de l'offre extra hospitalière, de la prise en charge ambulatoire des patients et recommandait « *d'aller vers* » les patients. Il s'inscrivait parfaitement dans les orientations stratégiques régionales et nationales de cette période et poursuivies actuellement. Le centre de gravité du dispositif de soins devait devenir le domicile, l'hôpital l'exception. En effet, ainsi que le note à bon escient le projet d'établissement, un très fort investissement sur l'extra hospitalier, doit, en principe, permettre de limiter de manière importante le nombre d'hospitalisations. Pour atteindre cet objectif, l'équipe doit privilégier le déplacement sur le lieu d'hébergement pour assurer les soins, y compris les interventions psychosociales.

3.1.2 Le projet pour la maison d'accueil spécialisée (MAS) du Séguran.

La MAS du Séguran, située au 1 rue Alexandre Dumas également à Pont-du-Casse, est une structure médico-sociale rattachée au CHD. Ouverte en 2011, elle a été autorisée par arrêté préfectoral n° 2007-200-136 en date du 19 juillet 2007 pour une durée de 15 ans. L'année d'autorisation cadence le calendrier des évaluations internes et externes et du renouvellement d'autorisation.

La MAS du Séguran accueille et prend en charge des personnes déficientes psychiques. Elle assure les soins d'hygiène et de nursing, la poursuite des traitements et des activités occupationnelles qui visent au maintien, à l'amélioration des acquis ou à la prévention des régressions. La structure a pour spécificité d'accompagner une part plus importante de personnes présentant des déficiences intellectuelles et des troubles du psychisme que la majorité des autres MAS de la région Nouvelle-Aquitaine. 90 % des résidents étaient, avant leur admission, précédemment hospitalisés, 2 % proviennent du domicile familial et 8 % d'un établissement médico-social.

L'admission à la MAS est conditionnée par un agrément de la maison départementale des personnes handicapées. Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie, le forfait journalier, quant à lui, est à la charge du résident. La MAS du Séguran comporte quatre unités. Chaque unité dispose de 12 chambres, qui permettent d'accéder à une salle de bain avec toilettes et douche.

Avec une capacité de 48 places d'hébergement complet, la MAS présente un taux d'occupation supérieur à 90 % (93,17 % en 2018, 93,92 % en 2019, 95,10 % en 2020).

En 2020, les effectifs du personnel (66,45 ETPR) sont en hausse de 3,33 ETPR par rapport à 2019 (63,12 ETPR).

La MAS est soumise tous les six ans à une évaluation externe permettant de contrôler les conditions d'accueil, d'hébergement, de prise en charge, d'accompagnement et d'expression des résidents dans le respect de leurs droits. Malgré la pandémie de la Covid-19, l'évaluation externe de la MAS a eu lieu et le rapport de l'organisme a été transmis à l'ARS en juin 2020. Le renouvellement de l'autorisation actuelle est prévu pour 2022.

Graphique n° 3 : calendrier du renouvellement d'autorisation de la MAS



Source : d'après le rapport d'activité 2020 de la MAS

Le projet global d'établissement, avait pour objectif d'élaborer un projet spécifique pour la MAS du Séguran. Le projet de service de la MAS a été adopté en juin 2018.

Sur le plan financier, le compte annexe « *MAS du Séguran* » présente un résultat déficitaire sur toute la période, sauf en 2016, où le résultat est nul. La MAS dégage donc un déficit structurel, compensé par le budget de l'hôpital. À cet effet, les rapports d'activité pour les années 2017, 2018, 2019, constatent une insuffisance importante des crédits alloués pour les charges de structure, principalement celles concernant les provisions aux amortissements. Le rapport d'activité 2020 précise, qu'à la clôture de l'exercice 2020, « *la situation budgétaire met en exergue une insuffisance importante des crédits alloués pour les charges de structure depuis l'ouverture de la MAS* ». Le déficit consolidé (compte principal et compte annexe « *Mas du Séguran* ») s'élève à 133 113,50 euros au 31 décembre 2020.

Dans ce contexte, la chambre estime que les projections financières, contenues dans le plan global de financement pluriannuel jusqu'en 2030 ne sont pas réalistes. Atteindre l'équilibre budgétaire sur la prochaine décennie semble difficilement envisageable.

Tableau n° 1 : extrait du plan global de financement pluriannuel de la MAS

Compte de résultat principal de la MAS	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Total des charges	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000
Produits de la tarification	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000
Total des produits	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000	3 850 000
Résultat prévisionnel	0	0	0	0	0	0	0	0
Marge brute du CRPA	454 300	443 000	438 000	428 000	415 000	417 514	412 514	412 514
Taux de marge brute	11,80 %	11,51 %	11,38 %	11,12 %	10,78 %	10,84 %	10,71 %	10,71 %

Source : PGFP 2021-2030 de l'établissement

Recommandation n° 2 : revoir les projections financières pour la MAS du Séguran, notamment pour prendre en compte des charges de structure réalistes.

3.2 Le bilan des actions inscrites dans le projet d'établissement 2017-2021

Durant la période 2017-2021, l'établissement a procédé à un certain nombre de réorganisations, afin de pouvoir mettre en œuvre les orientations stratégiques de son projet d'établissement.

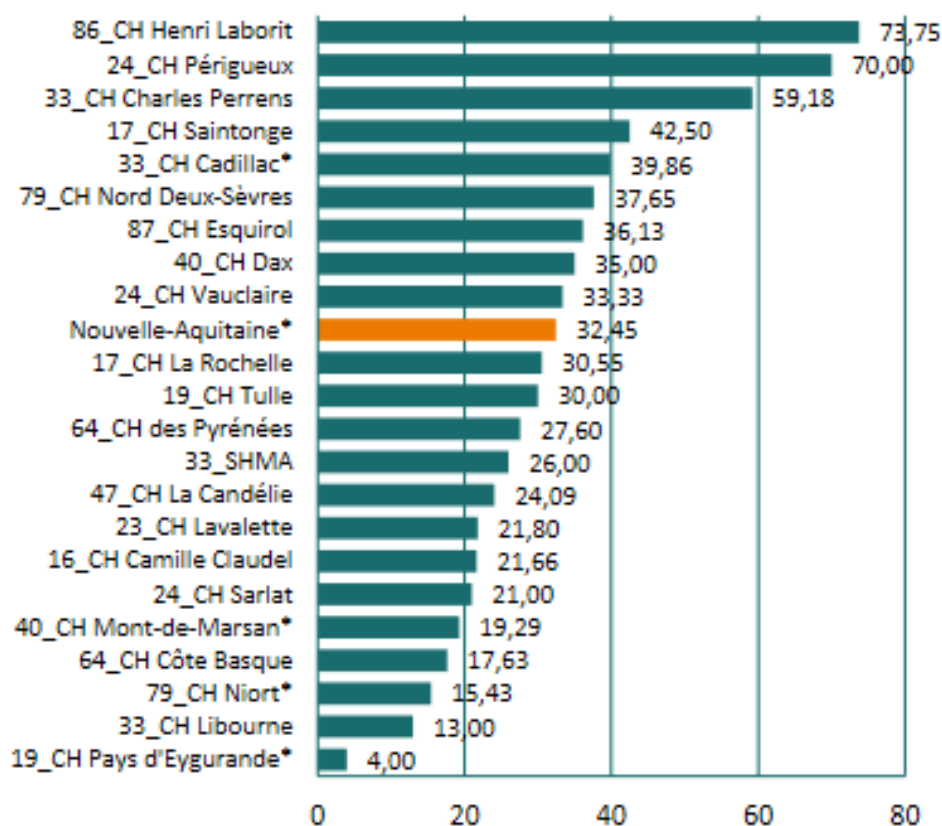
La pandémie de la covid-19 a également nécessité des adaptations dans la prise en charge des patients, souvent dans l'urgence, afin d'éviter la propagation du virus.

De manière spécifique, en ce qui concerne l'objectif de faire des CMP le pivot du parcours patient et de développer l'« *aller vers* » les patients, on peut faire les observations suivantes.

Les CMP sont au cœur de l'offre de soins publique en psychiatrie. Ainsi que l'indique l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport de juillet 2020 sur les CMP de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient, « (...) *Pivot du secteur, le CMP est censé déployer un large spectre d'interventions en articulation avec d'autres acteurs, le tout en proximité. Or cette organisation est mise à mal par une augmentation de la demande de soins psychiques (...)* ». Tel est le cas du CHD, en raison d'une baisse du nombre de médecins et d'une hausse concomitante du nombre de patients fréquentant l'établissement.

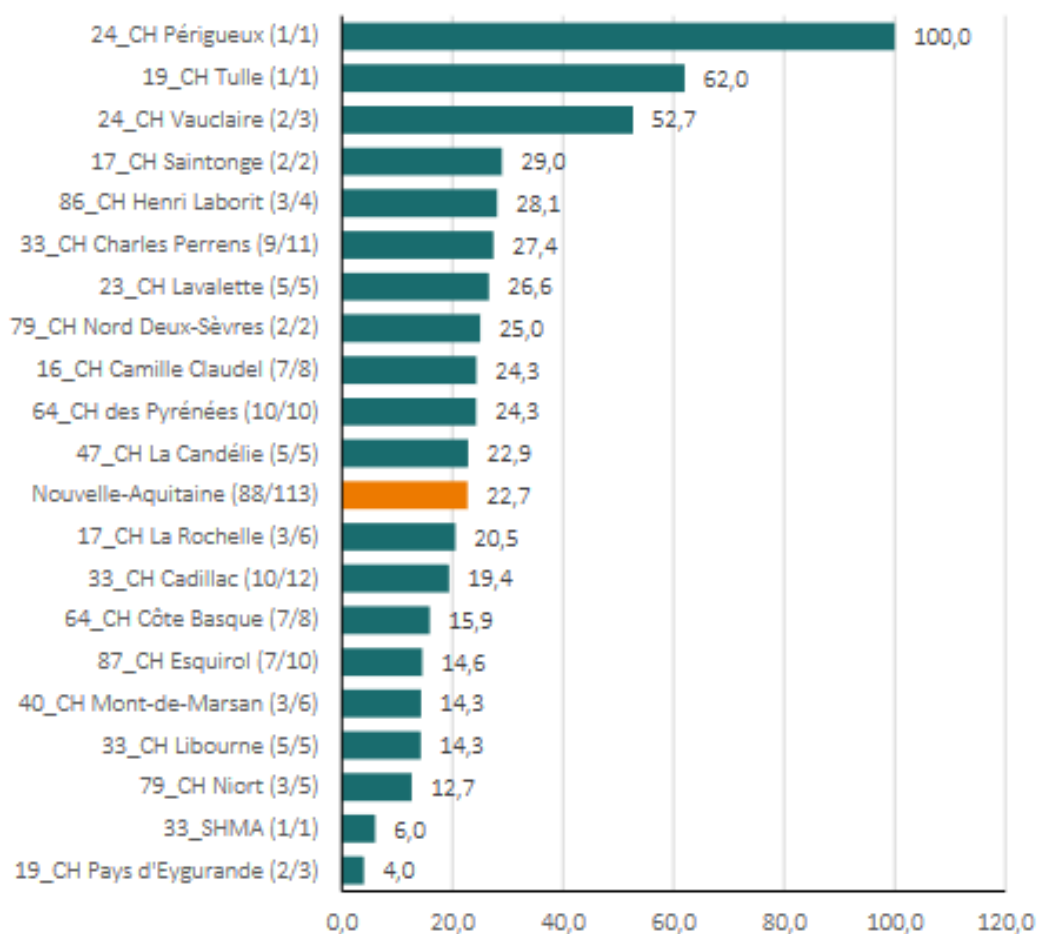
Il en résulte un temps de présence des médecins psychiatres inférieur à la moyenne (32,4 heures par CMP) et la médiane (26 heures) régionale pour les CMP adultes et pour les CMP infanto-juvéniles (moyenne de 22h19, médiane de 19h).

Graphique n° 4 : nombre moyen d'heures de présence de psychiatres à l'échelle des centres hospitaliers dans les CMP adultes de Nouvelle-Aquitaine



Source : les centres médico-psychologiques de Nouvelle-Aquitaine, Rapport 059-2 – Volet 2 – Mai 2019, observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine

Cette faible présence médicale est compensée, au niveau des CMP infanto-juvéniles, par un temps de présence hebdomadaire des psychologues plus important (74,8 heures pour une moyenne régionale de 40,1 heures). En ce qui concerne les CMP pour adultes, le temps de présence de psychologues est légèrement supérieur à la moyenne régionale. Face au problème de démographie médicale, l'établissement a mis en place des palliatifs en s'appuyant sur les psychologues et les infirmiers.

Graphique n° 5 : nombre moyen d'heures de présence de psychologues à l'échelle des centres hospitaliers dans les CMP adultes de Nouvelle-Aquitaine

Source : les centres médico-psychologiques de Nouvelle-Aquitaine, Rapport 059-2 – Volet 2 – Mai 2019, observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine

Le délai pour obtenir un 1^{er} rendez-vous infirmier a évolué de la manière suivante :

Tableau n° 2 : délai de 1^{er} rendez-vous en CMP

Site	2017	2019	2020
Casteljaloux	7 à 15 jours	15 à 28 jours	18 jours
Marmande	14 à 21 jours	7 à 10 jours	19 jours
Miramont	-	14 jours	14 jours
Tonneins	7 à 10 jours	7 à 10 jours	9 jours

Sources : diagnostic territorial de Lot-et-Garonne, janvier 2020 et CHD, rapport du DIM, bilan d'activité PMSI 2020

Il est possible de comparer ces chiffres à la moyenne régionale qui était de 13,2 jours en 2018, pour les CMP pour adultes (la moitié des patients vus par un infirmier l'ont été sous huit jours) et de 21,3 jours pour les CMP infanto-juvéniles, en ce qui concerne les rendez-vous

infirmiers (pour les adultes, les rendez-vous d'évaluation des nouveaux patients sont réalisés dans 81 % des cas par un infirmier. Le délai de rendez-vous est nettement plus court lorsque la consultation est réalisée par un infirmier ou un psychologue que par un psychiatre. Pour les enfants, les chiffres sont plus contrastés).

On constate que malgré le redéploiement de ressources humaines supplémentaires vers l'extra hospitalier, avec notamment la fermeture de l'unité d'hospitalisation « *Gauguin* » le 31 janvier 2018, les besoins croissants des usagers n'ont pas permis de réduire ces délais.

Concernant l'objectif affiché du CHD de faire des CMP le « pivot » du parcours patient, le rapport précité de l'IGAS indique que « *[l]a part des CMP dans l'activité ambulatoire varie entre 44,8 % et 77,7 % selon les départements. Cela montre qu'en fonction des lieux, le CMP est plus ou moins le centre de l'activité ambulatoire et que celle-ci est parfois plus assurée autrement ou ailleurs (hôpital, domicile du patient, établissement médico-social, etc.). Cela pourrait suggérer que le CMP n'a pas systématiquement une fonction de pivot* ».

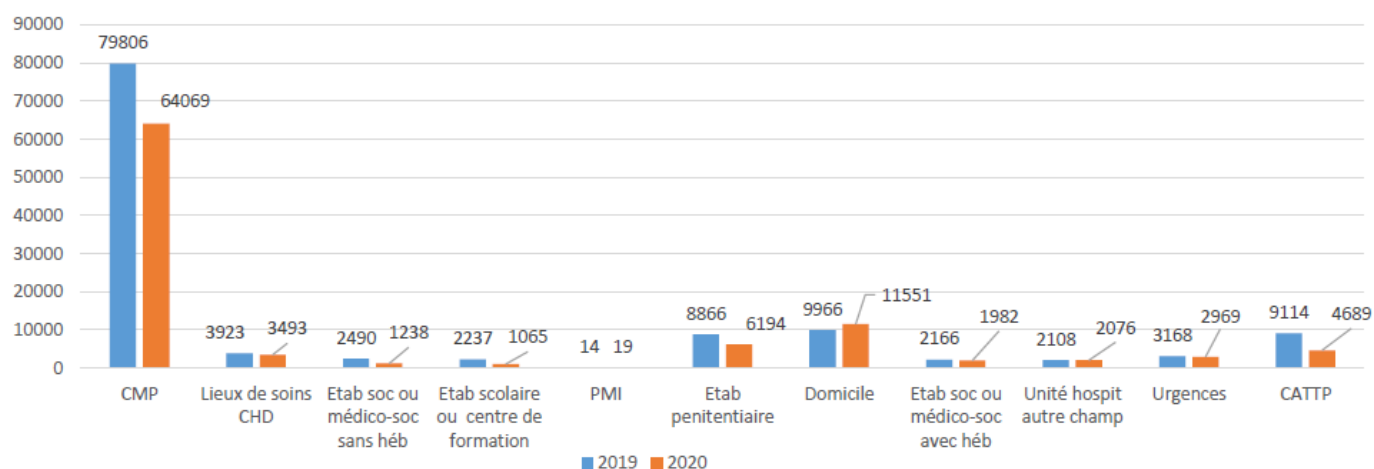
Ainsi que le précise l'observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine, « *101 902 patients ont été vus dans les CMP adultes de la Nouvelle-Aquitaine en 2016. Ce chiffre désigne les patients sans double compte (SDC) c'est-à-dire ayant consulté au moins une fois dans l'année. La file active des CMP adultes est 2,7 fois supérieur à celle du secteur infanto-juvénile (37 400 patients). Ce nombre de patients vus en CMP adultes représente les deux tiers de l'ensemble des patients pris en charge en filière ambulatoire de psychiatrie. L'ambulatoire comprend les activités de CMP, de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou d'autres unités ambulatoires (atelier thérapeutique...). Ce taux varie selon les établissements, de 37 % au CH d'Eygurande à 100 % au CH Nord Deux-Sèvres. Cette part est plus faible que pour le secteur infanto-juvénile (84 %). L'activité ambulatoire autre qu'en CMP est beaucoup plus développée pour les adultes que pour le secteur infanto-juvénile* ».

Pour le CHD, ce pourcentage était de 64,4 % en 2016.

Si on se réfère à l'évolution des actes (hors entretiens téléphoniques) selon le lieu, en 2019 et 2020, on constate la prépondérance des CMP dans le dispositif de prise en charge de patients. Cette volonté de conserver les CMP comme pivot du dispositif patients est corroborée par les procès-verbaux des réunions des différentes instances. Ainsi, lors du directoire du 9 septembre 2021, il a été décidé que le développement de l'HAD se fera à partir des CMP, sauf pour le territoire agenais. Par ailleurs, lors du directoire du 9 décembre 2021, il a été acté que « *le site internet du CHD va évoluer vers une nouvelle présentation qui permettra d'accéder, dès la page d'accueil, aux informations nécessaires à la prise de rendez-vous en CMP. Un moteur de recherche à double entrée, âge du patient et lieu de vie (code postal), permettra d'identifier la structure adaptée. En fonction du paramétrage de l'outil, celui-ci peut orienter soit vers le CMP pivot pour toutes les demandes soit vers le CMP le plus proche du lieu de vie* ».

Faire des CMP le « pivot » du parcours patient ne doit toutefois pas conduire à l'abandon des autres modalités de prise en charge, lorsque ces modalités sont plus appropriées. À cet effet, pendant la pandémie de la Covid-19, l'activité des CMP a été réduite par mesure de prévention vis-à-vis des professionnels et des patients, avec, en contrepartie, un déploiement plus important des visites à domicile (+ 15,9 % d'actes).

Graphique n° 6 : évolution des actes, selon le lieu, entre 2019 et 2020, hors entretiens téléphoniques



Source : rapport du DIM, bilan d'activité PMSI 2020

Le renforcement du rôle des CMP a conduit à l'installation de l'équipe du CMP adultes dans les locaux de la maison de santé pluridisciplinaire de Miramont de Guyenne alors que les CMP infanto-juvéniles et adultes ont intégré les locaux de la maison de santé pluridisciplinaire de Casteljaloux en septembre 2021.

Par ailleurs, les faits suivants peuvent être notés sur la période sous revue :

- trois conseils locaux en santé mentale (CLSM) ont été installés en 2018, avec une mise en place de commissions d'étude de situations complexes sur Agen et Villeneuve-sur-Lot, et une veille d'urgence sociale sur le marmandais. Le périmètre du CLSM villeneuvois a été étendu au niveau du territoire de l'agglomération, tout comme le CLSM de Marmande étendu à l'agglomération Val de Garonne ;
- l'ouverture d'une consultation infirmière au sein de la maison de santé pluridisciplinaire des Haras ainsi qu'au sein de la maison de santé pluridisciplinaire d'Astaffort. Toutefois, en ce qui concerne cette dernière, le partenariat a été arrêté en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire. Il convient d'observer que la maison de santé pluridisciplinaire d'Astaffort, inaugurée en 2015 est aujourd'hui menacée dans son fonctionnement-même en raison de l'impossibilité de remplacer les départs à la retraite des médecins qui y exercent ;
- le développement d'une collaboration avec les groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre des travaux menés pour la mise en place de la maison des usagers, ouverte en septembre 2021 ;
- la constitution d'un GCS de santé mentale. Lors de la pandémie de la Covid-19, ce GCS a prouvé son utilité immédiate avec le soutien de l'EMGP du CHD, aux EHPAD publics membres, avec le renfort d'un mi-temps de psychologue et d'un IDE ;
- l'inauguration du service d'handisanté 47, le 12 mars 2018, pour prendre en charge les personnes qui présentent des troubles du spectre autistique (bilan diagnostique, suivi) et/ou un handicap mental les écartant de l'accès aux soins somatiques en médecine de ville (population dans la précarité, apragmatique, c'est-à-dire qui n'est pas adaptée aux structures de la vie courante, de l'expérience pratique, de l'action, etc.). Par ailleurs,

l'établissement a procédé à des recrutements de médecins somaticiens au printemps 2021. Pour le directeur *« ces recrutements vont permettre les bilans somatiques et si ces praticiens restent au sein du CHD, d'autres perspectives pourraient être envisagées »*. La chambre s'interroge sur la pérennisation de ces recrutements ;

- le déploiement de la téléconsultation en lien avec le GHT. Les outils de télémédecine sont utilisés pour la prise en charge des patients dans trois domaines : la téléconsultation entre CMP et les établissements pénitentiaires pour les détenus, téléconsultation pour les patients des EHPAD suivis par la gériatrie-psycho et les CMP et la téléconsultation dans le cadre du support aux structures médico-sociales accompagnant des patients en situation de handicap relevant de la filière des patients déficients et/ou chroniques.

En ce qui concerne le développement de la réhabilitation psycho-sociale, le CHD a répondu à un avis d'appel à candidature de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour mettre en œuvre un projet d'organisation et de fonctionnement répondant au cahier des charges relatif à la labellisation des structures de soins de réhabilitation psycho-sociale de proximité. En décembre 2019, l'ARS a retenu le projet du CHD qui dispose d'une labellisation de cette activité.

En matière de lutte contre la chronicisation des patients, une fédération de soins psychiatriques prolongés a été mise en place et dispose d'une charte institutionnelle. En revanche, la création d'une unité cognitivo-comportementale (UCC), prévue au sein du groupement hospitalier de territoire n'a pas vu le jour.

Concernant la confirmation et le développement des missions de l'ancien pôle Addimed, le parcours départemental d'addictologie a été labélisé et cette activité est identifiée dans les actions du projet territorial de santé mentale.

L'objectif d'apporter de la valeur ajoutée aux missions de la pharmacie s'est concrétisé par un projet de réorganisation de l'activité pharmaceutique, différent de celui prévu par le projet médico-soignant initial. Le nouveau projet est envisagé avec le centre hospitalier Agen-Nérac dans le cadre des travaux menés au sein du GHT, ce qui démontre la difficulté d'articuler les projets internes à l'établissement avec les projets co-construits à l'échelle du territoire.

Concernant la question du soutien et du développement des projets innovants, l'établissement s'est inscrit dans le dispositif de prévention du suicide « Vigilans », avec un déploiement conforme au calendrier régional.

Le dispositif « Vigilans » a pour objectif de contribuer à une baisse de la mortalité et de la morbidité par suicide, dans une population de sujets suicidants. Ce dispositif consiste en un système de recontact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont contact avec elle.

Comme indiqué précédemment, la signature des contrats de pôles n'a pas abouti en 2021, la précédente direction et les chefs de pôles n'ayant pu parvenir à un consensus. Cette contractualisation n'est intervenue qu'au début de 2022. La signature des contrats de pôles, bien que tardive, est désormais effective.

3.3 La visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté

Six contrôleurs du CGLPL³ ont effectué une visite du CHD du 1^{er} au 11 juillet 2019. Consécutivement à cette visite, un rapport de constat a été envoyé le 16 octobre 2019 à la directrice par intérim de l'établissement, au préfet du département, au directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et au président du tribunal de grande instance d'Agen. Le rapport définitif du CGLPL a été publié sur le site internet du CGLPL.

Ce rapport, particulièrement critique en ce qui concerne la prise en charge intra-hospitalière des patients, pointe un certain nombre de dysfonctionnements, avec des pratiques qui restent à ce jour anciennes et sur certains aspects, sources de maltraitance institutionnelle. Le CGLPL indique que ses constats ont amené le CHD à s'interroger sur ses pratiques et que certaines recommandations ont été prises en compte. En particulier, le CGLPL cite les atteintes à la dignité telles que la mise à nu des patients à risque suicidaire, qui a été supprimée, l'information des usagers par un livret d'accueil actualisé et une meilleure notification des droits, sur un registre de la loi remis en conformité avec les textes ou encore, l'installation de bouton d'appel dans les chambres des patients. Cependant, pour le CGLPL, les atteintes portées à la liberté d'aller et venir, de même que les mesures d'isolement dans des conditions indignes, avec absence d'accès à l'eau et aux toilettes, ne sont pas corrigées et sont renvoyées à l'élaboration d'un futur projet médico-soignant et à la réflexion collégiale préalable à celui-ci.

Consécutivement à la publication du rapport du CGLPL, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a diligenté une mission d'inspection centrée sur l'activité d'hospitalisation complète adulte au sein de l'établissement, les 8, 9 et 10 juillet 2020 et le ministre de la santé, par une lettre en date du 23 avril 2021, a informé le CGLPL que sur la base des constats de la visite et de la mission précitée d'inspection de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, « (...) *un nouveau projet d'établissement doit être présenté par le directeur, d'ici la fin de l'année 2021. Ce projet devra être construit de manière pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. Il devra inclure un nouveau projet médico-soignant orienté autour du parcours patient, organiser la transversalité des services et des pratiques médicales et paramédicales prenant en compte la qualité, la sécurité des prises en charge, ainsi que le respect des droits des patients. La prise en charge somatique devra être également un axe du nouveau projet médical de l'établissement (...)* ». Par ailleurs, le projet d'établissement sera couplé à un schéma directeur immobilier. Le ministre indique que les recommandations du rapport final feront l'objet d'un suivi par la délégation départementale de Lot-et-Garonne dans le cadre du suivi de l'inspection et que le dialogue de gestion de l'établissement sera aussi un moment privilégié d'échanges pour faire un point d'étape sur les actions réalisées.

C'est donc grâce à la publication du rapport du CGLPL que des pratiques inacceptables au niveau de la prise en charge des patients ont pu être revues au sein de l'établissement et que le projet immobilier pourra enfin voir le jour.

³ Créée par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui a le statut d'autorité administrative indépendante, peut visiter à tout moment, tout lieu où des personnes sont privées de liberté y compris au sein des établissements de santé et plus particulièrement au sein des établissements ou unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers) et des chambres sécurisées au sein des hôpitaux.

3.3.1 Les conclusions du rapport du CGLPL

Le rapport du CGLPL dresse une liste de trois bonnes pratiques, c'est-à-dire des pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté et peuvent ainsi servir de modèle à d'autres établissements comparables (tous les patients bénéficient d'un shampoing et d'une coupe gratuite chez le coiffeur ; le médecin psychiatre et l'infirmier ou l'infirmière (IDE) de psychiatrie participent chaque matin au staff des urgences ; une armoire sécurisée de continuité des soins permet un accès aux médicaments pour les services pendant les moments de fermeture de la pharmacie). Y figurent également 36 recommandations et une proposition à destination de l'ARS de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, demandant à l'agence de concevoir, au sein du territoire de santé, un dispositif formalisé de réponse aux urgences psychiatriques afin de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé adapté.

Parmi les recommandations du CGLPL, figurent, notamment, la nécessité d'établir un réel projet médico-soignant, l'importance de lancer le projet immobilier, la question de l'organisation des soins, le temps de présence des médecins dans les unités de soins ou la nécessité de créer un comité d'éthique mais également des recommandations qui portent sur les dotations perçues par l'établissement, jugées insuffisantes.

3.3.2 Le suivi de la mise en œuvre des recommandations du CGLPL

Outre les 36 recommandations du CGLPL qui figurent dans le rapport définitif, 18 recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par le CHD.

Concernant les conclusions du rapport, la direction du CHD a précisé à la chambre que pour l'ensemble des recommandations formulées initialement par le CGLPL, elle a présenté un plan d'actions dont la réalisation a fait l'objet d'un suivi, dès la fin de l'année 2019 et qui a conduit le CGLPL à maintenir 36 recommandations, dans son rapport définitif. En octobre 2020, un comité de pilotage consacré au suivi des recommandations du CGLPL a été mis en place, en vue de piloter les travaux relatifs à la mise en œuvre de ces recommandations. 22 recommandations ont été intégrées dans le projet d'établissement (projet médico-soignant ou schéma directeur immobilier).

Dans sa recommandation n° 28, le CGLPL indique que « *[l]es patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre deux fois par jour, ainsi que d'un examen par un généraliste* ».

Cette recommandation du CGLPL est antérieure à la modification du code de la santé publique, qui encadre les mesures d'isolement et de contention, pour se conformer à la jurisprudence de 2020 et 2021 du Conseil constitutionnel spécifique aux mesures d'isolement et de contention.

Ainsi, pour prévenir les risques de fuite ou de passage à l'acte violent, une personne en hospitalisation sous contrainte peut faire l'objet de pratiques contraignantes, telles que le placement en chambre d'isolement (c'est-à-dire dans une chambre fermée à clé), et à des mesures de contention (manuelle, mécanique ou médicamenteuse).

Ces mesures ont fait l'objet d'un premier encadrement législatif, par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui a créé l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Prises pour « *une durée limitée* », sous surveillance médicale, mais sans qu'un seuil légal ne soit fixé, le Conseil Constitutionnel a considéré, dans sa décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, que les mesures d'isolement et de contention constituaient des mesures privatives de liberté distinctes de la mesure d'hospitalisation sans consentement et qu'en l'absence de durée maximale encadrant leur application et de contrôle du juge judiciaire, ces dispositions ne respectaient pas les exigences de l'article 66 de la Constitution. Le Conseil Constitutionnel a reporté leur abrogation au 31 décembre 2020 de manière à permettre au législateur d'en adopter de nouvelles.

Pour répondre aux exigences constitutionnelles qui découlent de la décision QPC précitée, le législateur a adopté des dispositions fixant des durées maximales pour l'isolement et la contention qui soient conformes aux recommandations de la HAS et instaurant et précisant les modalités du contrôle du juge des libertés et de la détention sur ces mesures.

L'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a modifié par conséquence le code de la santé publique.

La durée maximale d'une mesure d'isolement est fixée à 12 heures. Cette mesure peut s'accompagner d'une mesure de contention dont la durée est limitée à 6 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, la mise en œuvre de ces mesures peut être renouvelée, par périodes maximales de respectivement 12 et 6 heures, et dans la limite d'une durée totale de 48 heures pour l'isolement et de 24 heures pour la contention. Une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins 48 heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. Le médecin peut, à titre exceptionnel, prolonger l'application de ces mesures au-delà de ces durées totales de 48 heures et de 24 heures.

Par une décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, le Conseil Constitutionnel a jugé qu'en vertu des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue de loi précitée du 14 décembre 2020, « *le médecin peut décider de renouveler les mesures d'isolement et de contention au-delà des durées maximales prévues par le législateur, sans limitation du nombre de ces renouvellements. Dans ce cas, les dispositions contestées prévoient, d'une part, que le médecin est tenu d'informer sans délai le juge des libertés et de la détention de sa décision, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à cette prolongation. Elles prévoient d'autre part qu'il en informe la personne qui fait l'objet de la mesure d'isolement ou de contention ainsi que les autres personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, qui peuvent également saisir le juge pour demander la mainlevée de cette mesure. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention au-delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution* ».

L'article 17 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique a de nouveau modifié les dispositions du code de la santé publique, pour tenir compte de la censure opérée par le Conseil Constitutionnel.

La direction du CHD a indiqué à la chambre, que dans le cadre du suivi des recommandations du CGLPL, l'établissement a réalisé une évaluation des pratiques d'isolement, avec la mise en place au 1^{er} janvier 2021 de la réforme de la contention et de l'isolement.

Les conséquences de la décision précitée du Conseil Constitutionnel, du 19 juin 2020, ont bien été abordées en directoire, le 10 décembre 2020 et le 25 février 2021 ainsi qu'en CME le 11 décembre 2020 et le 22 janvier 2021.

D'autre part, il ressort du rapport 2020 du DIM, que cette année, sur 134 patients, hors détenus (41 mesures d'isolement pour les 32 détenus hébergés) et isolés au long cours (79 patients hospitalisés plus de 270 jours dans l'année), 71 ont eu une durée d'isolement cumulée sur l'année de plus de 48 heures au CHD.

En ce qui concerne les mesures de contention, il y a eu 41 mesures de contention mécanique, hors sangles au lit, pour 17 patients (dont sept patients avec des troubles psychiatriques chroniques auto-agressifs).

La chambre remarque que les sangles au lit ne sont pas exclues de la législation encadrant la contention. La chambre invite l'établissement à présenter dans son rapport annuel des données complètes et à assurer un suivi des mesures de contention et d'isolement.

Outre les quatre recommandations du CGLPL, l'établissement devra veiller à respecter les obligations de la loi. La chambre invite la direction à veiller à ce que les procédures internes respectent les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, issues de la loi précitée du 22 janvier 2022, pour l'ensemble des patients, sans exception, les mesures d'isolement étant prises pour une durée maximale de 12 heures. La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans la limite d'une durée totale de 24 heures, et fait l'objet de deux évaluations par 12 heures.

3.4 Le projet d'établissement 2022-2027

Le projet 2022-2027 était encore en cours d'élaboration, au moment du présent contrôle. Outre la question du projet immobilier, des arbitrages ont été opérés concernant cinq points structurants :

- la mise en place d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) qui aura des impacts sur la reconfiguration des autres unités d'admission, aussi bien en termes de filière d'admission, de projet architectural que de déploiement des personnels nécessaires. L'accueil en USIP s'inscrit dans une démarche d'amélioration des conditions d'accueil des patients. Les USIP sont des structures intermédiaires entre l'unité de psychiatrie générale et les unités pour malades difficiles (UMD) ;
- le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- l'importance accordée au respect de la liberté d'aller et venir des patients avec l'aménagement de l'unité ouverte de pôle Vallée du Lot, qui fait actuellement l'objet d'une évaluation. De nouveaux aménagements seront réalisés en lien avec les recommandations du CGLPL ;
- la définition d'un référentiel CMP, qui s'inscrit dans la prolongation des actions posées dans le précédent projet d'établissement. Il s'agira de définir un socle commun de l'offre de soins en lien avec la médecine libérale et les maisons de santé ;
- développer et faire évoluer les pratiques soignantes, afin de redonner du temps soignant auprès des patients, du sens au travail soignant. Il s'agit, en particulier, de se saisir de l'opportunité de la fonction d'infirmière en pratiques avancées (IPA). Le développement des pratiques soignantes doit être un axe fort du projet qui permettra d'améliorer la qualité des soins, de cartographier les pratiques des soignants, de développer la prise en charge des pathologies chroniques par les IPA.

L'article 119 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « *la pratique avancée* »⁴ pour les auxiliaires médicaux.

Ces axes du projet d'établissement 2022-2027 concernent aussi bien l'extra hospitalier que l'intra-hospitalier. Par conséquent, ce projet corrige, *prima facie*, le déséquilibre, pointé dans le rapport du CGLPL, que « *la mise à niveau de l'extra hospitalier s'est faite, en termes d'offre de soins, au détriment de l'intra-hospitalier* ».

La chambre ne peut qu'encourager l'établissement à veiller à un juste équilibre entre le renforcement de l'offre extra hospitalière et une mise à niveau de l'offre intra-hospitalière, dans le cadre du schéma directeur immobilier en cours d'élaboration, afin de se conformer aux recommandations qui figurent dans le rapport précité du CGLPL.

Recommandation n° 3 : adopter un projet médico-soignant de manière à disposer d'un projet d'établissement complet.

3.5 Le schéma directeur immobilier

Le gouvernement s'est engagé dans le cadre du Ségur de la santé à rompre avec les méthodes déployées depuis 10 ans en mettant en œuvre une nouvelle procédure pour décider des investissements. Cette méthode se veut marquer par la déconcentration en confiant l'ensemble des enveloppes aux ARS, en concertation avec les élus locaux et les acteurs de la santé.

La stratégie régionale d'investissements Ségur en Nouvelle-Aquitaine est basée sur les trois priorités nationales (structuration de l'offre de soins, santé publique et soutien à l'autonomie, développement durable) et sur une priorité régionale complémentaire : les enjeux en matière d'obstétrique, de périnatalité et de pédiatrie et l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

1,292 milliard d'euros d'investissements sont prévus pour soutenir les établissements de santé et les établissements médico-sociaux en Nouvelle-Aquitaine.

Selon le projet d'établissement 2017-2021, « *le projet architectural s'adaptera aux opportunités de création ou de modification structurelles découlant du projet médical et de territoire, il tiendra également compte des nécessités liées aux prestations hôtelières particulières* ». Il a cependant fallu attendre les conclusions du rapport de visite précité du contrôleur général des lieux de privation de liberté qui faisait état « *des conditions d'hébergement indignes pour les patients* », pour que ce projet se concrétise enfin.

Sur cette question, dans son rapport, le CGLPL indiquait que « *[l]e fonctionnement reste ainsi marqué par des restrictions de liberté tout au long de la prise en charge en hospitalisation, souvent systématiques et sans lien avec l'état clinique du patient. Les locaux sont inadaptés à l'exercice de la psychiatrie et leur amélioration est renvoyée au futur schéma directeur immobilier* ».

⁴ La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Pour cette raison, la recommandation n° 2 du rapport susmentionné indiquait qu'un « schéma immobilier, couplé au projet d'établissement, doit rapidement prioriser et permettre la rénovation des bâtiments vétustes amenant des conditions d'hébergement indignes pour les patients ».

Dans ses observations du 5 décembre 2019, répondant au rapport provisoire du CGLPL, le directeur général de l'ARS écrivait « que sous l'impulsion de ses services, l'établissement va réaliser un schéma directeur immobilier prenant en compte notamment l'amélioration des conditions de prise en charge dans les chambres d'isolement. Le plan d'actions de l'établissement prévoit d'ores et déjà la réalisation de travaux pour janvier 2020 avec la mise en place d'un dispositif d'appel, la possibilité d'allumer ou d'éteindre la lumière par la personne en chambre d'isolement, de compléter l'équipement des chambres et de changer les fenêtres afin de permettre de disposer d'une aération ».

Consécutivement à la publication du rapport du CGLPL, par la lettre précitée en date du 23 avril 2021, le ministre de la santé indiquait que « [l]e projet d'établissement sera couplé à un schéma directeur immobilier afin de corréler le projet médico-soignant au projet architectural indispensable au regard de la configuration actuelle des locaux. Sous l'impulsion des services de la délégation départementale du Lot-et-Garonne, ce schéma directeur immobilier intégrera notamment la mise aux normes des locaux dédiés aux chambres d'isolement. Le centre hospitalier dispose d'une trésorerie de 10 millions d'euros pour initier ce schéma directeur. Je resterai vigilant à ce que l'ARS Nouvelle-Aquitaine apporte un appui à cette opération ».

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a déjà validé le projet dans le cadre de sa stratégie régionale des investissements en santé pour la période 2021-2029.

La validation par les instances du CHD du projet d'établissement prévue initialement en décembre 2021 a été reportée en janvier 2022 ainsi que l'indique le compte rendu de réunion du COPIL projet d'établissement du 27 septembre 2021. Le projet d'établissement 2022-2027 a finalement été adopté par le conseil de surveillance dans sa séance du 10 mars 2022.

Le dossier d'éligibilité a ainsi pu être envoyé à l'ARS le 10 janvier 2022. Ce dossier présente les différentes composantes du projet immobilier ainsi que le coût prévisionnel des travaux et les modalités de financement arrêtés.

Le projet immobilier doit donc être mis en œuvre le plus rapidement possible, et ce d'autant plus que ces investissements apparaissent nécessaires pour pouvoir remédier à certains dysfonctionnements signalés par le rapport du CGLPL.

Le projet comporte deux volets, un volet extra hospitalier (coût estimé à 16 527 K€ TTC minimum) et un volet intra-hospitalier (coût estimé à 40 044 K€ TTC minimum).

L'objectif du projet vise une reconfiguration majeure du site de 1965 afin d'apporter une réponse aux difficultés de fonctionnement actuelles qui résultent d'une architecture considérée comme inadaptée, consommatrice de moyens humains et présentant des risques en termes de sécurité des biens et des personnes.

Tableau n° 3 : le projet immobilier validé par l'ARS

Nom établissement	Intitulé des opérations retenues dans le cadre des Conseils Territoriaux de Santé	Montant du projet	Montants d'aides au titre du Ségur investissement			Complément d'aide régionale	TOTAL
			Dont aides au titre des projets structurants	Dont aides au titre de la restauration des marges	Dont Investir au quotidien		
CHD LA CANDELIE	Regroupement de 4 unités extra hospitalières adolescents et adultes à Agen (centre de soins du gravier) ; reconstruction d'un bâtiment d'activités enfants et adolescents à Villeneuve sur lot ; reconstruction d'un bâtiment d'activités adultes à Marmande ; reconstruction d'un bâtiment d'activités adultes, enfants et adolescents à Nerac ; relocalisation et extension de la capacité d'accueil d'appartement thérapeutique dans un bâtiment existant ; extension d'un bâtiment existant d'activités enfants à Agen ; relocation du camp adolescent par extension d'un bâtiment existant d'activités enfants à Marmande ; création d'une USIP de 10 lits et reconstruction des unités d'admission, de gérontopsychiatrie et des unités de patients au long cours.	57 780 000 €	Vague 1 (4 ^e T 2021)	200 000 €	190 000 €		390 000 €

Source : dossier de presse du Ségur de la santé du 2 décembre 2021, Investir pour la santé de tous en Nouvelle-Aquitaine

3.5.1 Le schéma directeur intra-hospitalier

Les axes majeurs du schéma directeur immobilier intra-hospitalier sont les suivants :

- création d'une USIP de 10 lits. Le projet de création de cette unité vise à prévoir des moyens adaptés à la gestion des épisodes de violence et de crise au sein d'une unité dédiée ;
- réorganisation des services d'admission sur la base de quatre unités de 23 lits ;
- réorganisation de l'hospitalisation des patients chroniques sur la base de deux unités de 18 lits. Ainsi que l'indique le dossier d'éligibilité « *[L]e CHD dispose actuellement de trois unités de 15 lits chacune au sein de locaux inadéquats, cette dispersion est nuisible à une prise en charge de qualité. Le projet serait d'organiser le dispositif hospitalier autour de deux unités de 18 lits et d'une équipe mobile. La baisse du nombre de lits est rendue possible par le fonctionnement en filière contractualisée avec les structures médico-sociales* » ;
- augmentation du capacitaire de l'unité pour adolescents de huit à dix lits. L'unité actuelle est saturée, avec un taux d'occupation supérieur à 100 %, ce qui peut conduire les adolescents à être hospitalisés en secteur adulte en l'absence de places disponibles ;
- maintien d'une unité de géronto-psychiatrie de 18 lits. Cette filière a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux problématiques proprement psychiques des personnes âgées, hors démence sénile. La prise en charge des patients s'effectue actuellement au sein de locaux inadéquats, avec un hébergement à l'étage. L'adaptation des locaux passe par la construction d'une unité avec hébergement au rez-de-chaussée et l'intégration de locaux dédiés pour les activités thérapeutiques ;

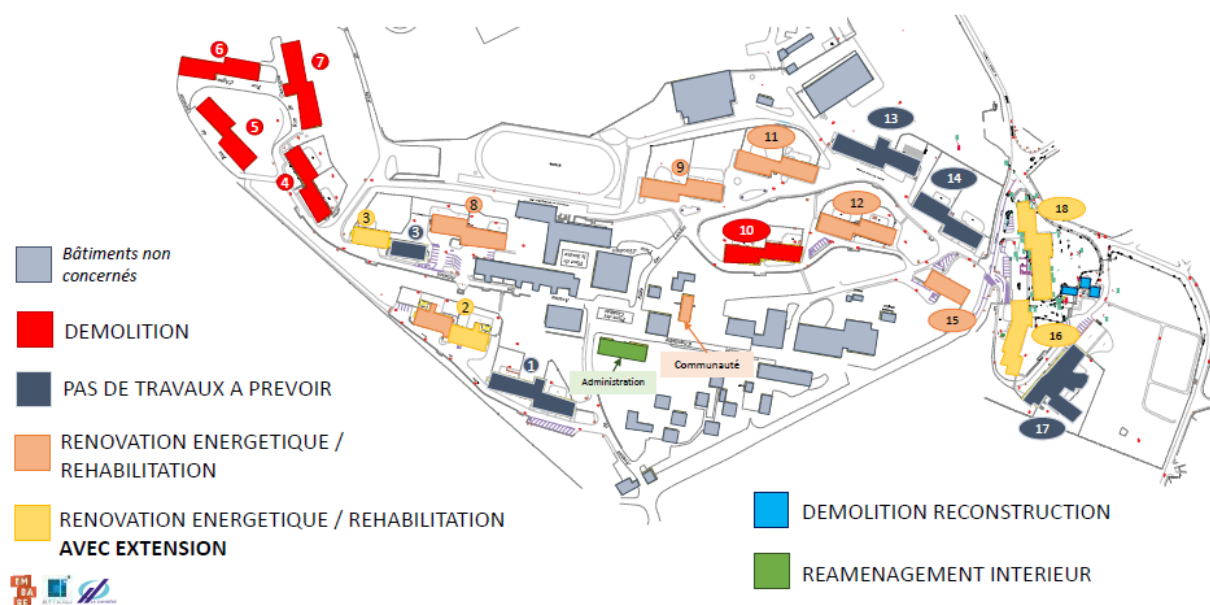
- maintien d'une unité de réhabilitation de 16 lits. La réhabilitation psychosociale est un processus de soins intervenant dans le parcours de soins et de vie du patient de façon transitoire pour l'aider à atteindre son rétablissement. L'unité permet pour les patients éligibles d'initier ce parcours précocement en poursuivant la stabilisation clinique et l'évaluation en continuité avec les services de psychiatrie générale ;
- maintien d'une unité pour anxio-dépressif de 10 lits. Les conditions de prise en charge doivent être améliorées grâce au positionnement de deux chambres supplémentaires pour surveiller les patients suicidaires et intégrer des locaux dédiés à l'accueil des familles ;
- maintien d'une unité de six lits de pédopsychiatrie ;
- maintien d'une unité de 12 lits d'orientation et d'évaluation (SIRA). Il est à noter que d'après le rapport du DIM pour l'année 2020, lors de la première année de la crise sanitaire, les séjours ont augmenté de 23 % du fait de la nouvelle procédure orientant tous les patients dans cette unité.

Tableau n° 4 : projection du capacitaire cible de lits et nombre d'unités après les travaux

Type d'activité	Capacité actuelle de l'établissement		Capacité après réalisation du projet		Écart avant/après	
	N° de lits	N° de places	N° de lits	N° de places	N° de lits	N° de places
USIP	0	0	10	0	10	0
Psychiatrie générale	108	0	92	0	-16	0
Long cours	45	0	36	0	-9	0
Géronto-psychiatrie	16	0	18	0	2	0
Réhabilitation	16	0	16	0	0	0
Anxiodépressif	10	0	10	0	0	0
Hospitalisation enfants	6	0	6	0	0	0
Adolescent	8	0	10	0	2	0
HAD	0	8	0	16	0	8
SIRA	12	0	12	0	0	0
Addictologie (Médecine + SSR)	25	0	25	0	0	0
HDJ psychiatrie générale	0	60	0	60	0	0
HDJ adolescents	0	10	0	10	0	0
HDJ enfants	0	61	0	61	0	0
HDJ Addictologie	0	3	0	3	0	0
Appartement thérapeutique	0	7	0	10	0	3
TOTAL	246	149	235	160	- 11	11

Source : dossier d'éligibilité du projet immobilier, CHD, 10 janvier 2022

Graphique n° 7 : actions à mener sur les bâtiments



Source : pré-étude du schéma immobilier, cabinets Embase et Bateco, 13 septembre 2021

À effectifs constants, la réalisation de ce projet immobilier devrait, selon la direction, permettre de redéployer des effectifs grâce à la réduction du nombre d'unités tout en conservant le même capacitaire qu'aujourd'hui.

Afin d’anticiper les conséquences de ces redéploiements d’effectifs, l’établissement doit constituer une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) adaptée aux objectifs poursuivis. En effet, les mouvements de postes s’accompagneront pour certains par des transformations de compétences qui devront être préparées en amont du projet (cf. les développements dans la partie 5 du rapport).

3.5.2 Le schéma directeur extrahospitalier

Le volet extra hospitalier du schéma directeur immobilier vise à reconstruire et moderniser plusieurs bâtiments disséminés sur le territoire du département (sept projets immobiliers implantés sur quatre villes) qui ne répondent pas aux besoins des soignants, ni des patients et familles accueillis en leur sein. Ces bâtiments, présentent ainsi, à des degrés divers, les défaillances suivantes : dimensionnement insuffisant par rapport à l'activité réalisée, éclatement sur plusieurs sites des structures d'un même pôle, situation défavorable pour une gestion optimale des moyens humains et générant des cloisonnements entre les équipes, bâtiments ne pouvant satisfaire aux normes d'accessibilité et avec des solutions de sécurité incendie non optimales ou encore bâtiments énergivores, ne permettant pas de se conformer aux nouvelles normes environnementales.

Le projet immobilier se base sur une anticipation d'une augmentation du volume d'activité eu égard à la croissance de la demande. La file ambulatoire continuerait à croître, pour dépasser le niveau pré-Covid-19. En effet, la croissance de l'activité ambulatoire est structurelle, reflétant à la fois une demande croissante en matière de santé mentale, des problématiques sociales lourdes et une désertification médicale rampante.

Ainsi que le souligne le dossier d'éligibilité du CHD déposé auprès de l'ARS pour ce projet, les activités extrahospitalières pâtissent d'un manque important de temps médical obligeant à développer des stratégies permettant d'organiser la file active, en hiérarchisant les demandes.

Tableau n° 5 : liste des sites extra hospitaliers concernés par les travaux

Sites	"VAN GOGH"	"RESEDA"	"Réhabilitation psychosociale"	"Antonin ARTHAUD"	"Les 3 Rosiers"	Site de l'Albret	"L'Araucaria"	Centre Docteur Geoffroy	Site du Trec	"Les Oyats"
Activités concernées	Hôpital de jour adultes, installation des appartements thérapeutiques	CMP Adolescents	CMP EARS ESHOP	CMP Adultes	Hôpital de jour et CMP	CMP Adultes CMP Enfants	Hôpital de jour et CMP	Hôpital de jour adultes	CMP Adultes	Hôpital de jour et CMP

Source : dossier d'éligibilité du projet immobilier, CHD, 10 janvier 2022

Le projet immobilier extrahospitalier se situe à des stades d'avancement variant en fonction du site en question.

Le projet est très avancé pour le site d'Agen (adultes et adolescents). Il s'agit de regrouper quatre unités extrahospitalières sur le site de l'ancienne chambre de commerce et d'industrie d'Agen. La date prévisionnelle de fin des travaux se situe en fin d'année 2022, début d'année 2023.

Les autres sites font encore l'objet de négociations et d'échanges tant avec les partenaires externes qu'au sein même de la communauté hospitalière de La Candélie.

La mise en œuvre du projet immobilier doit permettre de prévenir les hospitalisations et limiter la durée de ces dernières, grâce au renforcement des CMP. Le renforcement des capacités d'accueil des appartements thérapeutiques, structure inscrite dans le parcours de rétablissement des usagers y contribuera également.

3.5.3 Le financement du projet immobilier

Le coût prévisionnel du projet est de 57 793 868 euros. Toutefois, ce coût se base sur une hypothèse d'actualisation des prix de juin 2021 jusqu'au démarrage des travaux et d'une révision annuelle de 2 % du montant des travaux pendant la durée du chantier. Or, les attendus de l'ARS figurant au dossier d'éligibilité mentionnent en fourchette basse une clause de 4 % de révision des prix tout en précisant que : « Ces fourchettes demeurent indicatives et susceptibles de fluctuer de manière significative selon la conjoncture et la durée de travaux ».

Dans cette hypothèse, si on passe de 2 % à 4 %, le projet d'investissement serait augmenté de 3,5 M€. Si cette charge supplémentaire devait être intégrée dans le projet, elle nécessiterait un accompagnement spécifique, avec un subventionnement plus élevé et/ou un accompagnement pour augmenter le recours à l'emprunt.

Le financement du projet repose sur des financements Ségur, à hauteur de 39 millions d'euros, d'un emprunt de l'ordre de 14 millions d'euros, d'un autofinancement à hauteur de 4 123 868 euros et de cessions nettes de 660 000 euros.

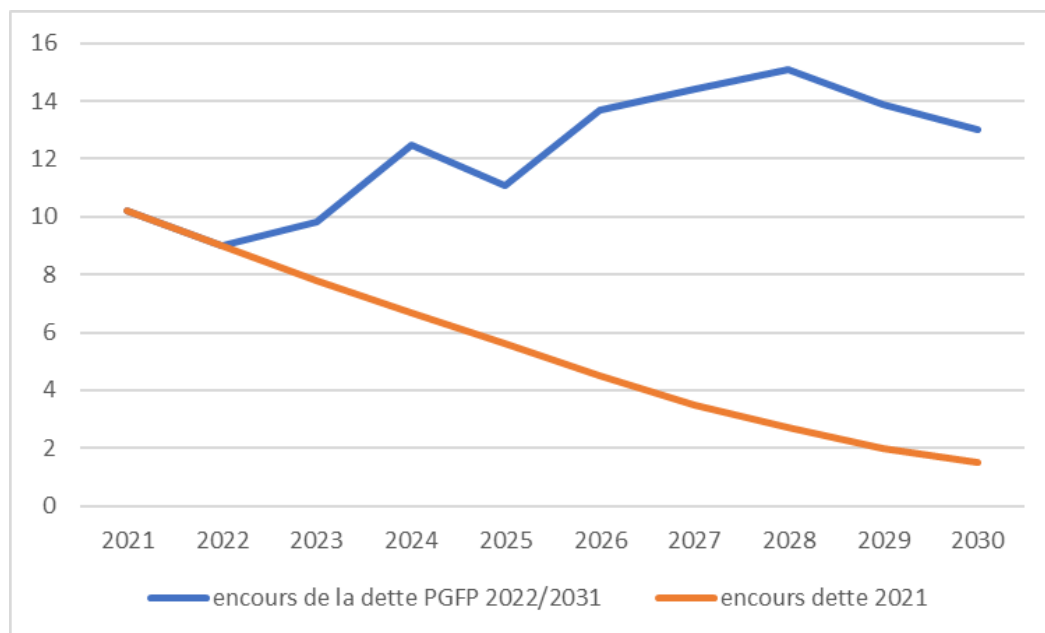
Tableau n° 6 : le financement du projet

Axe	Extra hospitalier							Intra-hospitalier	TOTAL
Projet	Projet n°1 : Centre de soins du Gravier - Agen	Projet n°2 : Enfants Agen (Les rosiers)	Projet n°3 : ESHOP Appartements thérapeutiques	Projet n°4 : Enfants, Ado & adultes Nérac	Projet n°5 : Enfants & Ado Villeneuve/ Lot	Projet n° 6 : CMPT et HdJ Adultes Marmande	Projet N°7 : (Les Oyats) Marmande	Projet n°8	
Montant total à financer	4 813 533 €	904 400 €	1 183 200 €	2 312 000 €	4 086 800 €	3 950 700 €	489 600 €	40 043 635 €	57 783 868 €
Autofinancement	59 533 €	75 400 €	99 200 €	122 000 €	338 800 €	77 700 €	41 600 €	3 309 635 €	4 123 868 €
Cessions nettes	340 000 €			70 000 €		250 000 €			660 000 €
Emprunt	1 166 000 €	219 000 €	286 000 €	560 000 €	990 000 €	957 000 €	118 000 €	9 704 000 €	14 000 000 €
Financement SEGUR	3 248 00 0€	610 000 €	798 000 €	1 560 000 €	2 758 000 €	2 666 000 €	330 000 €	27 030 000 €	39 000 000 €
Montant total du projet	4 813 533 €	904 400 €	1 183 200 €	2 312 000 €	4 086 800 €	3 950 700 €	489 600 €	40 043 635 €	57 783 868 €

Source : dossier d'éligibilité du projet immobilier, CHD, 10 janvier 2022

Le recours à l'emprunt va impacter la trajectoire de la dette, en voie d'extinction actuellement. L'encours de la dette serait par conséquent en croissance par rapport à 2021.

Il conviendra également de réactualiser le coût prévisionnel en cas de hausse des taux d'intérêts.

Graphique n° 8 : évolution de l'encours de la dette en millions d'euros

Source : CRC N-A à partir du dossier d'éligibilité du projet immobilier, CHD, 10 janvier 2022

La durée apparente de la dette passerait de 7,6 ans en 2021 à 8,9 ans en 2031, et le taux d'indépendance financière de 27,9 % à 16,5 %.

Il appartiendra à l'ARS d'analyser ces hypothèses. Toutefois, il convient de garder à l'esprit qu'il sera nécessaire de les réactualiser dans un futur proche, lorsque les incidences de la réforme de la psychiatrie résultant du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie seront connues.

Recommandation n° 4 : mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, le schéma directeur immobilier en l'adossant au projet d'établissement.

Recommandation n° 5 : le volet financier du schéma immobilier en cours d'élaboration devra être actualisé, pour y intégrer les surcoûts éventuels ainsi que les conséquences du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, dès que les incidences concrètes de cette réforme seront connues.

4 LES COOPÉRATIONS

4.1 Le GHT de Lot-et-Garonne

Le CHD a intégré, en juillet 2016, le GHT⁵ de Lot-et-Garonne qui rassemble six autres établissements : le centre hospitalier Agen-Nérac, établissement support, le pôle de santé du Villeneuveois, le centre hospitalier de Casteljaloux, le centre hospitalier de Penne-d'Agenais, le centre hospitalier de Fumel, le centre hospitalier intercommunal Marmande-Tonneins. Quant au CHU de Bordeaux, il est le centre hospitalier universitaire de référence.

Toutefois et dans la mesure où c'est le CHD qui est le seul établissement psychiatrique du département, le GHT apporte principalement une valeur ajoutée grâce à la mutualisation des fonctions supports (le système d'information hospitalier convergent, la fonction achats).

Ainsi, en ce qui concerne l'intérim infirmier, le CHD est inscrit dans une démarche GHT avec le prestataire Whoog (désormais fusionné avec Hublo) pour pouvoir faire appel à des personnels inscrits sur cette plateforme, en vue d'effectuer des missions ponctuelles de remplacement. Sur la période observée par la chambre, l'établissement n'a pas eu recours à de l'intérim non médical. Il a utilisé Hublo pour remplacer les absences inopinées par des professionnels du CHD volontaires.

Au sein du GHT, le CHD est référent sur l'addictologie, la géro-psycho-geriatrie et les urgences psychiatriques.

⁵ Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Dans cette perspective, les GHT doivent viser à consolider les équipes médicales, du fait de la rareté des praticiens et de dégager des marges de manœuvre sur leurs fonctions supports pour les redéployer au bénéfice des patients. Depuis 2016, 136 groupements ont été constitués, dont 12 en Nouvelle-Aquitaine.

4.2 Les GCS

Une convention a été signée le 12 octobre 2017 pour créer le groupement de coopération sanitaire (GCS) « *Santé Mentale de Lot-et-Garonne* ». Celui-ci vise à fédérer l'ensemble des établissements et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire autour de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie cohérente commune entre tous les acteurs concernés par la santé mentale.

Avec 35 membres, le GCS regroupe l'ensemble des acteurs du soin, d'accompagnement médico-social et social du département.

Une cuisine interhospitalière a été constituée via un GCS de moyens avec le CH d'Agen.

Par conséquent, la chambre ne peut qu'encourager la poursuite et le renforcement de ces coopérations, dans le cadre institutionnalisé des GCS.

4.3 Les liens ville-hôpital

Le projet d'établissement du CHD pour les années 2017-2021 posait le diagnostic d'un clivage ville-hôpital. Pour l'établissement, « [c]e clivage se manifeste par une absence de liens organisés entre les praticiens lors de décisions thérapeutiques prises par les uns ou les autres ; ceci affecte aussi bien la continuité de la prise en charge de la maladie psychiatrique que le suivi somatique. Les conséquences pour l'accès aux soins somatiques des malades psychiatriques sont tout aussi préoccupantes. De nombreux considérants ont été évoqués : la formation très limitée des médecins généralistes à la psychiatrie, les interprétations inadéquates de symptômes mis sur le compte de la maladie psychique, les difficultés à assurer un cadre de relations sécurisé entre le patient et le médecin dans le cadre de la médecine de ville, voire la disponibilité des médecins de ville dans certains territoires, etc. Enfin ce clivage ne facilite pas la prise en compte des conséquences somatiques des traitements médicamenteux de la pathologie psychique ».

Afin de renforcer les liens ville-hôpital, l'ancien ordonnateur du CHD M. François Cuesta, a indiqué avoir cherché, dès 2016, à mieux se coordonner avec les médecins libéraux du secteur.

Il ressort de l'analyse de procès-verbaux du directoire que ces questions faisaient l'objet d'une attention toute particulière de la communauté hospitalière. Ainsi, lors de la réunion du 17 septembre 2017, les débats portaient sur l'utilité de se doter d'une organisation pour répondre aux attentes des médecins généralistes. Les réunions avec ces derniers laissaient transparaître la crainte que le CHD prenne leurs patients. Les médecins généralistes veulent aussi un contact direct avec les psychiatres et n'y parvenant pas, ils s'adressent aux urgences.

Des rencontres entre les médecins de l'hôpital et les médecins de ville ont été organisées afin de s'assurer du suivi des patients en ville et, réciproquement, afin que les médecins généralistes puissent s'assurer que leurs demandes sont bien prises en compte par les psychiatres de l'établissement. Ces échanges ont notamment permis d'aboutir à l'instauration d'un créneau au CMP pour l'accueil en urgence des patients envoyés par les médecins généralistes, au lieu qu'ils soient dirigés directement aux urgences psychiatriques.

La chambre ne peut qu'encourager l'hôpital à persévérer dans cette dynamique de renforcement des liens ville-hôpital. C'est un axe important dans le cadre du projet régional de santé.

4.4 Le projet régional de santé (PRS)

Après le projet régional de santé 2012-2017, pour la région Aquitaine, c'est le projet 2018-2028 pour la région Nouvelle-Aquitaine, adopté le 17 juillet 2018, qui a pris le relai, en ce qui concerne le CHD La Candélie.

Le PRS actuellement en vigueur a été décliné au niveau départemental par le plan santé Lot-et-Garonne 2018-2023, avec ses 10 priorités d'actions (vaccination, prévention des fragilités, addictions, promotion de la santé, activité physique, aide aux aidants, inclusion, e-santé, accès aux soins et parcours coordonné, coordination des soins).

Ces documents présentent le panorama de l'épidémiologie et de la prise en charge de la santé mentale en Aquitaine puis en Nouvelle-Aquitaine, ainsi que des dispositifs existants. Ils cartographient l'offre en matière de santé mentale sur le territoire.

En ce qui concerne la santé mentale, le PRS de Nouvelle-Aquitaine 2018-2023, comporte plusieurs objectifs.

En particulier, il préconise de renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile, et d'amplifier le virage inclusif. À ce titre, le PRS considère que des CMP doivent être des véritables pivots de l'offre en santé mentale, qu'il faut réduire les hospitalisations pour les situations dites inadéquates. Par ailleurs, il préconise un accompagnement de la transformation de places en structures médico-sociales pour les patients hospitalisés au long cours sans autre solution alternative et la création de services adaptés.

Afin de garantir un parcours sans rupture en santé mentale à tous les âges de la vie, le PRS promeut une prise en charge des patients « *hors les murs* ». À ce titre, il préconise d'améliorer le dispositif d'accueil des primo-consultants dans les différentes structures : centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), CMP, qui doit pouvoir être coordonné avec les autres professionnels de santé (médecins généralistes, médecins psychiatres libéraux), les psychologues, ainsi que les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les services de santé scolaire et universitaire.

Les orientations stratégiques du CHD, qui figurent tant dans le projet d'établissement 2017-2021 que dans les discussions sur le futur projet d'établissement, pour la période 2022-2027, sont conformes aux objectifs qui figurent dans le PRS.

En particulier, tant les rencontres organisées avec les médecins de ville pour renforcer la coopération ville-hôpital que le schéma directeur immobilier en cours d'élaboration s'inscrivent dans le développement d'une prise en charge « *hors les murs* ». L'évolution des différentes files actives témoignent également que le virage ambulatoire a bien été enclenché au niveau de l'établissement.

L'établissement est parfaitement dans la logique du PRS pour la précédente période.

4.5 Le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) du département de Lot-et-Garonne est actuellement en cours d'élaboration. Ce projet s'appuie sur un diagnostic territorial partagé qui a été arrêté par le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le 7 août 2020.

Le PTSM et le diagnostic sont élaborés à l'échelle du territoire par l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Les représentants des usagers, les professionnels, les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM) y sont associés.

Le diagnostic territorial de santé mentale a pour objectif de permettre aux acteurs du territoire du département d'identifier les ressources disponibles ou à mobiliser mais aussi d'identifier les points forts et les points faibles de son territoire en matière de santé mentale.

Sur la base de ces éléments, le diagnostic de 2020 arrive à la conclusion de l'importance d'accentuer le virage ambulatoire (en partant des initiatives du CHD, telles que les CMP pivot ou encore la diminution des hospitalisations inadéquates) et les liens avec la ville via les CLSM.

Il appelle à une vigilance sur les risques de rupture du parcours avec l'importance des relations entre les acteurs au sein des futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Par ailleurs, le diagnostic met l'accent sur le nécessaire accompagnement des publics spécifiques avec les travaux autour du GCS santé mentale, en matière notamment d'autisme, de prise en charge des personnes âgées désorientées et de l'accès aux soins.

La chambre remarque que le CHD s'inscrit pleinement dans la logique du PTSM. En effet, le choix a été fait de confier le portage et le pilotage du PTSM aux membres de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial en santé 47 où étaient présents tant l'ancien président de la CME de l'établissement, le Dr Bisquey, que l'ancien directeur, M. Cuesta.

De manière générale, il convient d'observer que l'inscription de l'établissement dans une dynamique de collaboration avec les médecins généralistes répond à l'objectif de favoriser l'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques, qui figure dans le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Toutefois, la chambre s'interroge sur la capacité de l'établissement à porter des actions nouvelles et à s'inscrire dans des dispositifs démultipliés qui exigent des effectifs médicaux supplémentaires, des moyens accrus pour la prise en charge des différentes pathologies, tout en maintenant les activités existantes. En effet, les projections sur l'évolution de la démographie médicale sur le territoire présagent d'une diminution structurelle des ressources humaines disponibles dans les années à venir, alors que la contraction conjoncturelle de la file active des patients en raison de la pandémie fait craindre un retard de prise en charge et donc une augmentation encore plus importante des besoins à venir. Cette question fait l'objet de développements dans la partie du rapport de la chambre consacrée à l'analyse des ressources humaines de l'établissement.

Cette démultiplication d'actions et d'ultra spécialisation est consommatrice de ressources médicales et nécessite des moyens médicaux accrus. La chambre s'interroge sur la faisabilité de ces actions dans ce contexte.

4.6 Le CPOM

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé entre l'ARS et l'établissement de santé, constitue un outil majeur de régulation de l'offre de soins. Le CPOM, négocié, s'appuie sur une vision pluriannuelle, et comporte un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion et une évaluation finale du contrat. Le CPOM liste les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et les missions de service public qui lui sont reconnues ainsi que les financements octroyés.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, pour la période 2019-2023, a été conclu le 28 décembre 2018, entre l'ARS Nouvelle-Aquitaine et le CHD, afin de permettre la déclinaison, par objectif et par action, des orientations du projet régional de santé.

Cinq orientations stratégiques ont été retenues :

- renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé ;
- organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé ;
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
- s'inscrire dans une stratégie collective de santé au sein d'un territoire et au service du patient ;
- apporter une réponse aux attentes spécifiques du territoire et/ou des établissements.

Comme l'indique l'ARS, le CPOM prévoit, à travers la déclinaison de ces axes structurants, un objectif opérationnel d'amélioration de la pertinence des soins et des prescriptions. Il répond aux problèmes signalés par le CGLPL en ciblant particulièrement les mesures d'isolement et de contention prononcées dans une perspective de réduction de ces mesures. Le CPOM est cohérent avec le renforcement ambulatoire du projet d'établissement 2017-2021 du CHD La Candélie. Il promeut les collaborations médicales au sein du GHT.

5 LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le financement des établissements de soins psychiatriques fait l'objet de dispositions particulières, qui s'expliquent en grande partie par la spécificité de leurs activités.

Les établissements de santé psychiatriques publics ou privés à but non lucratif sont principalement financés par une dotation annuelle de financement (DAF) mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale (CSS), dite « *DAF psy* ». Il s'agit d'une enveloppe budgétaire globale fermée.

Ce mode de financement est amené à évoluer à compter du 1^{er} janvier 2022, en application du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie qui instaure une allocation de ressources divisée en huit dotations, dont les principales sont une dotation populationnelle répartie entre régions et une dotation relative à la file active des établissements. Des dispositions transitoires sont prévues pour les années 2022 à 2025 en vue d'accompagner la montée en charge de ce nouveau modèle de financement.

Le périmètre budgétaire s'organise autour de deux comptes : le compte principal (CRPP) et le compte annexe « Maison d'accueil spécialisée du Séguran ».

Le budget de l'hôpital s'élevait à 70,14 M€, tous budgets confondus à la fin 2021 (budget H : 66,07 M€, compte annexe « Maison d'accueil spécialisée du Séguran » : 4,07 M€) et celui de l'investissement à 10,3 M€ sur la période 2015-2020.

5.1 Les provisions

À la clôture de l'exercice 2020, il a été constaté des provisions pour un montant de 8 004 534,39 € dont 954 000 €, non justifiés, ont fait l'objet d'une reprise au compte 1100 « Report à nouveau excédentaire-Activité principale » à la date du 3 décembre 2021.

5.2 L'évolution des charges (comptes financiers)

Le tableau suivant retrace l'évolution des charges de 2015 à 2020, de façon globale avec une prévision au 31 décembre 2021.

La structure des dépenses est la suivante :

Tableau n° 7 : évolution des dépenses du budget H entre 2015 et 2021, en fonction de leur typologie

en euros	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Prévision 2021 au 31/12/2021
Titre 1 Charges de personnel	45 813 109	46 054 658	47 857 342	48 417 781	49 028 456	50 596 332	55 265 000
en %	82,53 %	80,80 %	82,02 %	82,56 %	81,59 %	81,10 %	82,56 %
Titre 2 Charges à caractère médical	1 211 775	1 216 980	1 171 095	1 256 146	1 151 528	1 237 483	1 368 220
en %	2,18 %	2,14 %	2,01 %	2,14 %	1,92 %	1,98 %	2,04 %
Titre 3 Charges à caractère hôt. & général	5 954 004	6 023 087	5 742 071	5 809 052	5 864 083	5 899 419	6 965 080
en %	10,73 %	10,57 %	9,84 %	9,91 %	9,76 %	9,46 %	10,40 %
Titre 4 Charges d'amort. Prov. & dépréciations, financières & except.	2 535 161	3 704 028	3 576 386	3 159 811	4 044 186	4 651 534	3 342 170
en %	4,57 %	6,50 %	6,13 %	5,39 %	6,73 %	7,46 %	4,99 %
Total général des charges	55 514 050	56 998 752	58 346 895	58 642 790	60 088 253	62 384 768	66 940 470
en %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : comptes financiers de 2015 à 2020 et RIA1 de 2021

Pour 2021, les montants proviennent du rapport *infra* annuel (RIA1) établi en septembre 2021.

Sur la période 2015-2020, les charges du budget principal augmentent de 12,38 %. Les charges de personnel augmentent de 10,44 % de 2015 à 2020, les charges à caractère médical de 2,12 % alors que les charges à caractère hôtelier et général diminuent de 0,92 %.

Les dépenses du titre 4 ont fortement augmenté de 2015 à 2020. Cela s'explique principalement par une augmentation des dotations au compte 1572 « Provisions pour gros entretien ou grandes révisions » pour un montant de 1 490 000 € en 2020. En 2021, il est prévu une baisse au compte 68 « Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions » de 1,324 M€ par rapport à 2020.

Les dépenses des titres 2 et 3 sont contenues sur la période 2015-2020.

Les dépenses de personnel du budget H ont évolué depuis 2015 comme suit.

Tableau n° 8 : évolution des dépenses de personnel du budget H entre 2015 et 2020 (en €)

Budget H	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2015/2020
Personnel non médical							
641 Rémunération PNM	24 613 673	24 705 205	25 999 263	27 371 920	27 425 576	28 677 036	16,51 %
dont 6411 Personnel titulaire et stagiaire	23 342 648	23 152 878	24 575 496	25 044 686	24 912 531	25 820 673	10,62 %
dont 6413 Personnel sous CDI	580 685	544 190	487 843	481 524	705 709	1 093 475	88,31 %
dont 6415 Personnel sous CDD	1 774 568	2 079 185	2 055 392	2 145 986	2 234 330	2 139 417	20,56 %
dont 6416 Contrats soumis à des dispositions particulières	107 228	98 378	29 832	0	0	0	-100,00 %
dont 6417 Apprentis	5 095	7 666	0	0	0	0	-100,00 %
dont 6419 Remb rém. PNM	-1 196 551	-1 177 091	-1 149 300	-300 276	-426 994	-376 530	-68,53 %
6451 Charges SS Prév. PNM	9 403 057	9 652 641	10 091 289	10 332 590	10 421 343	10 701 316	13,81 %
6471 Autres charges sociales	469 417	579 713	611 324	661 144	799 272	753 477	60,51 %
648 Autres charges de pers.	87 241	68 593	61 689	62 412	61 016	89 934	3,09 %
621 (sf. 62113) Personnel ext.	296 890	450 479	423 244	449 109	706 511	488 901	64,67 %
Sous-total Personnel non médical	34 870 279	35 456 630	37 186 808	38 877 175	39 413 718	40 710 663	16,75 %
Personnel médical							
62113 Personnel ext PM	0	0	0	0	0	0	0,00 %
642 Rémunération. PM	3 630 574	3 384 202	3 300 566	3 357 591	3 446 124	3 525 454	- 2,90 %
6421 Rémunération PH temps plein, temps partiel	2 753 041	2 604 697	2 463 348	2 430 817	2 381 026	2 436 588	- 11,49 %
6422 Rémunération PC renouvelables de droit	227 137	229 113	244 251	228 444	225 500	117 896	- 48,09 %
6423 Rémunération PC sans renouvellement de droit	313 895	263 776	283 302	333 079	428 830	624 609	98,99 %
6424 Rémunération internes et étudiants	123 638	62 730	109 191	157 926	189 366	141 473	14,43 %
dont 64242 Gardes et astreintes des internes	16 960	7 084	13 201	25 524	17 750	9 373	- 44,74 %
dont 64244 Gardes des étudiants	0	0	0	0	0	0	0,00 %
6425 Permanences de soins	205 242	213 393	211 433	219 322	206 696	179 966	- 12,32 %
dont 64252 Permanences sur place réalisées en TTA	15 803	16 745	18 579	31 138	22 742	6 068	- 61,60 %
dont 64253 Permanences de soins par astreinte	69 693	82 001	72 469	66 998	68 221	61 445	- 11,83 %
6426 TTA de jour	8 256	10 652	18 546	22 153	16 372	24 922	201,86 %
6428 Autres rém. PM	0	0	0	0	0	0	
6429 Remb rém. PM	-635	-159	-29 506	-34 150	-1 667	0	- 100,00 %
6452 Charges SS Prévoyance PM	1 264 111	1 150 106	1 130 262	1 162 772	1 144 220	1 156 656	- 8,50 %
6472 Autres charges sociales PM	0	0	0	0	0	0	0,00 %
sous total Personnel médical	4 894 685	4 534 308	4 430 827	4 520 362	4 590 344	4 682 110	- 4,34 %
TOTAL GENERAL	39 764 964	39 990 939	41 617 635	43 397 537	44 004 062	45 392 773	14,15 %

Source : comptes financiers de 2015 à 2020

Les dépenses de personnel, principal poste de dépenses, ont augmenté de 5,6 M€ soit de 14,15 % entre 2015 et 2020 pour atteindre 45,4 M€ en 2020. La masse salariale du personnel non médical a augmenté de 5,84 M€ soit de 16,75 % de 2015 à 2020, correspondant à une évolution moyenne de 3,35 % l'an et à une progression des effectifs de 46,17 ETPR.

La masse salariale du personnel médical a diminué de 212,6 K€ soit de 4,34 % entre 2015 et 2020, correspondant à une baisse de 0,87 % l'an et à une diminution des effectifs de 10,38 ETPR.

Si globalement la masse salariale du personnel médical diminue, en revanche la baisse des effectifs étant encore plus rapide, il en découle une hausse corrélative de la dépense moyenne par médecin. La rémunération moyenne des praticiens hospitaliers nommés par le CNG est stable de 2018 à 2020. Sur la même période, celui des praticiens contractuels a notablement progressé du fait du recours à de l'intérim médical. Cette modalité de remplacement a démarré en octobre 2019. L'établissement a eu recours à 26,5 jours d'intérim médical en 2019 et à 229,5 jours en 2020. Sur cette même période, des praticiens hospitaliers n'ont pu épuiser leurs compte épargne-temps avant leurs départs en retraite ou en disponibilité. Cette hausse des rémunérations

est cependant insuffisante pour attirer des médecins en nombre suffisant et inverser la tendance constante d'une érosion des effectifs.

Tableau n° 9 : évolution des rémunérations moyennes des médecins entre 2018 et 2020

	2018			2019			2020			Évolution 2018	2020/2018
	Rémunération chargée	ETP	Rémunération chargée moyenne	Rémunération chargée	ETP	Rémunération chargée moyenne	Rémunération chargée	ETP	Rémunération chargée moyenne	en €	en %
<i>Praticien contractuel</i>	331 018	2,69	123 157	437 613	3,37	129 898	802 116	5,46	146 863	23 706	19 %
<i>Praticien hospitalier</i>	3 872 724	26,3	147 236	3 816 331	25,76	148 164	3 792 072	25,58	148 224	988	1 %
Total	4 203 742	28,99	145 004	4 253 944	29,13	146 051	4 594 188	31,04	147 985	2 981	2 %

Source : données du CHD

5.3 L'évolution des produits (comptes financiers)

Le tableau suivant retrace l'évolution des produits de 2015 à 2020 de façon globale avec une prévision pour l'année 2021, au 31 décembre 2021.

Tableau n° 10 : évolution des produits du budget H entre 2015 et 2021

<i>En euros</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Prévision 2021 au 31/12/2021	Évol. 2020/2021
Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie	49 931 879	51 093 029	52 227 144	52 457 879	53 325 447	55 287 334	59 248 370	7,16 %
<i>en %</i>	89,46 %	88,97 %	89,32 %	89,21 %	88,44 %	88,54 %	88,88 %	
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière	2 523 703	2 647 185	2 607 958	2 575 306	2 611 701	2 559 618	2 579 780	0,79 %
<i>en %</i>	4,52 %	4,61 %	4,46 %	4,38 %	4,33 %	4,10 %	3,87 %	
Titre 3 : Autres produits	3 358 872	3 683 866	3 634 499	3 768 510	4 355 430	4 597 243	4 832 320	5,11 %
<i>en %</i>	6,02 %	6,42 %	6,22 %	6,41 %	7,22 %	7,36 %	7,25 %	
Total général des produits	55 814 454	57 424 081	58 469 601	58 801 696	60 292 577	62 444 195	66 660 470	6,75 %
<i>en %</i>	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	

Sources : comptes financiers de 2015 à 2020 et RIA1 de 2021

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) progressent de 10,73 % sur la période 2015-2020 alors que les « autres produits de l'activité hospitalière » (titre 2) augmentent de 1,42 % et que les « autres produits » progressent de 36,87 % sur cette même période.

La dotation annuelle de financement (DAF) reste la principale ressource d'exploitation. Elle évolue de 6,36 % entre 2015 et 2020 (+ 3 090 695 €) soit 1,27 % en moyenne.

Pendant la période sous contrôle, la dotation annuelle de financement a progressé comme suit.

Tableau n° 11 : évolution de la DAF entre 2015 et 2020

en euros	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Évol. 2015/2020
73117-DAF	48 560 033	49 631 033	50 436 306	50 525 612	51 159 877	51 650 728	6,36 %

Source : comptes financiers de 2015 à 2020

Les autres principales ressources du titre 1 sont le fonds d'intervention régional (FIR) qui passe de 43 K€ en 2015 à 246,3 K€ en 2020 (soit une progression de 203 K€) et la dotation MIGAC qui passe de 45,8 K€ en 2015 à 1,54 M€ en 2020 (soit une augmentation de 1,5 M€).

5.4 L'évolution des résultats

Le tableau ci-après décrit l'évolution de 2015 à 2020 des résultats consolidés de l'établissement (compte principal et compte annexe) avec une prévision au 31 décembre 2021 :

Tableau n° 12 : évolution du résultat consolidé du CHD entre 2015 et 2021

Résultats consolidés en €	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Prévision 2021 au 31/12/2021	Évol. 2015/ 2020	Évol. 2020/ 2021
Budget Principal	300 404,62	425 328,79	122 706,59	158 906,25	204 324,41	59 426,24	-280 000,00	-80,22 %	-571,17 %
Compte annexe									
MAS de Séguiran (PO)	- 80 000,00	0,00	- 60 000,00	- 187 300,00	- 64 985,40	- 192 539,74	-200 000,00	140,67 %	3,87 %
Sous-total compte annexe	- 80 000,00	0,00	- 60 000,00	- 187 300,00	- 64 985,40	- 192 539,74	-200 000,00	140,67 %	3,87 %
RESULTAT COMPTABLE (I) (COMPTE PRINCIPAL+COMPTE ANNEXE)	220 404,62	425 328,79	62 706,59	- 28 393,75	139 339,01	- 133 113,50	-480 000,00	-160,40 %	260,59 %

Sources : comptes financiers de 2015 à 2020 et RIA1 de 2021

Le résultat du budget H est excédentaire sur la période 2015-2020. Les clôtures des exercices 2015 à 2020 constatent :

- au CRPP (budget H) : un résultat excédentaire sur toute la période ;
- au compte annexe « MAS du Séguiran » un résultat déficitaire sur toute la période exceptée en 2016 où le résultat est nul.

Le résultat consolidé est excédentaire sur toute la période exceptée en 2018 (- 28,4 K€) et en 2020 (- 133,1 K€) en raison du résultat déficitaire du compte annexe « MAS du Séguran » en 2018 (- 187,3 K€) et en 2020 (- 192,5 K€).

Le CHD présentait jusqu'à la crise sanitaire un budget structurellement excédentaire, en raison de l'impossibilité de pourvoir les postes de médecins nécessaires à une prise en charge optimale de la population.

Si la prévision budgétaire au 31 décembre 2021 prévoyait un résultat déficitaire pour le compte principal (- 280 000 €) et pour le compte annexe « MAS du Séguran » (- 200 000 €), le résultat de clôture de l'exercice 2021 est notoirement différent des extrapolations prévues dans le 1^{er} rapport infra annuel.

L'excédent du compte de résultat principal prend en compte des produits notifiés par l'ARS après le 31 décembre 2021. Certaines charges les concernant étaient engagées avant cette date, d'autres n'ont pas été engagées, notamment les recrutements de personnel inhérents au démarrage des activités. En effet, la notification en date du 14 janvier 2022 a alloué 600 319 € : 41 250 € pour la compensation des surcoûts de la crise de la Covid-19, 9 069 € pour les pertes de recettes titre 2 et les tests RT-PCR et 550 000 € pour le financement du renforcement de l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (suite à un appel à projets déposé par l'établissement). Une notification en date du 7 avril 2022 a alloué 392 598 € : 157 161 € pour la compensation des produits et pertes de recettes (titre 2) et 235 437 € pour la compensation des surcoûts de la crise de la Covid-19 et des tests RT-PCR.

5.5 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) pour l'ensemble (CRPP, MAS du Séguran) de l'entité est largement positive de 2015 à 2020. Elle est en augmentation passant de 2,2 M€ en 2015 à 3,3 M€ en 2020.

Mais en 2021, elle diminue à 1,3 M€ en raison principalement de l'augmentation des charges de personnel (titre 1) qui passent de 50,6 M€ à 55,3 M€.

Tableau n° 13 : évolution de la CAF entre 2015 et 2021 (en €)

Année	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Prévision 2021 au 31/12/2021
Résultats des comptes de résultat :							
Excédent : (+)	220 405	425 329	62 707	-28 394	139 339	-133 114	-480 000
déficit : (-)							
(+) valeur comptable des éléments d'actifs cédés	6 439	3 668	2 700	2 629	1 859	2 076	0
(+) dotations aux amort. et aux provisions	2 425 636	3 515 803	3 399 608	3 042 359	3 988 736	4 568 993	3 221 600
(-) Produits des cessions d'éléments d'actifs	44 755	1 860	7 640	1 750	113 538	950	0
(-) Quote-part des subventions virée au résultat	0	0	26 880	196 163	198 637	190 240	197 600
(-) Reprises sur amortissements et provisions	377 488	399 757	430 668	333 222	693 360	903 132	1 206 800
CAF	2 230 237	3 543 182	2 999 826	2 485 458	3 124 399	3 343 633	1 337 200
Remboursement des dettes financières	1 118 282	1 206 435	1 196 349	1 169 089	1 171 104	1 173 199	1 175 375
CAF nette ou excédent (+) / besoin (-) de financement des frais financiers	1 111 955	2 336 747	1 803 477	1 316 370	1 953 295	2 170 435	161 825

Sources : comptes financiers de 2015 à 2020 et RIA1 de 2021

La capacité d'autofinancement nette permet le remboursement du capital de la dette. Mais en 2021, cette CAF nette est très réduite : 161 825 €, alors que de 2015 à 2020 l'établissement disposait de 1,1 M€ à 2,3 M€, chaque année, pour financer des investissements.

5.6 Le tableau de financement

Le tableau de financement s'établit comme suit :

Tableau n° 14 : évolution du tableau de financement du CHD entre 2015 et 2021

<i>Année</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Prévision 2021 au 31/12/2021
<i>Tableau de financement</i>							
CAF	2 230 237	3 543 182	2 999 826	2 485 458	3 124 399	3 343 633	1 337 200
<i>Titre 1 : Emprunts</i>	1 500 000	0	0	0	0	0	0
<i>Titre 2 : Dotations et subventions</i>	0	139 227	842 239	541 960	19 247	36 249	866 500
<i>Titre 3 : Autres ressources</i>	56 587	3 599	8 459	2 184	113 538	950	177 000
Total ressources	3 786 824	3 686 008	3 850 524	3 029 603	3 257 184	3 380 832	2 380 700
Insuffisance d'autofinancement							
<i>Titre 1 : Remboursement des dettes financières</i>	1 118 282	1 206 435	1 196 349	1 169 089	1 171 104	1 173 199	1 175 375
<i>Titre 2 : Immobilisations</i>	2 779 267	1 117 721	1 585 145	873 381	1 469 784	2 463 322	2 898 000
<i>Titre 3 : Autres emplois</i>	0	0	0	474 625	1 600	350	202 500
Total emplois	3 897 549	2 324 157	2 781 494	2 517 094	2 642 489	3 636 871	4 275 875
Var. FRNG	-110 725	1 361 852	1 069 030	513 493	614 696	-256 039	-1 895 175
FRNG	6 802 255	8 164 107	9 233 137	9 746 630	10 361 326	10 105 287	8 210 112
Besoin en FR	-401 648	135 512	537 184	747 771	85 201	-692 060	
Trésorerie	7 203 902	8 028 595	8 695 952	8 998 859	10 276 125	10 797 347	

Sources : comptes financiers de 2015 à 2020 et RIA1 de 2021

Sur la période 2015 à 2021, l'établissement n'a eu recours à l'emprunt que pour l'exercice 2015 avec un montant de 1,5 M€.

Pour cet exercice 2015, l'établissement a fait des investissements pour 2,7 M€ (notamment le solde des deux opérations, SIRA et extension du SSR Addictologie), un des montants les plus élevés de la période. Cela a entraîné une diminution du fonds de roulement net global (FRNG) de 110 725 €. Au 31 décembre 2015, ce FRNG s'établissait à 6,8 M€ représentant 45,3 jours de charges d'exploitation, ce qui correspond à la médiane nationale : 44,4 jours.

De 2016 à 2019, les investissements ont diminué fortement pour s'élever à des montants annuels compris entre 0,9 M€ et 1,6 M€. Sur cette période, le FRNG a augmenté chaque année pour aboutir à un montant de 10,3 M€ au 31 décembre 2019 représentant 64,3 jours de charges d'exploitation, supérieur à la médiane nationale : 57,7 jours.

Mais en 2020, le volume des investissements s'est accru passant de 1,5 M€ à 2,5 M€, sans recours à l'emprunt. Il en a résulté fort logiquement une diminution du FRNG mais réduite : (-) 256 039 € pour arriver à un montant de 10,1 M€ représentant 60,9 jours de charges d'exploitation, quasiment au niveau de la médiane nationale : 60,3 jours.

En 2021, les investissements ont encore augmenté pour aboutir à un montant de 2,9 M€, toujours sans recours à l'emprunt. Mais cette hausse des dépenses d'investissements accompagnée de la baisse de la CAF pour cet exercice a amené une variation importante à la baisse du FRNG.

Au 31 décembre 2021, le FRNG peut être évalué à 8 210 112 €.

Ce montant de FRNG est à rapprocher des charges nettes 2021 suivantes :

- total des charges d'exploitation : 66 940 470 €

(-) remboursement du budget annexe au budget principal : (-) 320 000 €

montant net : 66 620 470 €

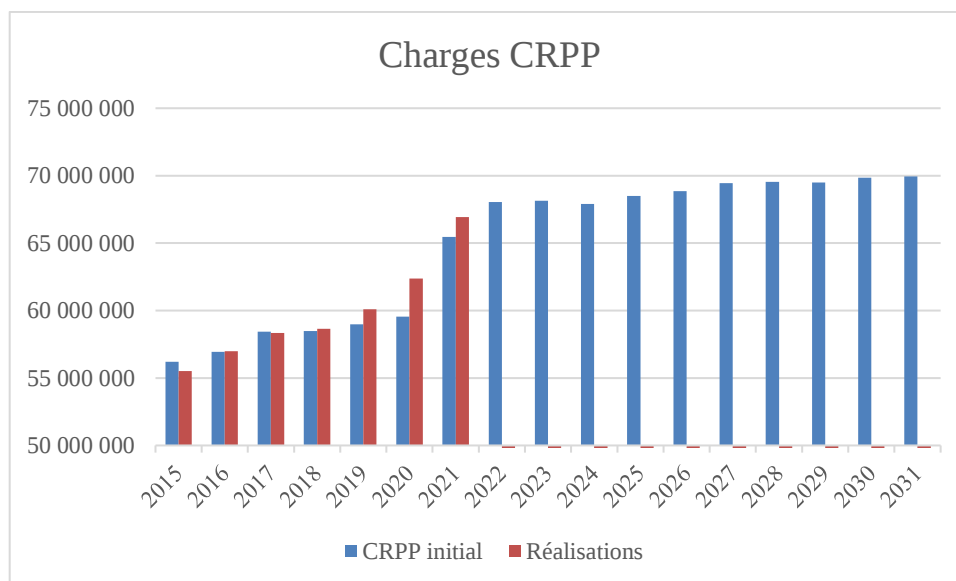
La durée de ce FRNG serait alors de : $(8\,210\,112 / 66\,620\,470) * 365 = 45$ jours, soit le même niveau qu'au 31 décembre 2015, mais certainement inférieur à la médiane nationale.

5.7 La fiabilité des prévisions

5.7.1 Les prévisions de charges

Les prévisions de charges du CRPP sont proches des réalisations de 2015 à 2018. À compter de 2019, les charges sont supérieures aux prévisions de 1,12 M€ en 2019, 2,83 M€ en 2020 et de 1,43 M€ en 2021. L'estimation des charges paraît donc sous-évaluée de 2019 à 2021.

En 2022, la prévision des charges issue du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2031 augmente de 3,97 % par rapport à 2021. À compter de 2023, la progression annuelle se situe entre 0,12 % et 0,89 % excepté en 2024 (- 0,36 %) et en 2029 (- 0,06 %) où la progression annuelle est négative.

Tableau n° 15 : comparaison entre le montant des charges prévues par l'établissement et la réalisation effective

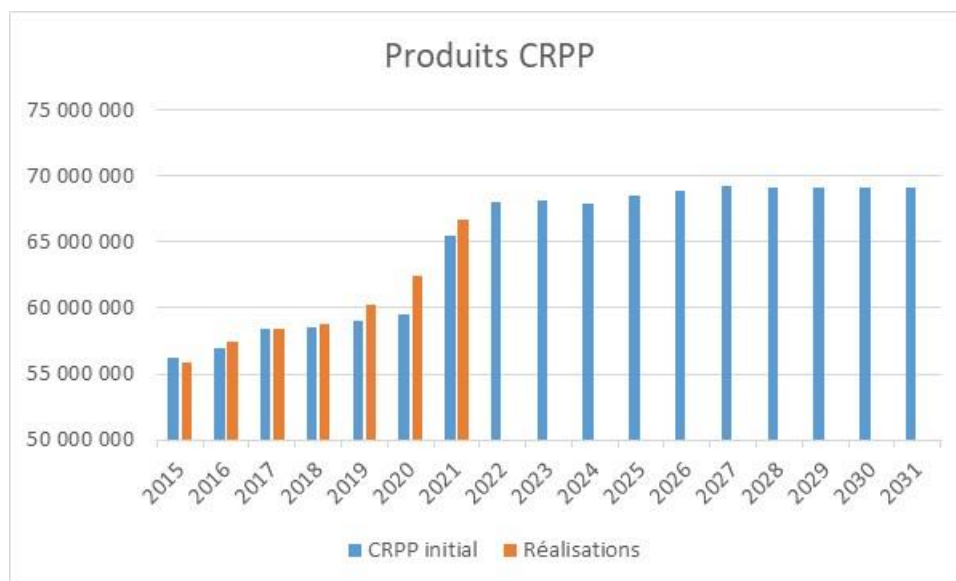
Sources : comptes financiers et PGFP 2022-2031

5.7.2 Les prévisions de produits

En 2015, la prévision initiale concernant les produits a été surévaluée de 385,5 K€ par rapport à la réalisation.

À compter de 2016, les produits encaissés sont supérieurs aux prévisions initiales de 474 K€ en 2016, 74,6 K€ en 2017, 321,7 K€ en 2018, 1,32 M€ en 2019, 2,89 M€ en 2020 et 1,21 M€ en 2021. Les prévisions sont donc prudentes.

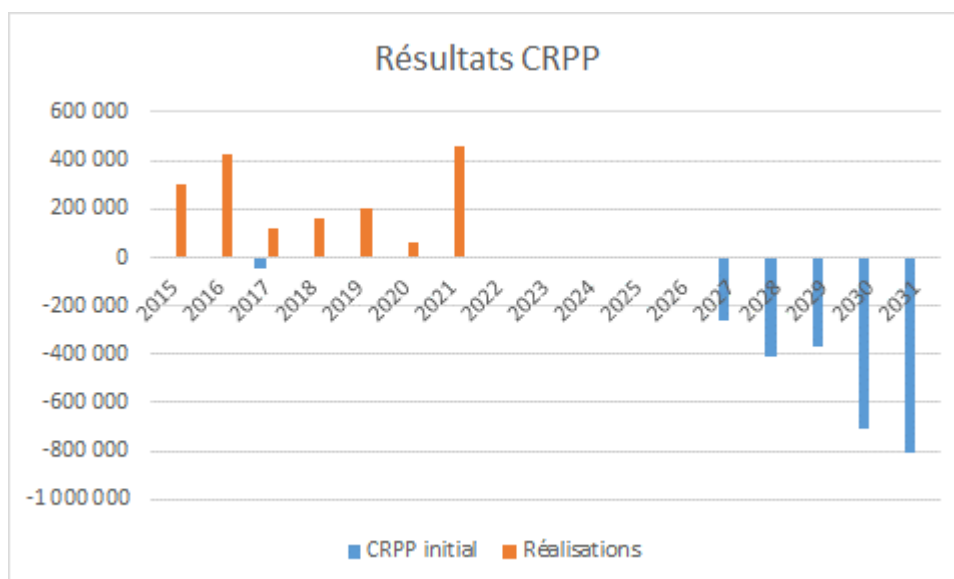
En 2022, l'estimation des produits issue du PGFP 2022-2031 est de + 3,97 % par rapport à 2021. À compter de 2023, la progression annuelle estimée se situe entre 0,01 % et 0,89 % excepté en 2024 (- 0,36 %) et en 2028 (- 0,10 %) où la progression annuelle est négative.

Tableau n° 16 : comparaison entre le montant des produits prévus par l'établissement et la réalisation effective

Sources : comptes financiers et PGFP 2022-2031

5.7.3 Les prévisions de résultats

Les résultats du CRPP sont excédentaires de 2015 à 2020 alors que les prévisions initiales prévoient un résultat nul, excepté en 2017 où le résultat avait été estimé à (-) 45 000 €.

Tableau n° 17 : comparaison entre le résultat prévu par l'établissement et la réalisation effective

Sources : comptes financiers et PGFP 2022-2031, résultat 2021 au 31 décembre 2021

On constate donc que les prévisions réalisées par l'établissement étaient globalement prudentes, excepté pendant la crise sanitaire qui a rendu l'exercice très compliqué, eu égard à l'évolution extrêmement rapide de la situation.

Dans ce contexte, il n'est pas possible de conclure que les prévisions contenues dans le PGFP soient manifestement surévaluées ou au contraire sous-évaluées.

5.8 Le CHD La Candélie comparé à d'autres établissements de santé

La situation économique et financière des hôpitaux publics français diverge selon leur typologie, en raison des différences tant au niveau des recettes (part variable de la tarification à l'activité (T2A) et de la DAF) dans le budget que des dépenses (plateau technique par exemple).

Ainsi, si avant la crise sanitaire la majorité des établissements étaient déficitaires (58 % en 2017 et 2018), tel n'est pas le cas des établissements de santé mentale. À cet égard, la situation financière excédentaire du CHD n'est pas exceptionnelle mais apparaît comparable à ce qui peut être observé dans d'autres établissements de santé mentale.

Tableau n° 18 : excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2009

Année	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble des hôpitaux	-0,3	-0,5	-0,3	-0,9	-0,7
CH spécialisés en psychiatrie	0	0,3	0,7	0,8	0,7

Source : la situation économique et financière des hôpitaux publics, DGFIP, SAE.

Le tableau ci-après compare les indicateurs financiers du CHD avec d'autres établissements de la même catégorie.

Tableau n° 19 : comparaison des ratios financiers du CHD La Candélie par rapport à la médiane nationale

<i>Ratios</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Trésorerie en nombre de jours de charges d'exploitation						
CHD La Candélie	48,01	53,29	56,40	56,33	63,73	65,16
Médiane nationale	32,81	33,23	45,59	44,24	43,87	51,29
FRNG en nbre de j. de charges d'exploitation						
CHD La Candélie	45,34	51,37	59,48	61,02	64,26	60,98
Médiane nationale	44,38	44,21	50,67	51,53	57,69	60,27
BFR en nombre de jours de charges d'exploitation						
CHD La Candélie	- 2,67	0,89	3,48	4,68	0,52	- 4,17
Médiane nationale	9,82	10,56	8,35	9,07	12,16	8,94
Taux de marge brute						
CHD La Candélie	4,72 %	6,87 %	5,82 %	4,70 %	5,59 %	5,77 %
Médiane nationale	5,18 %	5,80 %	6,29 %	5,59 %	5,89 %	5,82 %
Durée apparente de la dette en année						
CHD La Candélie	7,73	4,52	4,95	5,50	4,00	3,39
Médiane nationale	5,37	4,33	4,41	4,62	4,25	3,87
Indépendance financière en %						
CHD La Candélie	43,71 %	40,68 %	37,19 %	35,16 %	32,66 %	29,57 %
Médiane nationale	33,36 %	33,18 %	31,99 %	30,79 %	29,82 %	27,04 %
Taux de vétusté des équipements						
CHD La Candélie	81,74 %	80,88 %	82,19 %	83,28 %	84,26 %	84,57 %
Médiane nationale	81,85 %	83,03 %	83,59 %	84,47 %	84,92 %	85,51 %

Sources : comptes financiers de 2015 à 2020 - IDAHO

La trésorerie et le FRNG en nombre de jours de charges d'exploitation sont supérieurs à la médiane nationale sur la période 2015-2020.

Le besoin en fonds de roulement en nombre de jours de charges d'exploitation se situe en dessous de la médiane nationale sur la période 2015-2020.

Le taux de marge brute est inférieur à la médiane nationale sur la période 2015-2020, excepté en 2016. De 2017 à 2020, l'écart se resserre. En 2020, le taux de marge brute est proche de la médiane.

La durée apparente de la dette se situe au-dessus de la médiane nationale sauf en 2019 et 2020.

Le taux d'indépendance financière est supérieur à la médiane nationale sur toute la période mais il est constaté une diminution car il passe progressivement de 43,71 % en 2015 à 29,57 % en 2020. Ce qui est relativement proche de la médiane nationale (27,04 %).

Le taux de vétusté des équipements est inférieur à la médiane nationale sur toute la période tout en restant proche de celle-ci.

5.9 Le bilan financier de la crise sanitaire

En réponse aux sollicitations de l'équipe de contrôle au sujet des conséquences de la crise sanitaire pour l'établissement, le CHD a fourni des données ne permettant de dresser qu'un bilan partiel de la crise. Contrairement aux pertes de recettes, les économies potentiellement engendrées par la baisse d'activité ne sont pas évaluées. De telles économies, sur les titres 2

(charges à caractère médical) et 3 (charges à caractère hôtelier et général) peuvent influencer sur le résultat mais s'avèrent délicates à objectiver.

Il ressort néanmoins, des éléments complémentaires fournis par la direction de l'établissement, que la compensation des surcoûts ne serait intégrale ni en 2020, ni en 2021.

Tableau n° 20 : surcoûts de la Covid-19 et financements perçus sur l'exercice 2021 (en €)

CHARGES	2021	PRODUITS	2021
Charges Titre 2 de personnel	331 784,00	Tests PCR	29 266,00
Charges Titre 2 (tests, masques, surblouses, solutions hydroalcooliques)	72 635,00	Compensation surcoûts charges crise sanitaire	371 250,00
Charges Titre 3 (augmentation fréquence ménage unités de soins extrahospitalières et mise en œuvre des mesures barrière au self du personnel)	19 032,00		
Total charges	423 451,00	Total produits	400 516,00

Source : services financiers du CHD La Candélie

Tableau n° 21 : surcoûts de la Covid-19 pour la MAS du Ségura sur 2020 et 2021 (en €)

CHARGES	2020	2021	PRODUITS	2020	2021
Renfort de personnel	6 912,00	0	Renfort de personnel	6 912,00	0
Charges titre 2 (tests, masques, surblouses, solutions hydroalcooliques)	84	3 798,00	Masques, EPI et montants forfaitaires tests et autotests	4 180,76	8 727,00
Total charges	6 996,00	3 798,00	Total produits	11 092,76	8 727,00

Source : services financiers du CHD La Candélie

Ainsi, quels que soient les mécanismes de compensation à l'œuvre, la crise sanitaire a pesé sur les comptes mais n'explique pas à elle seule la situation de l'établissement, puisqu'en 2021, le compte principal présente un résultat excédentaire de 458 650 €.

Si le compte financier 2021 fait apparaître un excédent du CRPP, la chambre relève que celui-ci est lié à des versements très tardifs de crédits complémentaires pour un montant de près d'un million d'euros.

5.10 L'état de la dette

Pour favoriser les investissements, les établissements publics de santé doivent bénéficier des 13 milliards d'euros de reprise partielle de dette, en application de l'article 50 de la loi de financements pour la sécurité sociale pour 2021.

L'instruction n° DGOS/PF1/DSS/1A/2021/165 du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier, précise les critères qui doivent guider les ARS dans la ventilation des crédits.

Il a été décidé de répartir la totalité des financements en deux volets d'égal montant, regroupant deux principales orientations : le soutien à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier et le soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Si le CHD ne remplit pas les critères du premier volet pour bénéficier d'une reprise de la dette, en revanche l'établissement devrait percevoir une partie significative de l'enveloppe des 72,3 millions d'euros d'aides pour améliorer l'offre de santé et les accompagnements des Lot-et-Garonnais, dans le cadre de son projet immobilier, au titre des aides aux projets structurants.

La totalité des emprunts contractés par le CHD sont cotés 1A, c'est-à-dire la catégorie la moins risquée (taux non structuré, indices zone euro) selon la charte dite « Gissler » de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales.

Durant la période sous contrôle, l'établissement a contracté deux nouveaux emprunts fin 2015 (800 000 € et 700 000 € auprès de la Caisse d'Epargne). L'encours de la dette reste modéré, le capital restant dû s'établissant à 10 161 642,31 € fin 2021 répartis sur 12 contrats conclus auprès de cinq établissements prêteurs.

La durée apparente de la dette mesure la capacité théorique de l'établissement à apurer sa dette en rapportant l'encours total de la dette au montant des provisions et des amortissements réalisés au cours de l'exercice net des reprises, c'est-à-dire à l'autofinancement de l'établissement au sens financier. Elle s'interprète comme le nombre d'années nécessaires pour éteindre l'encours de dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement y étaient consacrées.

Cette durée apparente de la dette a fortement diminué de 2015 à 2020 : de 7,73 ans à 3,39 ans. Mais en 2021, du fait de la diminution importante de la CAF, cette durée remonte au niveau de 2015. Elle s'établit à $10\,161\,642 / 1\,337\,200 = 7,59$ ans.

Le ratio d'indépendance financière, quant à lui, mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents, c'est-à-dire plus exactement la dépendance financière de l'établissement. Les emprunts contractés par l'établissement en début de période font augmenter le niveau de dépendance du CHD, qui reste néanmoins très satisfaisant sur l'ensemble de la période, de même que le taux d'endettement (poids de la dette dans le total des produits toutes activités confondues).

Le projet immobilier ferait passer la durée apparente de la dette de 7,6 ans en 2021 à 8,9 ans en 2031, alors que le taux d'indépendance financière passe de 27,9 % à 16,5 %.

5.11 La soutenabilité du plan global de financement pluriannuel

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'établissement est l'outil réglementaire fondamental déterminant la trajectoire financière prévue pour cinq ans et articulant les budgets de fonctionnement avec celui de l'investissement.

En ce qui concerne le CHD, la trajectoire financière inscrite dans le PGFP sera impactée très fortement par le projet immobilier en cours d'élaboration. En effet, le résultat prévisionnel devient structurellement déficitaire à compter de 2024, même si le déficit reste inférieur à 1 % du total des produits.

Pour autant, eu égard à la démographie médicale très difficile sur le territoire, la probabilité que l'établissement puisse pourvoir les postes de médecins vacants est illusoire. Les équilibres budgétaires antérieurs devraient perdurer sous réserve de l'impact de la crise sanitaire et des conséquences du projet immobilier éventuel qui vont entraîner des charges financières.

La chambre estime, par conséquent, que la viabilité du plan global de financement pluriannuel est conditionnée à la correcte estimation du coût réel final du projet immobilier.

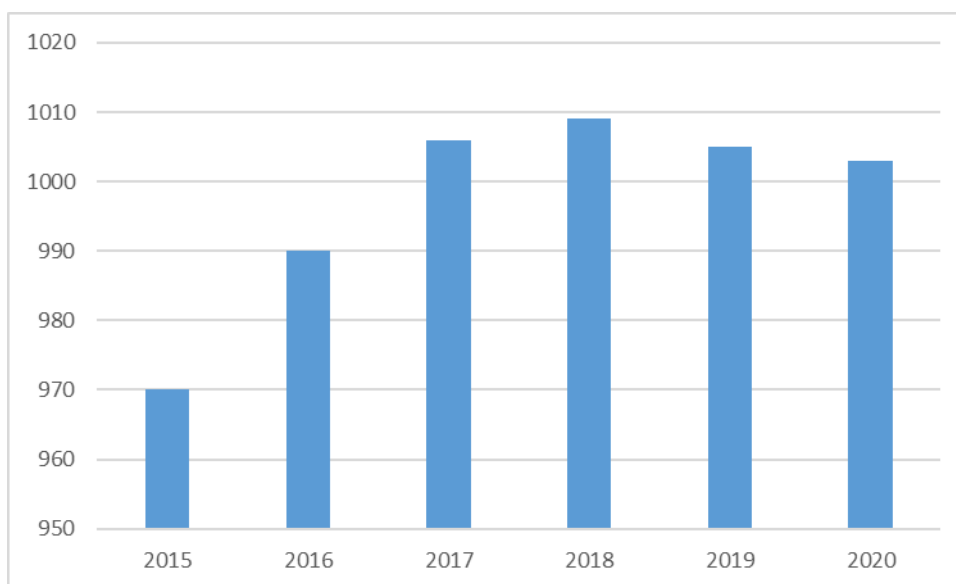
Les conséquences financières du projet immobilier, qui nécessite d'emprunter 14 millions d'euros, ont été intégrées dans le plan global de financement pluriannuel.

6 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

6.1 L'évolution des effectifs

La période sous revue est marquée par une forte augmentation des effectifs entre 2015 et 2017 (+ 3,7 %) puis une légère baisse entre 2018 et 2020. L'ensemble des effectifs passant de 978 en 2015 à 1 003 en 2020, (soit une évolution de + 3,4 %).

Graphique n° 9 : évolution de l'effectif global en ETPR moyen annuel

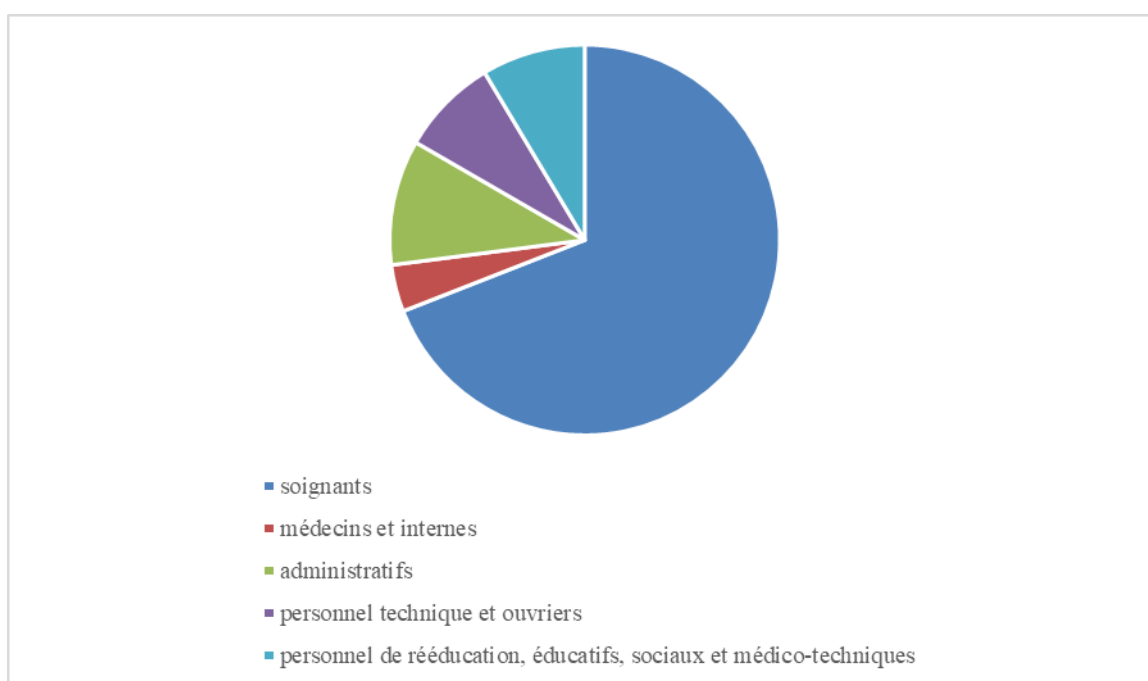


Sources : CHD - bilans sociaux 2015-2019, rapport d'activité 2020

En ce qui concerne l'évolution des effectifs, par catégorie, on observe une croissance de la part relative de la catégorie A, sur la période en revue (30 % des effectifs en 2015, 42 % en 2019). Cette croissance résulte principalement de l'application du décret n° 2018-731 du 21 août 2018 portant dispositions statutaires communes à certains corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière à caractère socio-éducatif, qui prévoit qu'à compter du 1^{er} février 2019 les assistants sociaux-éducatifs sont classés dans la catégorie A et par les départs à la retraite des

IDE qui ont fait le choix de rester en catégorie B (la loi n° 2010-751 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique a instauré, en faveur des fonctionnaires relevant de certains corps dont les emplois étaient classés dans la catégorie active, un droit d'option leur permettant d'opter soit en faveur du maintien dans leur corps de catégorie active, soit d'une intégration dans les nouveaux corps, en catégorie sédentaire. Pour les IDE, ce dispositif a été mis en œuvre par le décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière. Les IDE de catégorie B en poste pouvaient soit choisir entre le maintien dans le corps d'origine en catégorie B active soit le passage en catégorie A sédentaire). Cette hausse des effectifs en catégorie A se double d'une baisse corrélative des effectifs des agents en catégorie B (27 % en 2015, 18 % en 2019).

Graphique n° 10 : répartition du personnel de l'établissement



Source : d'après les données du rapport annuel 2020 du CHD

6.2 Le personnel non médical

En 2019, le personnel non médical (PNM) constituait 96,48 % des effectifs de l'établissement. 69 % du personnel est composé de soignants et 10 % par du personnel administratif et d'encadrement.

6.2.1 Une stabilité globale de la structure des effectifs, malgré des difficultés de recrutement pour certaines catégories de personnel

Les indicateurs relatifs au personnel non médical révèlent une certaine stabilité de la structure des effectifs et les niveaux quantitatifs ne présentent pas d'atypies majeures par rapport aux indicateurs nationaux.

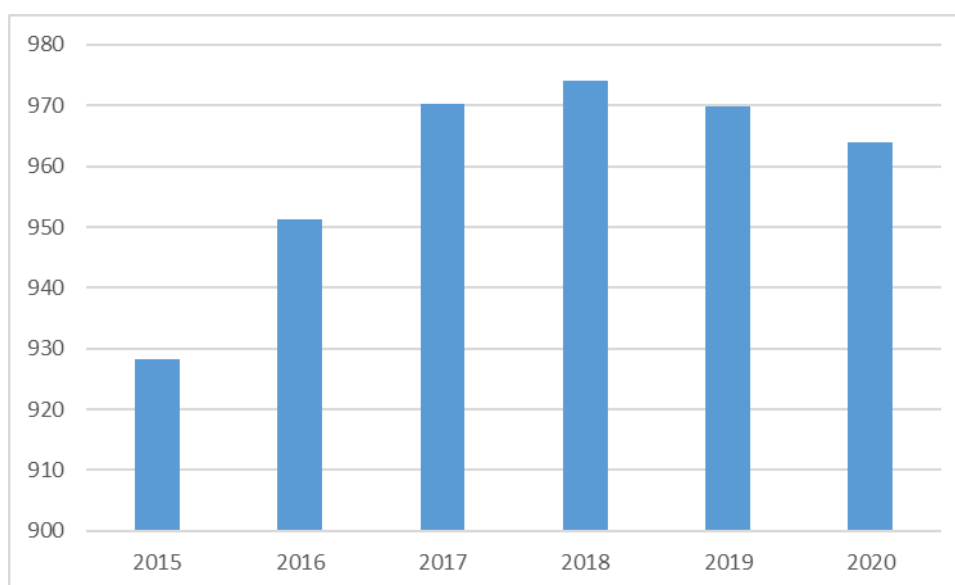
Ce sont les IDE, avec 359 ETPR et les AS, avec 186 ETPR en 2019, qui constituent la majorité du personnel de l'établissement.

En ce qui concerne les IDE, leur recrutement, déjà difficile avant la crise sanitaire et ce malgré une politique active d'accueil des stagiaires d'instituts de formation, a encore été aggravé pendant la crise sanitaire. L'établissement a donc fait le choix de s'inscrire dans une démarche GHT pour pouvoir recourir à l'intérim infirmier, via la plateforme du prestataire Whoog.

Le masseurs kinésithérapeutes font également partie des métiers sensibles en raison des postes non pourvus et l'établissement éprouve des difficultés à recruter des personnels socio-éducatifs.

L'évolution du PNM est caractérisée par une évolution globale de + 3,9 % sur la période 2015-2020.

Graphique n° 11 : évolution des effectifs du PNM en ETPR moyen annuel



Sources : CHD - bilans sociaux 2015-2019, rapport d'activité 2020

La rotation du personnel, notion de départs, qui ne prend pas en compte les agents en CDD de remplacement, ni les emplois saisonniers, est inférieur à la moyenne nationale (11,1 % dans le bilan social national en 2017), marquant une stabilité des effectifs du personnel non médical. Ce taux oscillait autour de 6,3 % pour le personnel de soins du CHD, avant la crise sanitaire.

6.2.2 L'absence d'analyse de l'adéquation des moyens humains avec l'activité

À ce jour, les dotations en personnel des unités d'hospitalisation complète ainsi que des structures extra hospitalières sont déterminées sans référence au volume d'activité réalisée.

Dans son bilan social pour 2017, l'établissement explique cette situation par le fait que *« depuis son ouverture, le Centre Hospitalier Départemental de la Candélie a opté pour une répartition fixe des ressources humaines dont il dispose. Ce choix répond à la nécessité d'organiser la prise en charge des patients psychiatriques par des équipes soignantes stables afin de limiter les risques de déstabilisation inhérents à un turn over trop important des personnels soignants. Les effectifs ainsi octroyés, permettent de gérer l'auto-remplacement dans chaque équipe soignante sur la base d'un absentéisme moyen constaté. De fait, cette approche exclut la mise en place d'un pool de remplacement centralisé. Dans cette logique, l'établissement n'a pas dépouillé d'outil d'évaluation de la charge en soins »*.

Toutefois, dès la rédaction du bilan social pour 2018, l'établissement a reconnu qu'il *« convient de faire évoluer un système qui aujourd'hui montre ses limites. Pour ce faire, fin 2018 ont été désignés des directeurs référents de pôle afin d'accompagner un renouvellement d'évolution des politiques en matière d'analyse des besoins. L'adéquation permanente des effectifs par rapport aux besoins définis par cet audit le sera conjointement avec l'encadrement du Pôle, la direction des soins et la direction des ressources humaines. Fin 2020 se tiendront des réunions de concertation entre la Direction et les Chefs de Pôle sur la question des contrats de Pôle qui intégreront les notions d'activités et de moyens »*.

Lors de son contrôle, réalisé en 2019, le CGLPL a rappelé à l'établissement que l'organisation des soins dans chaque unité doit définir les besoins de prise en charge et des effectifs adaptés auprès des patients.

Ainsi qu'il ressort des documents transmis par la direction, cette mesure devait entrer en vigueur dans le cadre du projet médico-soignant en mars 2022.

La chambre ne peut qu'inviter l'établissement à mettre en œuvre cette action et ce, d'autant plus que le CHD a déjà mis en place des indicateurs de suivi et de pilotage des pôles.

Recommandation n° 6 : définir les besoins de prise en charge et les effectifs adaptés aux objectifs retenus auprès des patients dans chaque unité.

6.3 Le personnel médical

En juin 2021, la conférence des présidents de commission médicale d'établissement de CH spécialisés a alerté sur *« une pénurie médicale gravissime »* en psychiatrie hospitalière. L'attractivité de la discipline est en berne. Après les épreuves classantes nationales, seulement 82,5 % de postes ouverts en psychiatrie étaient pourvus en 2019, contre 96,4 % en 2018 et 99 % en 2017.

Dans ce contexte, le ministre de la santé a indiqué, le 27 septembre 2021, lors des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, que *« [l] 'attractivité de la psychiatrie reste en revanche pour moi une source d'inquiétude »*.

Cette inquiétude est corroborée par les projections de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui indique, qu'alors même que *« (...) c'est*

la psychiatrie qui compte l'effectif le plus important, environ 14 000 professionnels, soit près de 12 % des effectifs (...), compte tenu de l'augmentation de la population, le modèle montre une diminution de la densité médicale en France dans les prochaines années sous hypothèses de comportements et de législation constants. Cette baisse est plus forte si l'on considère la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population. La densité médicale standardisée retrouverait son niveau actuel seulement au milieu des années 2030 »⁶.

6.3.1 De graves difficultés de recrutement en raison d'une démographie médicale déclinante

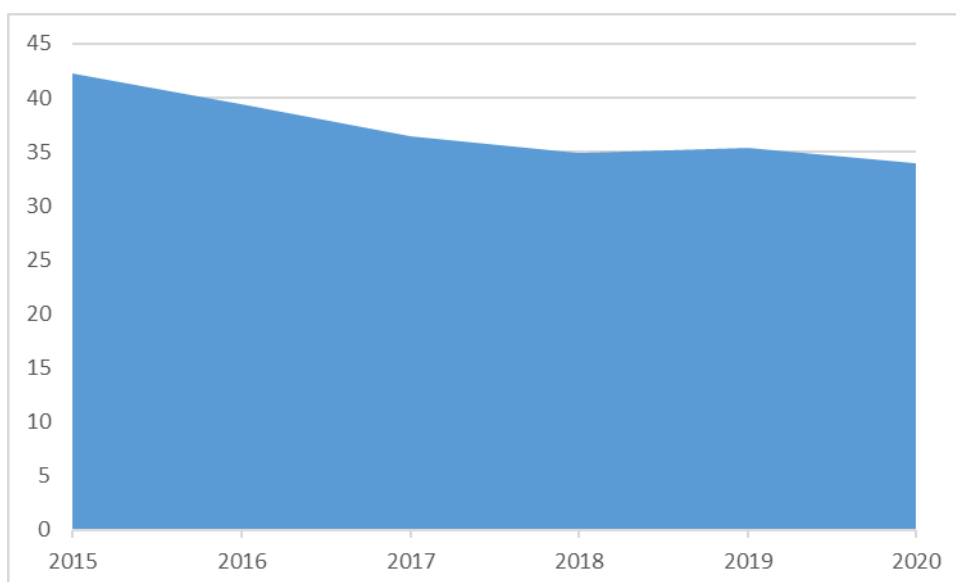
Le CHD connaît de graves difficultés pour pourvoir les postes médicaux vacants.

27 % des postes disponibles de médecins n'étaient pas pourvus en 2019, un tiers en janvier 2020, et « en comptant les arrêts maladie, les mises en disponibilité, les CET, l'établissement est à 45 % de postes vacants en psychiatrie adulte », comme l'a indiqué le président de la CME de l'établissement lors de la réunion du conseil de surveillance du 17 octobre 2019.

Les postes vacants rendent délicate la permanence des soins, en particulier dans les pôles Vallée-du-Lot et Garonne-et-Confluent et les départs des praticiens ont conduit l'établissement à reconfigurer son périmètre polaire fin 2019.

On observe une érosion progressive des effectifs médicaux de l'établissement, alors même que les besoins de santé publique sont croissants. Ainsi, entre 2015 et 2020, le CHD a perdu près de huit ETPR médicaux.

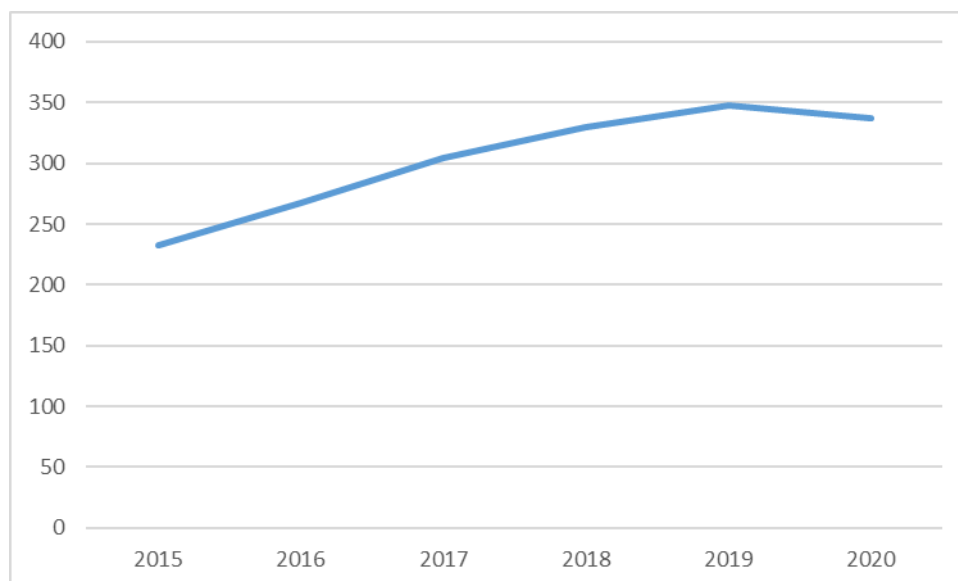
Graphique n° 12 : évolution des effectifs du PM en ETPR moyen annuel



⁶ Drees, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques*, mars 2021.

Sources : CHD - bilans sociaux 2015-2019, rapport d'activité 2020

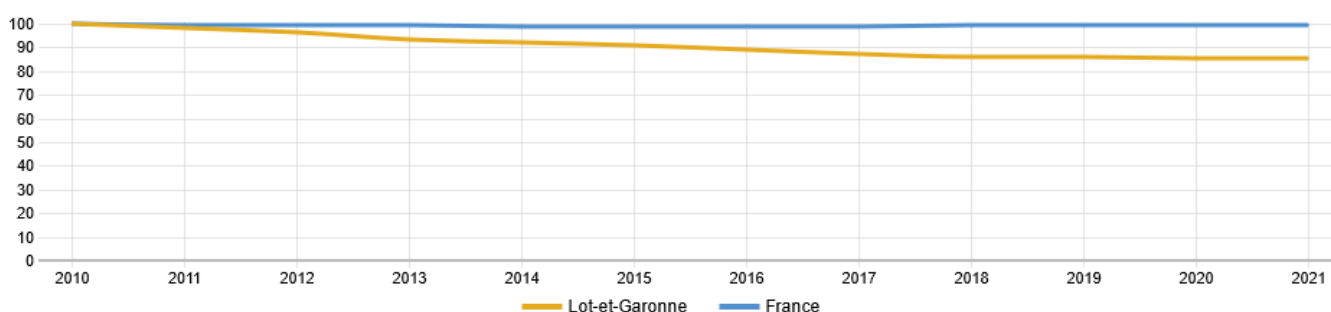
Graphique n° 13 : évolution du nombre moyen des patients pris en charge par médecin



Source : CRC N-A à partir des données du CHD

On retrouve cette démographie médicale déclinante et une insuffisance de ressources médicales sur l'ensemble du territoire. Ainsi, d'après les chiffres du Conseil national de l'Ordre des médecins, le département a perdu 100 médecins en 10 ans (841 en 2011, 741 en 2021). Il n'y avait que 4,8 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants dans le département en 2017 (la moyenne régionale est de 9,8 pour 100 000 habitants), et ce nombre ne cesse de décliner, car sur 13 psychiatres libéraux recensés en 2017, 5 avaient 65 ans et plus et 6 avaient entre 60 et 64 ans, seulement 2 avaient moins de 50 ans. Il y avait, en 2017, 9,3 psychiatres salariés pour 100 000 habitants dans le département, alors que ce nombre est de 12,2 au niveau régional. Il y a 15,9 psychologues libéraux pour 100 000 habitants (à comparer aux 23,6 en Nouvelle-Aquitaine) et 77,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants (102,2 en Nouvelle-Aquitaine).

Graphique n° 14 : médecins en activité totale inscrits au tableau de l'Ordre



Source : Cartographie interactive de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins

6.3.2 Une politique d'attractivité pour freiner l'érosion des effectifs

Afin de faire face aux défis posés par l'évolution préoccupante de la démographie médicale, le CHD essaye de trouver des solutions tant en essayant d'accroître l'attractivité de l'établissement, notamment vis-à-vis des internes, qu'en renforçant les collaborations sur le territoire.

Pour valoriser la filière psychiatrique publique et spécifiquement l'attractivité des stages au CHD, auprès des internes, l'établissement organise des journées d'accueil qui permettent de présenter des projets innovants ou les organisations innovantes au sein de l'établissement.

Dans le cadre du PTSM, une fiche action est consacrée à la problématique de la démographie médicale en psychiatrie. L'objectif général de cette action vise à développer l'attractivité du territoire pour des médecins ou des internes et mettre en œuvre des actions favorisant des recrutements d'internes ou de médecins. Pour améliorer la démographie médicale en psychiatrie, il est proposé de faire connaître le territoire aux futurs médecins et les pratiques pour susciter l'envie de s'installer en Lot-et-Garonne, développer une stratégie de « recrutement » et développer un programme attractif de formation continue. D'autre part, l'optimisation de l'utilisation des ressources médicales existantes doit s'effectuer à travers le développement de la télémedecine en psychiatrie, la délégation de tâches avec le développement des IPA, la formation des partenaires et notamment des médecins généralistes (avec la vigilance que la démographie en médecine générale est également préoccupante) et « *une réflexion et intégration dans le projet d'établissement d'un axe relatif à la coopération avec les libéraux et aux modalités concrètes de sa mise en œuvre, si ce n'est pas le cas* ».

Le CHD précise qu'actuellement « *les réflexions sont plus orientées autour de la mise en place de postes partagés avec d'autres centres hospitaliers. La forte désertification médicale dans le département concerne aussi bien le secteur hospitalier que libéral* ».

Dans ce cadre, ainsi qu'il ressort du PV du directoire du 20 mai 2021, des fiches de poste de praticien partagé (tout statut) ont été établies afin de les présenter au directeur des affaires médicales et au président de la CME du CH Charles Perrens.

La fiche action du PTSM indique qu'en « *janvier 2020, un tiers des postes médicaux de psychiatres étaient vacants au CHD La Candélie. Les projections 2021 prévoient une diminution sensible de ce chiffre à 28,5% grâce à la future embauche d'un praticien hospitalier* ».

La chambre rappelle toutefois que ces prévisions ne sauraient faire abstraction de l'évolution générale de la démographie médicale en France. À cet effet, tant les projections de la Drees dans l'étude précitée sur la démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique de mars 2021, que la cartographie de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins pour le département de Lot-et-Garonne, présagent non d'une amélioration mais au contraire d'une détérioration de la situation pour la prochaine décennie.

Au terme de l'instruction, il apparaît qu'une diminution structurelle des effectifs médicaux s'est poursuivie sur la période sous revue.

En tout état de cause, ces actions, tant internes au CHD que les coopérations, formelles ou informelles, avec les acteurs du territoire, ne résoudront pas le problème d'une insuffisance structurelle du nombre de médecins sur le territoire, qu'il s'agisse d'une activité libérale ou en établissement, et ne pourront qu'atténuer les effets de cette situation que l'établissement et la population subissent.

7 La gestion de la pandémie de la Covid-19

Dès le début de la crise sanitaire, l'établissement a été contraint d'adapter son fonctionnement et en particulier d'instituer une gouvernance de crise interne à l'établissement, en lien avec les autres hôpitaux du département et l'ARS. Des mesures spécifiques ont été mises en place pour la prise en charge tant extra hospitalière qu'intra-hospitalière. Si la prise en charge des patients a été modifiée pendant le confinement, les activités ont pu reprendre lors du déconfinement mais avec le maintien des contraintes inhérentes aux mesures de prévention.

De manière transversale, le CHD La Candélie a participé à l'effort collectif en faveur de la population. Une plateforme départementale d'urgence médico psychologique a ainsi été mise en place pour un soutien psychologique réalisé par deux psychologues orientant les patients. En 2020, 62 appels ont été pris en charge.

Par ailleurs, une équipe de soignants volontaires est partie renforcer du 15 au 30 avril 2020 l'établissement de santé mentale de Ville Evrard (département de la Seine-Saint-Denis).

7.1 L'extrahospitalier

Au début de la pandémie, lors du premier confinement, l'établissement a réduit son activité par mesure de prévention, tant vis-à-vis des professionnels que des patients. Le choix a été fait de privilégier les visites à domicile et de maintenir des contacts téléphoniques réguliers avec les patients.

Le CHD s'est inscrit dans le dispositif d'une équipe sanitaire mobile (EQSAM) départementale coordonnée par la permanence d'accès aux soins du centre hospitalier Agen-Nérac (CHAN), afin de pouvoir intervenir auprès des populations précaires. À partir du 22 juin 2020, l'accueil physique en CMP a pu reprendre progressivement avec un échelonnement des consultations sur site. Les patients étaient sensibilisés à l'impératif du port du masque et une distribution de masques grand public a été mise en place.

Parallèlement, des nouvelles actions ont été menées sur le territoire avec le déploiement d'un dispositif d'appui aux établissements médico-sociaux (une vingtaine de clusters ont été décomptés dans les EHPAD du département).

En 2021, l'établissement a continué à adapter son organisation aux différentes décisions nationales de gestion de l'épidémie et il a mis en place les premières sessions de vaccination des personnels volontaires dès le mois de janvier.

7.2 L'intra-hospitalier

Lors de la première vague, une unité dédiée « Covid-19 » a été créée au sein de l'établissement pour y accueillir des patients contaminés qui nécessitaient une hospitalisation en psychiatrie. Eu égard au nombre restreint de patients, à compter du 20 avril 2020, une nouvelle unité Covid-19 avec un capacitaire restreint de 4 lits lui a succédé.

Afin de réduire les risques de contamination, le CHD a également modifié le circuit des admissions, en accueillant les patients en amont des unités d'hospitalisation pour une évaluation du risque d'avoir la Covid-19.

Lors de la première vague, les visites des familles et des proches ont été annulées, sauf sur prescription médicale, conformément aux préconisations officielles. De même, afin de pouvoir réduire les contacts entre les personnes au minimum nécessaire, des liens téléphoniques ont été privilégiés avec l'aumônerie, et des auditions téléphoniques avec le juge de la liberté et de la détention (JLD), pour les patients hospitalisés sous contrainte.

Un dispositif d'accompagnement des sorties des unités d'hospitalisation a été mis en place pour permettre aux patients de circuler dans l'enceinte de l'établissement et maintenir une activité physique.

Lors du déconfinement, les visites et les permissions ont été organisées avec la mise en place d'une charte engageant les personnes à appliquer les mesures de prévention.

7.3 Le RESEDA

La crise sanitaire a exacerbé la saturation de la filière pour adolescents du département avec une saturation du centre d'appel départemental unique RESEDA⁷ et l'incapacité de l'unité d'hospitalisation Mozart à répondre à l'ensemble des demandes d'hospitalisation pour crise suicidaire.

Devant cet état de fait et dans un contexte de recrudescence des passages à l'acte, d'aggravation de la situation des adolescents et des hospitalisations jugées inappropriées via les urgences, le CHD La Candélie a mis en place un dispositif de soins intensifs de courte durée auprès d'adolescents, alternatif à l'hospitalisation.

Ce dispositif s'est traduit par le renforcement du centre d'appel du RESEDA, opérationnel à partir du mois de mai 2021, avec le recrutement d'un agent administratif faisant fonction d'assistant médico-administratif, avec une prise de poste au 26 avril 2021, ainsi que de deux psychologues, dont la prise de poste a eu lieu au mois de mai 2021.

Ce dispositif a été financé par un budget de 160 000 € annuel de l'ARS, correspondant à un surcoût directement lié à la crise de la Covid-19.

⁷ Le RESEDA ou « Réseau Départemental d'Aide aux Adolescents en Difficulté » regroupe une équipe professionnelle pluridisciplinaire, qui engage des actions de prévention, de soins et d'accompagnement en faveur des adolescents en difficulté, en coopération avec l'ensemble des parties prenantes (les familles, l'éducation nationale, la justice, les services sociaux et médico-sociaux et les associations concernées). Cette équipe intervient au sein de différents collèges et lycées du département ainsi que sur les sites de consultation dans les villes d'Agen, Villeneuve, Fumel, Marmande et Nérac. Les modalités de prise en charge peuvent prendre la forme de consultations (médicales ou avec un autre membre de l'équipe), d'un soutien psychologique, d'entretiens familiaux et de thérapies familiales, d'un accompagnement infirmier et social, d'activités thérapeutiques et enfin d'un suivi post-hospitalisation.

7.4 Le contrôle du pass sanitaire des patients et des visiteurs

7.4.1 Le cadre légal du pass sanitaire

Le « pass sanitaire » consiste en la présentation numérique (via l'application TousAntiCovid) ou papier d'une preuve sanitaire, parmi les trois suivantes :

- la vaccination, à la condition que les personnes disposent d'un schéma vaccinal complet et du délai nécessaire après l'injection finale ;
- la preuve d'un test négatif RT-PCR, antigénique ou un autotest réalisé sous la supervision d'un professionnel de santé de moins de 24 h maximum ;
- le résultat d'un test RT-PCR ou antigénique positif attestant du rétablissement de la Covid-19, datant d'au moins 11 jours et de moins de 6 mois.

Un certificat médical attestant d'une contre-indication médicale à la vaccination peut être présenté à la place des 3 documents précités.

Le « pass sanitaire », appliqué depuis le 21 juillet 2021 pour accéder aux lieux de loisirs et de culture a été étendu depuis le 9 août 2021 aux services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, aux personnes accompagnantes ou rendant visite aux personnes accueillies dans ces services et établissements ainsi qu'à celles qui y sont accueillies pour des soins programmés.

7.4.2 Les spécificités du secteur psychiatrique

Le ministère des solidarités et de la santé a envoyé, le 11 août 2021, aux établissements de santé une fiche présentant les principales consignes relatives à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale et du pass sanitaire dans les services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Il y est indiqué qu'une « *attention particulière doit être apportée aux personnes dont les troubles psychiques et/ou le handicap, ou dont la barrière de la langue ou l'éloignement du système de santé peuvent altérer la compréhension de l'obligation de pass sanitaire, de sorte à permettre la prise en charge sans délai de leur demande de soin. À l'occasion de cette prise en charge, une explication complète leur sera cependant systématiquement fournie, de même que, au besoin, un accompagnement dans les démarches pour se faire vacciner (...). Dans tous les cas, l'exigibilité du passe sanitaire doit, pour tous les patients et leurs accompagnants, être mise en œuvre avec tact et mesure, en recherchant l'équilibre entre protection des patients et des communautés médico-soignantes contre le risque infectieux et l'intérêt du patient au regard de sa pathologie propre. La mise en œuvre du pass sanitaire ne dispense d'ailleurs pas du recours à d'autres mesures pour limiter les risques de propagation du virus* ».

7.4.3 L'application du dispositif au CHD

Le dispositif du contrôle des patients et des visiteurs a évolué au CHD, conformément aux préconisations gouvernementales en la matière. La direction a également modulé l'intensité du contrôle selon les services, en ayant à l'esprit le nécessaire équilibre entre protection des

patients et des soignants contre le risque infectieux et l'intérêt du patient au regard de sa pathologie.

Avant l'instauration du pass sanitaire, par deux notes du 13 juillet 2021 (note 27/21 - dispositions concernant l'extra hospitalier face à l'épidémie de la Covid-19 et note 28/21 - dispositions concernant l'intra-hospitalier face à l'épidémie de la Covid-19), la direction rappelait les mesures de vigilance à prendre pour éviter la propagation de la pandémie, tant vis-à-vis des patients que des visiteurs et du personnel.

Lorsque le dispositif du pass sanitaire a été adopté, par deux notes du 11 et 13 août 2021 (note 35/21 - dispositions concernant l'utilisation du pass sanitaire en extra hospitalier et note 36/21 dispositions concernant l'utilisation du pass sanitaire en intra-hospitalier), la direction a explicité le mode opératoire à adopter vis-à-vis des usagers du service public.

En extra hospitalier, pour l'accès aux CMP, hôpitaux de jour et CATTP, et aux consultations familiales, le dispositif est le suivant :

- pour les patients disposant d'un pass valide ou d'un résultat de test négatif de moins de 72 h si non vaccinés, accès sans restriction (avec maintien du port du masque) ;
- pour les patients sans pass sanitaire et sans test de moins de 72 h : test à réaliser ou autotest en présence d'un soignant : accès autorisé pour les négatifs avec maintien du port du masque ;
- pour les patients positifs aux tests : une exclusion doit être prononcée, les équipes déterminent au cas par cas la conduite à tenir pour maintenir le lien avec le patient. Un suivi par téléconsultation pourra être proposé en alternative.

En intra-hospitalier, les consignes distinguent entre les patients et les visiteurs. Pour les **patients**, accueillis en urgence ou hors urgences, les modalités d'accueil se différenciant au niveau de la réalisation des tests (antigéniques ou PCR et dans le placement dans une chambre individuelle).

En revanche, la visite des proches n'est possible que sur présentation d'un pass sanitaire valide. Ces consignes sont visibles sur la page d'accueil du site internet de l'établissement.

Enfin, une exception est faite pour le service de médecine polyvalente handisanté 47, qui s'adresse à tout patient nécessitant une consultation de médecine somatique (dentiste, cardiologue, etc.) présentant un trouble empêchant le suivi médical dans le circuit de droit commun (patient autiste ou autre trouble mental), où il n'y a pas de limitation d'accès pour les patients. Seules les familles accompagnantes doivent présenter un pass sanitaire valide, ou en cas d'absence de pass, réaliser un autotest sur place.

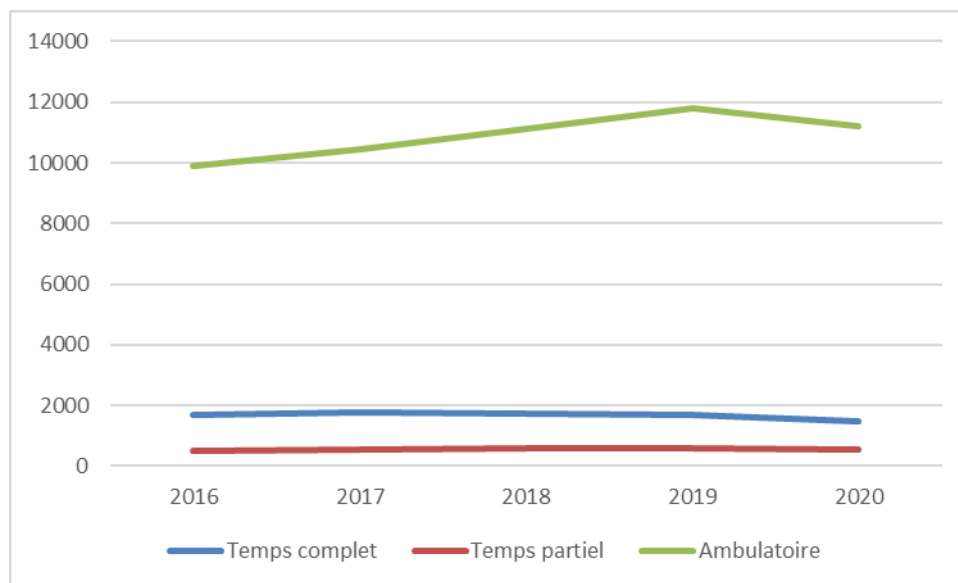
Les dispositions adoptées par le CHD, en distinguant les patients des visiteurs, permettent d'accueillir l'ensemble des patients nécessitant des soins psychiatriques, qu'ils disposent ou non d'un pass sanitaire, sans sacrifier à la nécessaire lutte contre la propagation de la pandémie de la Covid-19.

7.5 L'activité de l'établissement pendant la crise sanitaire

Si les séjours liés à la Covid-19 ont été peu nombreux (18 séjours en 2020), la réorganisation des prises en charge consécutives aux mesures préventives a eu un retentissement significatif sur l'établissement en 2020.

La survenue de la pandémie a entraîné une diminution globale des files actives.

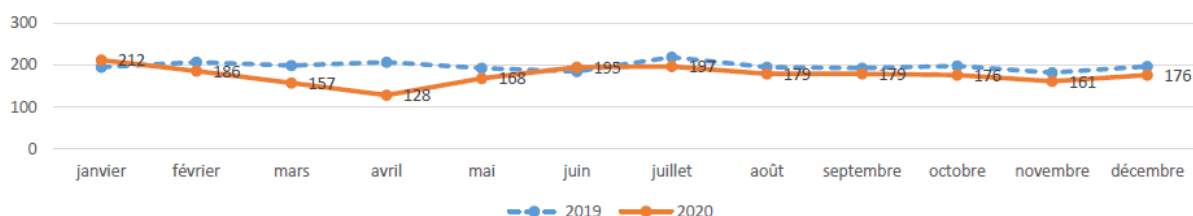
Graphique n° 15 : évolution des files actives des patients



Source : CRC N-A à partir du rapport annuel 2020 du CHD

Cette baisse a été particulièrement marquée lors du premier confinement du mois de mars et avril 2020. Le fait qu'elle soit plus faible lors des phases suivantes du rebond épidémique témoigne à la fois de la violence du choc lié au premier confinement et de la capacité tant institutionnelle que de la population à s'adapter aux circonstances nouvelles qui résultent de la situation sanitaire sur le territoire.

Graphique n° 16 : comparaison de l'évolution mensuelle des entrées, en temps plein, hors suites et permissions, entre 2019 et 2020



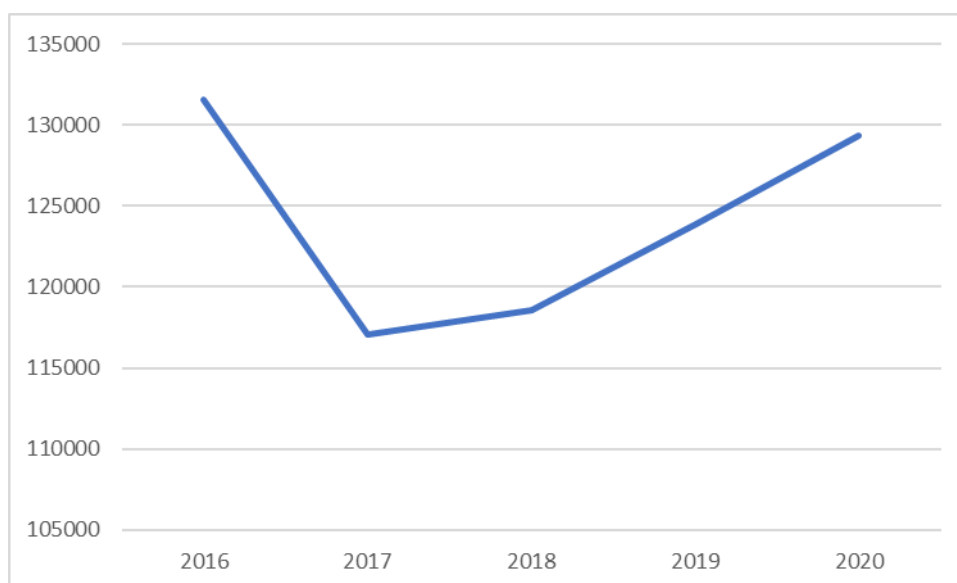
Source : rapport annuel 2020 du CHD

Si le nombre d'actes est en augmentation en 2020 par rapport à 2019 de 4,45 % pour passer de 123 858 à 129 369 actes, il convient de nuancer cette hausse en raison de la possibilité

de saisir des actes téléphoniques (23 % des actes). En revanche, la part des nouvelles hospitalisations a diminué en 2020, le nombre de nouveaux patients diminue de 18,12 % pour atteindre 3 606.

Le nombre important des téléconsultations témoigne de la pertinence de l'inscription de leur développement dans le projet d'établissement. Les téléconsultations ont ainsi prouvé à la fois leur utilité et leur nécessité dans un contexte de pandémie qui implique, dans la mesure du possible, durant les phases aiguës de la crise, de restreindre les consultations en présentiel en les remplaçant par des consultations qui tirent profit des outils informatiques disponibles.

Graphique n° 17 : le nombre d'actes ambulatoires est en augmentation en raison de la possibilité de saisir des actes téléphoniques.



Source : CRC N-A à partir du rapport annuel 2020 du CHD

7.6 Les troubles psychiatriques post-Covid-19

Comme le note Santé publique France, « depuis la mise en place des mesures gouvernementales liées à l'épidémie de la Covid-19 et la nécessité de confiner les Français, la peur de la maladie et les conditions de vie bouleversées ont eu des conséquences sur la santé mentale de la population ». Ainsi, « les travaux réalisés par le biais des enquêtes menées auprès de la population confirment le contrecoup des confinements sur l'accroissement de la prévalence de troubles du sommeil, de symptômes anxieux, de symptômes dépressifs, ainsi que de symptômes persistants associés à un stress post-traumatique. Ces augmentations ont été particulièrement observées chez les jeunes ainsi que chez des populations ayant un statut socio-économique modeste ».

Ainsi, une adaptation des actions de promotion de la santé mentale a été et demeure indispensable face à la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19.

Le CHD y a contribué sur le territoire du département de Lot-et-Garonne, tant vis-à-vis des patients que vis-à-vis du personnel de l'établissement avec la mise en place d'une plateforme

téléphonique de soutien psychologique (PV de la réunion extraordinaire du CHSCT extraordinaire et du CTE extraordinaire du 6 avril 2020).

À cet effet, dans le cadre du PTSM, la fiche action n° 13 « soutenir l'action menée en direction des victimes de psycho traumatisme » a été actualisée pour tenir compte des répercussions sur les personnes des périodes de confinement, qui ont eu un impact fort sur cette thématique avec une augmentation forte des besoins. Les contours de l'action, dont l'objectif général vise à mettre en place un dispositif spécifique lisible dans le département en direction des personnes victimes de psycho traumatisme, doivent être redéfinis.

De manière générale, eu égard à l'ampleur prévisible des troubles psychiatriques post-Covid-19, qui résultent des données publiées *supra*, le CHD devra continuer à adapter son offre de soins, conformément aux préconisations qui figurent dans l'état d'avancement au 22 janvier 2022 de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie présentée le 28 juin 2018. Adaptation d'autant plus nécessaire, qu'il ressort du bilan d'activité PMSI pour l'année 2020 qu'au CHD, « *en psychiatrie, la file active a diminué de 6 % et les nouveaux patients de 18 %, faisant craindre un retard de prise en charge* ».

7.7 L'impact de la crise sur la gestion des ressources humaines

La crise liée à la pandémie de la Covid-19 a conduit les pouvoirs publics à revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD et renforcer l'attractivité de l'hôpital public.

Afin d'engager ces transformations, le Ségur de la santé a réuni, du 25 mai au 10 juillet 2020, le Premier ministre, le ministre des solidarités et de la santé, et de nombreux représentants du système de santé.

33 mesures ont été retenues.

Cette concertation a abouti à la signature des accords du Ségur de la santé, le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des solidarités et de la santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales.

Parmi les mesures emblématiques du Ségur de la santé, 8,2 milliards d'euros par an sont consacrés pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD alors que le recrutement de 15 000 personnels est prévu.

Pour les agents, cela se traduit, notamment, par :

- 183 € nets par mois supplémentaires pour tous les professionnels non médicaux au sein des établissements de santé et EHPAD, publics et privés non lucratifs (et 160 € nets/mois pour le secteur privé lucratif), soit 1,5 million de professionnels ;
- 35 € nets par mois en moyenne de rémunération supplémentaire pour les personnels au contact des patients : aides-soignants, IDE, filières rééducation et médico-technique grâce à la revalorisation des grilles de rémunération ;
- une prime d'engagement collectif portée à 100 € nets par mois ;
- pour les praticiens hospitaliers, la suppression des trois premiers échelons en début de carrière et la création de trois échelons en fin de carrière et la revalorisation de l'indemnité de service public à 1 010 € bruts par mois.

Par ailleurs, la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a été adoptée pour concrétiser les mesures non budgétaires du Ségur de la santé.

Ces mesures, qui s'appliquent au CHD, à l'instar des autres établissements de santé, n'ont toutefois pas été suffisantes, jusqu'à aujourd'hui, pour enrayer le déclin de la démographie médicale ou infléchir la hausse de l'absentéisme chez le personnel paramédical.

Le coût brut des mesures Ségur de la Santé au titre de 2021 se décompose comme suit :

– montant brut des charges personnel non médical : 4 525 179 €

– montant brut des charges personnel médical : 249 500 €

Total du coût brut : 4 774 679 €

À déduire, les aides spécifiques reçues d'un montant de 4 409 67 €

En conséquence, le coût net des mesures Ségur de la Santé est de 365 003 €.

L'impact de la pandémie sur les ressources humaines de l'établissement a été protéiforme et différent selon la période analysée. Bien que le nombre d'agents qui ont contracté la Covid-19 demeure contenu, eu égard aux tensions structurelles qui affectent l'établissement en temps normal, les évictions de personnel, à la fois ceux qui étaient malades et ceux qui refusaient de se faire vacciner, sont à l'origine d'une amplification des difficultés de l'établissement.

7.7.1 Le télétravail : une mise en œuvre rapide mais non durable

La pandémie a nécessité de mettre en place, dans un temps contraint, le télétravail au profit des agents dont les tâches sont compatibles avec cette organisation de travail. De zéro télétravailleur avant la crise sanitaire, le nombre est monté de manière conséquente en 2020, conformément aux consignes gouvernementales, avant de décroître très significativement en 2021, faute de demande des agents (cf. Annexe n° 9). Cette diminution importante du nombre d'agents exerçant en télétravail, s'explique notamment, selon la direction, par la situation géographique de l'établissement, dont les agents souhaitent revenir sur site eu égard à leur attachement à l'hôpital, premier employeur du secteur.

Tableau n° 22 : répartition des agents hospitaliers en télétravail relevant des dispositions du décret du 11 février 2016 selon les fonctions exercées

<i>Fonctions/ filières</i>	<i>Au 31/12/2019</i>	<i>Au 31/12/2020</i>	<i>Au 31/08/2021</i>
<i>Administrative</i>	0	34	2
<i>Technique et ouvrière</i>	0	10	1
<i>Socio-éducative</i>	0	52	0
<i>Soignants</i>	0	170	0

Source : Services du CHD

7.7.2 L'obligation vaccinale

7.7.2.1 Le cadre légal et le calendrier de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale

La loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a institué l'obligation vaccinale pour les professionnels qui travaillent au sein des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sans considération de leurs statut, profession ou fonctions.

L'obligation vaccinale est entrée en vigueur de manière progressive.

À compter du 9 août et jusqu'au 14 septembre 2021, les agents devaient, à défaut d'être vaccinés, présenter *a minima* un justificatif de résultat négatif d'un examen de dépistage virologique de moins de 72 heures.

Depuis le 15 septembre 2021 et sauf contre-indication médicale, tous les personnels (y compris administratifs) du CHD doivent donc être obligatoirement vaccinés. Dans le cas contraire, ils sont suspendus.

7.7.2.2 Le contrôle de l'obligation vaccinale

Les employeurs sont chargés de contrôler le respect de l'obligation vaccinale par les personnes placées sous leur responsabilité. Le contrôle s'effectue lors de la prise de poste, ou le cas échéant lorsque l'agent se rend à nouveau dans l'établissement concerné, suite à un arrêt, une autorisation spéciale d'absence ou lors d'une reprise en présentiel. L'application « TousAntiCovid », permet de contrôler les preuves (papier ou dématérialisées) reconnues dans le cadre du « pass sanitaire ».

7.7.2.3 La suspension des agents du CHD

Fin 2021, 14 agents du CHD étaient suspendus, sur un effectif de 1 000 agents selon l'établissement, malgré les tentatives de la direction de les convaincre de l'obligation de se faire vacciner. Par conséquent, le 15 septembre 2021, le directeur du CHD les a suspendus de leurs fonctions sans rémunération jusqu'à ce que ces agents produisent un justificatif de vaccination ou de contre-indication à la vaccination contre la covid-19.

Huit agents ont introduit des recours contentieux contre ces décisions devant le tribunal administratif (TA) de Bordeaux. Les agents demandaient au juge des référés, saisi sur le fondement de l'article L. 521-1 du code de justice administrative, de suspendre l'exécution des décisions du 15 septembre 2021 et d'enjoindre au centre hospitalier départemental La Candélie de les réintégrer.

Par des ordonnances en date du 20 octobre 2021, 3 novembre 2021, 4 novembre 2021, 9 novembre 2021 et 2 décembre 2021, le TA de Bordeaux a jugé qu'en l'état de l'instruction, aucun des moyens invoqués par les requérants n'était de nature à faire naître un doute sérieux quant à la légalité des décisions du 15 septembre 2021.

La jurisprudence du Conseil Constitutionnel et du Conseil d'État sur l'obligation vaccinale
--

Après l'adoption de la loi relative à la gestion de la crise sanitaire le Conseil Constitutionnel, par sa décision du 5 août 2021, a décidé « (...) que les professionnels soumis à cette obligation peuvent, jusqu'au 14 septembre 2021, continuer d'exercer leur activité sous

réserve de présenter soit un certificat de statut vaccinal, soit un certificat de rétablissement, soit un certificat médical de contre-indication à la vaccination, ou à défaut, un justificatif de l'administration des doses de vaccin requises par voie réglementaire ou un résultat de test de dépistage virologique négatif. Dès lors, en adoptant les dispositions contestées, le législateur qui a poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé, n'a porté aucune atteinte au droit à l'emploi ou à la liberté d'entreprendre. (...) ».

Par une ordonnance du 25 octobre 2021, Syndicat Interco CFDT des Hauts-de-Seine, n° 457230, le Conseil d'État a jugé que « [l] 'article 12 de la loi du 5 août 2021 (...) a défini le champ de l'obligation de vaccination contre la covid-19 notamment en retenant alternativement un critère géographique pour y inclure toutes les personnes exerçant leur activité dans un certain nombre d'établissements, principalement les établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux, et un critère professionnel pour y inclure tous les professionnels de santé. Ce dernier critère conduit à soumettre à l'obligation vaccinale tous les professionnels mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé publique quel que soit le lieu d'exercice de leur activité (...). Dès lors, (...) en tant qu'elles incluent dans le champ de l'obligation vaccinale contre la covid-19 les agents de la commune exerçant leurs fonctions dans les établissements de la petite enfance, [les notes de la directrice générale de la commune de Nanterre par lesquelles la commune de Nanterre a informé les agents territoriaux affectés dans les établissements de la petite enfance de la commune de leur obligation vaccinale contre la covid-19] ne peuvent être regardées comme entachées d'une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté ».

7.7.3 Un absentéisme en hausse significative

La crise sanitaire a engendré une hausse très significative de l'absentéisme du personnel soignant au sein de l'établissement. Ainsi, entre 2020 et 2021 (comparaison sur les 11 premiers mois de l'année), le nombre moyen de jours d'absence chez les AS progresse de 29 % et de 11,3 % chez les infirmiers et IDE.

Cette hausse s'accroît en 2021, particulièrement chez les aides-soignants et aides-soignantes et ce, sans qu'on puisse *a priori* l'expliquer pour les mêmes raisons que les hausses analogues dans les établissements hospitaliers généraux qui pratiquent une activité de médecine, chirurgie et d'obstétrique (MCO), avec une pression particulièrement forte liée à la présence des patients atteints par la Covid-19. Tel n'est pas le cas, *stricto sensu*, du CHD. En effet, si l'activité du CHD a été significativement impactée par la pandémie du fait de la réorganisation des prises en charge pour prévenir la propagation de l'épidémie, les prises en charge pour infection à la Covid-19 ont été peu nombreuses (18 séjours en 2020).

L'explication de la hausse de l'absentéisme du personnel soignant ne réside pas non plus, de manière prépondérante, dans le refus de se faire vacciner. En effet, seuls 14 agents ont jusqu'à maintenant refusé de se conformer à l'obligation vaccinale et 6 agents étaient suspendus au 31 décembre 2021.

Il reste à déterminer si cette hausse est conjoncturelle, et va s'estomper lorsque la pandémie sera jugulée ou s'il s'agit d'un changement structurel qui va perdurer dans les années à venir. Dans cette dernière hypothèse, il conviendra d'en tenir compte dans la construction des maquettes soignantes, afin de garantir la permanence des soins mais également dans les modélisations financières, afin d'intégrer le surcoût qui en résultera, lié à la nécessité de rémunérer un personnel de remplacement supplémentaire.

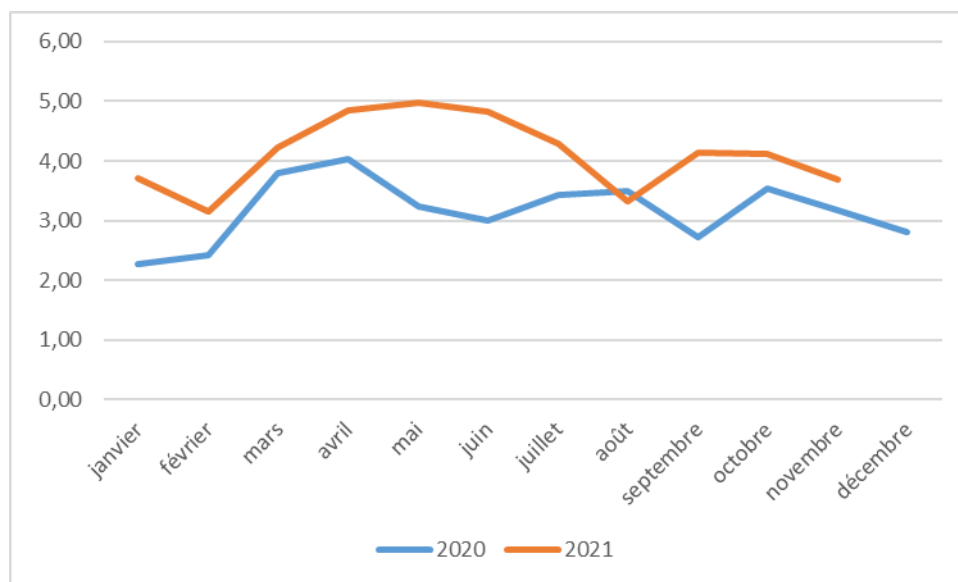
À cet effet, en ce qui concerne le volet des charges des ressources humaines, le projet immobilier part du postulat que « [l]a réorganisation des services de soins et la réaffectation des effectifs permettent d'escompter une forte amélioration des conditions de travail des soignants. À moyens constants, une réduction de l'absentéisme est donc attendue entraînant des économies sur le poste remplacement ». En 2020, les unités concernées par le projet immobilier décomptent 354,7 ETP rémunérés répartis sur 17 équipes de soins. Le projet immobilier doit aboutir à une réduction du nombre d'équipes de 17 à 15, cette réduction permettant d'effectuer des redéploiements, tant pour doter la future USIP que pour renforcer les autres unités.

Il ressort des échanges avec la direction que cette reconfiguration des locaux doit permettre de diminuer le nombre d'accidents de travail, car une augmentation du ratio agents/lit et une reconfiguration des lieux devraient diminuer le risque de violences, première cause d'absentéisme des agents dans les hôpitaux psychiatriques.

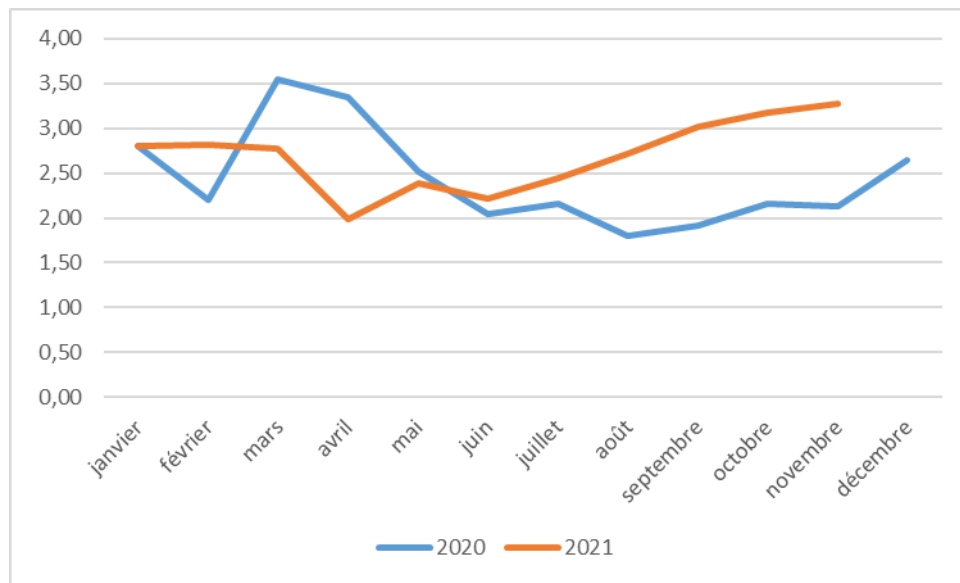
En particulier, le projet de création d'une USIP doit permettre un isolement ou une surveillance intensive des patients agités et perturbateurs. Ces patients seraient transférés dans cette unité, ce qui doit aboutir à une forte diminution de la tension dans les services de psychiatrie générale, condition nécessaire pour la réduction des risques psychosociaux. Ainsi, « [l]'effectif projeté de l'USIP, 24 agents, permet une contenance forte des patients d'autant qu'il s'agit d'une équipe spécialisée formée à la prise en soins de cette population ».

Si de telles hypothèses de travail paraissent plausibles, il est néanmoins nécessaire de rester prudent dans les prévisions, pour les raisons évoquées précédemment.

Graphique n° 18 : nombre moyen de jours d'absence des AS en 2020 et 2021 au CHD



Source : données du CHD La Candélie

Graphique n° 19 : nombre moyen de jours d'absence des IDE en 2020 et 2021 au CHD

Source : données du CHD La Candélie

ANNEXES

Annexe n° 1. Liste des personnes rencontrées.....	69
Annexe n° 2. Organigramme polaire du CHD.....	70
Annexe n° 3. Plan du CHD La Candélie.....	71
Annexe n° 4. Carte des consultations pour adultes du CHD sur le département	72
Annexe n° 5. Axes du PTSM.....	73
Annexe n° 6. L'état de la dette.....	78
Annexe n° 7. Coût du projet immobilier intrahospitalier.....	79
Annexe n° 8. Coût du projet immobilier extrahospitalier	80
Annexe n° 9. Le télétravail au CHD	81
Annexe n° 10. Glossaire - Sigles	83
Annexe n° 11. Glossaire - Définitions.....	86

Annexe n° 1. Liste des personnes rencontrées

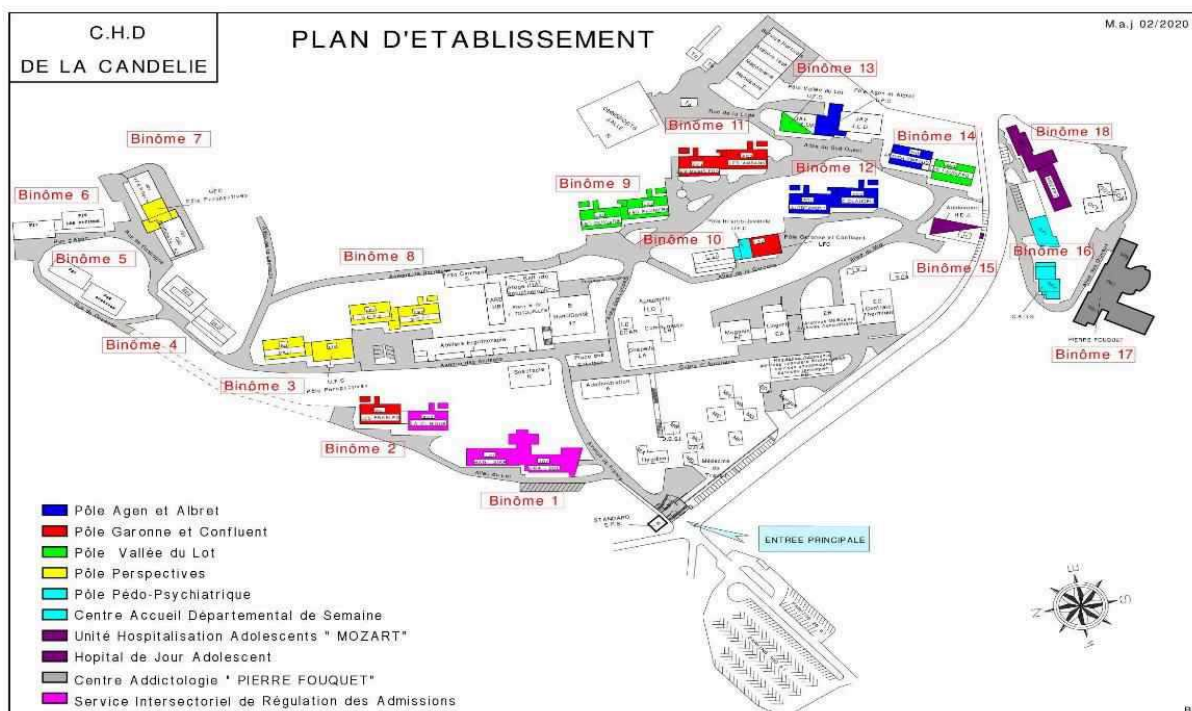
- Entretien de début de contrôle – le 12 octobre 2021 – CHD La Candélie :
avec M. Richard Campmas, directeur ;
avec Mme Maryse Arnaud, directrice des affaires financières et de l'analyse de gestion ;
- Entretien d'instruction – le 3 novembre 2021 – visioconférence :
avec le M. Éric Jalran, membre de la mission d'inspection de l'ARS ;
avec Mme le Dr Marylène Fabre, membre de la mission d'inspection de l'ARS ;
- Entretien d'instruction – le 9 décembre 2021– entretien téléphonique :
avec M. Christian Delbrel, président du Conseil de surveillance du CHD La Candélie ;
- Entretien d'instruction – le 9 décembre 2021 – visioconférence :
avec Mme Maryse Arnaud, directrice des affaires financières et de l'analyse de gestion ;
avec Mme Isabelle Grenier, services financiers ;
avec Mme Bursztejn, en charge des projets transversaux en santé mentale ;
avec M. Frédéric Lopez, directeur des ressources humaines ;
- Entretien d'instruction – la 13 décembre 2021– visioconférence et entretien téléphonique :
avec le Docteur Olivier Jacquiez, président de la CME ;
- Entretien d'instruction – le 22 décembre 2021 – visioconférence :
avec M. Richard Campmas, directeur ;
avec M. Frédéric Alexandre, chargé des travaux, de la maintenance technique, sécurité et du développement durable ;
- Entretien de fin de contrôle – le 22 décembre 2021 – entretien téléphonique :
avec M. François Cuesta, ancien directeur du CHD La Candélie ;
- Entretien de fin de contrôle – le 11 janvier 2022 – visioconférence :
avec Mme Maryse Arnaud, ancienne directrice par intérim du CHD La Candélie ;
- Entretien de fin de contrôle – le 18 janvier 2022– entretien téléphonique :
avec M. Bruno Chauvin, ancien directeur ;
- Entretien de fin de contrôle, le 24 janvier 2022 – visioconférence :
avec M. Richard Campmas ,directeur ;

Annexe n° 2. Organigramme polaire du CHD



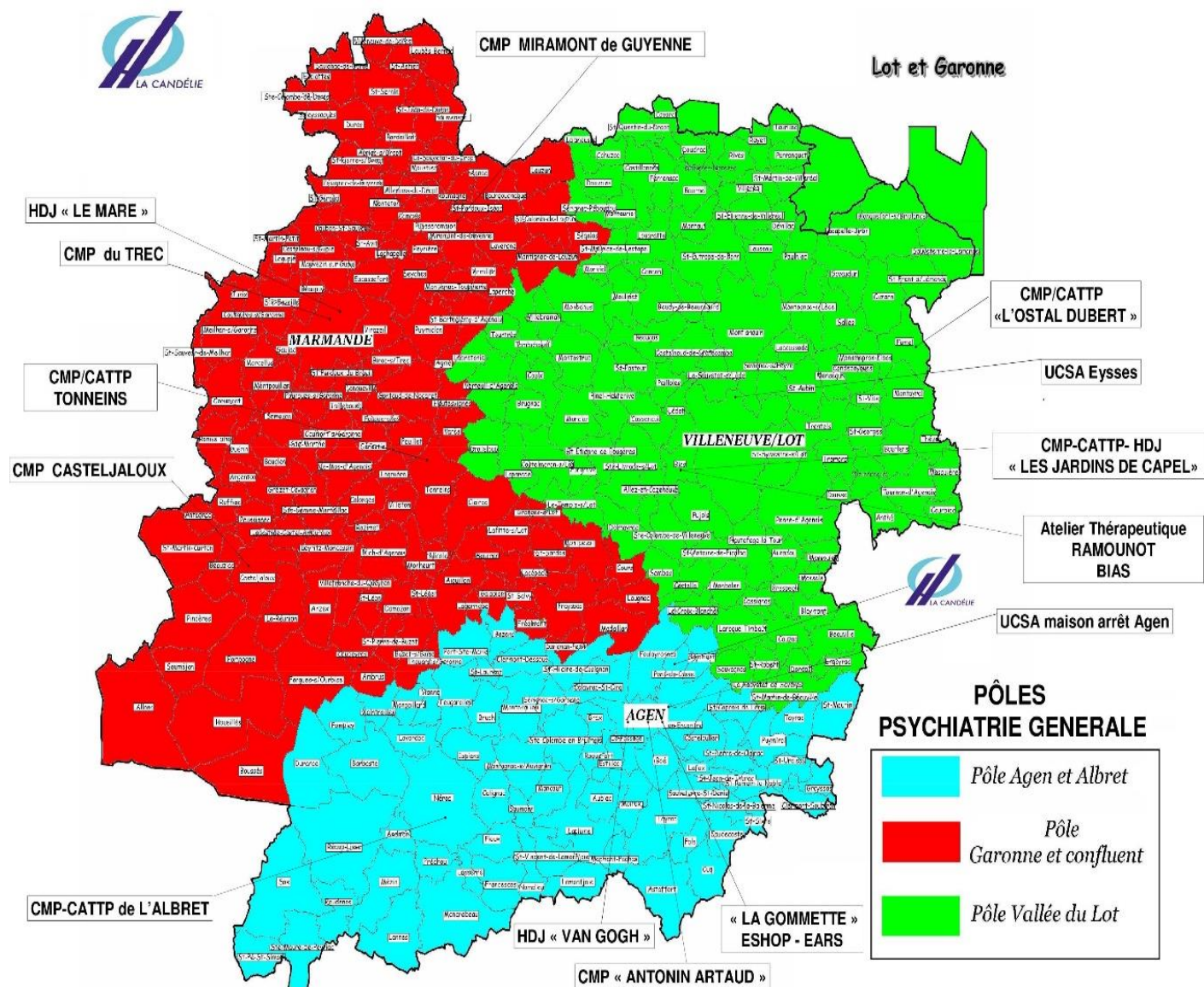
Source : rapport d'activité 2020 du CHD

Annexe n° 3. Plan du CHD La Candélie



Source : pré-étude du schéma immobilier, cabinets Embase et Bateco, 13 septembre 2021

Annexe n° 4. Carte des consultations pour adultes du CHD sur le département



Source : carte consultable sur le site internet du CHD

Annexe n° 5. Axes du PTSM

Les axes de travail du projet territorial de santé mentale sont développés dans 20 actions:

- veiller à la prise en charge des troubles anxieux ou épisodes dépressifs légers chez l'adulte. L'objectif général de l'action vise à clarifier la filière de soins et mettre en place des dispositifs pour garantir l'accès aux soins des personnes souffrant de ces troubles ;

- travailler la problématique de démographie médicale en psychiatrie. L'objectif général de cette action vise à développer l'attractivité du territoire pour des médecins ou des internes ;

- améliorer la prise en charge des personnes âgées. L'action vise à mieux articuler et coordonner les relais entre les établissements de santé (urgences, services de gériatrie), les établissements médico-sociaux (EHPAD en particulier) ou le 1^{er} recours et la psychiatrie, (service de géronto-psychiatrie en 1^{er} lieu), pour éviter des ruptures de prise en charge ou inadéquations de parcours de la personne âgée ;

- développer la formation aux troubles du neuro développement et renforcer les modalités d'accompagnement. Cette action a pour objectif d'améliorer le diagnostic précoce des troubles du neurodéveloppement et la réponse à la crise par la mise en place d'une plateforme de coordination et d'orientation ;

- lutter contre la précarité et le mal logement en santé mentale. Le département de Lot-et-Garonne souffre d'un niveau de précarité particulièrement important. Afin de répondre concrètement à cette problématique, l'équipe mobile psychiatrie et précarité, qui relève du CHD, est chargée d'améliorer le travail de liaison et de coordination entre les partenaires sociaux et les secteurs de psychiatrie, afin de mieux prendre en charge les besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. L'EMPP du CHD ne couvre pas à ce jour le nord et l'ouest du département. Elle fait partie des 22 équipes recensées par l'observatoire régional de la santé en Nouvelle-Aquitaine ;

- déployer le parcours santé en addictologie sur l'ensemble du département. Il s'agit de formaliser le « *parcours santé en addictologie* » sur l'ensemble du département ;

- faciliter l'accès aux soins en addictologie pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Cette action vise une meilleure prise en charge des usagers en difficulté avec les addictions qui vivent au sein de ces structures d'hébergement, via le développement de partenariats avec les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;

- renforcer les consultations jeunes consommateurs (CJC) et développer « *l'aller vers* ». Cette action doit aboutir à diminuer la consommation des produits addictifs chez les jeunes et diminuer les passages aux urgences des jeunes pour problème d'addiction ;

- renforcer les ELSA. Comme le précise l'observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine, dans son rapport de janvier 2021 sur les équipes de liaison et de soins en addictologie de Nouvelle-Aquitaine en 2018, « *26 Elsa, dont deux ouvertes en 2019, sont installées dans des établissements hospitaliers de Nouvelle-Aquitaine. Les trois-quarts sont adossés à une filière d'addictologie* ». Avec 5,58 ETP consacrés à l'équipe du CHD (pour 716 patients vus en 2018), l'ELSA du CHD apparaît comme l'une des mieux dotées de la région.

Tableau n° 23 : nombre de patients distincts, diagnostiqués ou non, vus physiquement par les 23 Elsa de Nouvelle-Aquitaine selon leurs caractéristiques, en 2018

CH	Ensemble de la file active
16-CH Angoulême	279
17-CH Jonzac	162
17-CH St-Jean d'Angely	531
17-CH Rochefort	1246
19-CH Brive	290
19-CH Cœur de Corrèze	252
19-CH Ussel	88
23-CH St Vaury	228
23-Centre médical MGEN Ste-Feyre	527
24-CH Vauclaire	1202
33-CHU Bordeaux	926
33-CH Arcachon	40
33-CH Libourne	643
33-CH Charles Perrens	290
40-CH Mont-de-Marsan	966
40-CH Dax	1296
47-Pôle de santé du Villeneuvois	295
47-CHD La Candélie	716
64-CH Côte basque	1315
64-CH Pau	975
79-CH Niort	1021
79-Nord Deux-Sèvres	43
87-CH Esquirol	633

Source : extrait du rapport d'activité 2018 des Elsa, Piramig – Exploitation : ORS-Nouvelle-Aquitaine

Tableau n° 24 : nombre d'ETP des Elsa de Nouvelle-Aquitaine, fin 2018

16-CH Angoulême	2,85
17-CH Jonzac	ND
17-CH St-Jean d'Angely	1,50
17-CH Rochefort	3,09
19-CH Brive	2,85
19-CH Cœur de Corrèze	1,54
19-CH Ussel	2,76
23-CH St Vaury	0,95
23-Centre médical MGEN Ste-Feyre	0,74
24-CH Vauclaire	7,79
33-CHU Bordeaux	5,60
33-CH Arcachon	0,09
33-CH Libourne	4,10
33-CH Charles Perrens	4,95
40-CH Mont-de-Marsan	3,20
40-CH Dax	3,83
47-Pôle de santé du Villeneuvois	2,15
47-CHD La Candélie	5,59
64-CH Côte basque	6,05
64-CH Pau	5,61
79-CH Niort	2,49
79-Nord Deux-Sèvres	1,65
87-Clinique Korian St-Maurice	ND
87-CH Esquirol	2,00
Total 22 Elsa	71,38

Source : extrait du rapport d'activité 2018 des Elsa, Piramig – Exploitation : ORS-Nouvelle-Aquitaine

Il ressort de l'analyse de ces données que sur l'ensemble des ELSA de la région, celle de la Candélie dispose de 7,8 % des effectifs pour 5,1 % de patients distincts, diagnostiqués ou non, vus physiquement.

- développer une équipe mobile en addictologie pour aller vers les publics vulnérables. Cette action vise la constitution d'une équipe dédiée, pluridisciplinaire, pouvant intervenir sur l'ensemble du département ;

- améliorer la prise en charge des détenus. Cette action concerne les personnes détenues de la maison d'arrêt d'Agen et du centre de détention d'Eysses, durant leur incarcération et après leur sortie. L'objectif des soins psychiatriques est d'assurer au patient un parcours de soins optimal en cours de détention et de préparer et suivre sa sortie de détention. En effet, le CHD assure la psychiatrie de liaison et les soins psychiatriques aux urgences du centre hospitalier d'Agen et participe aux soins dispensés aux personnes détenues dans les deux unités sanitaires en milieu pénitentiaire d'Agen et d'Eysses. Ainsi que le précise l'établissement, « [l]e risque majeur pour les personnes détenues est le passage à l'acte suicidaire et, notamment lors de temps particulièrement critiques : entrée en détention, période de jugement(s), sortie par exemple. Les conditions de détention aujourd'hui (surpopulation, tensions, isolement, etc.) influent de façon très négative sur ce risque. La prévention du suicide implique de travailler avec l'ensemble des

intervenants auprès des détenus pour renforcer le repérage. Le SPPL (service de Psychologie et Psychiatrie Légales) est fragile. Le fonctionnement et l'équipe pluridisciplinaire du SPPL doit en 1^{er} lieu stabiliser ses effectifs et son fonctionnement, renforcer ces actions autour de la prévention du suicide avant d'élaborer d'autres actions participant à l'amélioration de la santé mentale des détenus et, notamment des actions qui viseraient le renforcement. Si celles-ci sont envisageables à terme, en fonction des besoins identifiés avec les autres partenaires de l'USMP, il est difficile, pour l'instant, de les inscrire en objectifs à atteindre dans l'immédiat » ;

- amplifier les dispositifs de lutte contre le suicide. La promotion des actions de prévention du suicide s'inscrit dans le contexte d'une situation plus défavorable en Nouvelle-Aquitaine, qu'au niveau national en ce qui concerne les suicides et les tentatives de suicides. Le taux de suicide chez les femmes en Lot-et-Garonne est supérieur par rapport au taux national et en ce qui concerne les hommes, ce taux est supérieur aux taux régional et national. Il y a près de 60 décès par suicide chaque année dans le département ;

- soutenir l'action menée en direction des victimes de psycho traumatisme. Cette action vise à mettre en place un dispositif spécifique lisible dans le département en direction des personnes victimes de psycho traumatisme. La prise en charge du psycho-traumatisme est devenue essentielle en psychiatrie et fait partie des actions définies par la feuille de route nationale en santé mentale (action 25, anciennes actions 19 et 20) ;

- améliorer le parcours de santé mentale des migrants. Il s'agit de favoriser la prise en charge des demandeurs d'asile, réfugiés et mineurs non accompagnés en situation de vulnérabilité psychologique, souffrant d'addictions sévères ;

- prendre en charge des psychoses émergentes. L'objectif général vise à développer une démarche de repérage précoce des troubles (en amont ou dès le premier épisode psychotique) chez la population générale des 15-35 ans sur l'ensemble du département pour diminuer l'impact du trouble psychotique sur la trajectoire de vie de la personne ;

- favoriser la prise en charge de la santé mentale des adolescents. Cette action vise à améliorer la coordination des acteurs et la lisibilité des ressources sur le territoire afin de construire une réelle synergie pour accompagner les adolescents du département ;

- améliorer la prise en charge en psychiatrie adulte des patients des structures médico-sociales. Les objectifs de cette action sont multiples. L'amélioration des conditions d'accueil au sein du CHD doit passer par une rénovation des locaux pour assurer un accueil adapté à ces patients et l'identification d'un service dédié spécialisé pour ce public. Le partage d'une culture commune du parcours des adultes souffrant de handicap psychique sévère doit se faire via la mise en place d'un groupe de travail dédié au sein du GCS et par le biais d'une équipe mobile de soutien aux établissements et services médico-sociaux. L'organisation des liens entre les structures médico-sociales et le CHD doit s'effectuer à travers la formalisation du cadre d'intervention de l'équipe mobile auprès de certains établissements médico-sociaux, le déploiement de la télémédecine en psychiatrie et la création de lits de séjour de rupture pour les résidents des établissements médico-sociaux, par départ de patients vers ces établissements. La fiche action préconise également de s'interroger sur une possible extension de la MAS du Séguran, le développement de logements accompagnés, de l'accueil familial thérapeutique et enfin la création d'un service d'accueil temporaire au sein des établissements médico-sociaux, permettant l'orientation de patients sans projet de vie ;

- mettre en œuvre le projet de réhabilitation psychosociale. Il s'agit de développer l'accès aux dispositifs de réhabilitation psychosociale sur le département et renforcer leur lisibilité afin

de garantir une continuité de parcours vers le rétablissement aux personnes souffrant de handicap psychique dans une offre territoriale homogène ;

- optimiser le parcours de soin en santé mentale des enfants de 0 à 12 ans. Les nouveau-nés, les enfants, les femmes enceintes constituent le public cible du dispositif, qui vise à renforcer le repérage précoce des troubles psychiques et de leur prise en charge dans les réseaux de l'enfance et de la petite enfance et améliorer la coordination territoriale de proximité des acteurs de 1^{er} et 2nde ligne agissant sur le parcours de santé des enfants, afin de le fluidifier et le sécuriser ;

- mettre en place un dispositif de coordination extra hospitalière de soins et d'aide à la resocialisation (CESAR) à destination des personnes suivies pour problème d'addiction. Cette action s'est concrétisée via la création d'un poste de professionnel formé en addictologie pour organiser une coordination avec les différents partenaires du territoire et d'un accueil pour les patients majeurs, en relais d'un soin spécifique addictologique en établissement de santé ou en CSAPA. Le dispositif CESAR concerne l'agenais, depuis septembre 2018. Après un an d'activité, l'évaluation du dispositif est positive (49 personnes suivies en 2019 pour 53 prises en charge, durée moyenne de la prise en charge de 90 jours, motifs d'arrêt : 25 % objectifs atteints, 18 % rechute, 41 % rupture, 16 % autres) et permet d'envisager l'extension du dispositif à d'autres territoires de santé.

Annexe n° 6. L'état de la dette**Compte financier 2020 – profil d'extinction de la dette à long et moyen terme**

Exercice	Remboursement en capital	Capital restant dû
2019		12 510 216,00
2020	1 173 198,81	11 337 017,19
2021	1 175 374,88	10 161 642,31
2022	1 177 635,81	8 984 006,50
2023	1 149 984,92	7 834 021,58
2024	1 122 425,64	6 711 595,94
2025	1 124 961,55	5 586 634,39
2026	1 127 597,03	4 459 037,36
2027	932 402,30	3 526 635,06
2028	807 402,30	2 719 232,76
2029	692 818,93	2 026 413,83
2030	507 402,30	1 519 011,53
2031	357 402,30	1 161 609,23
2032	182 402,30	979 206,93
2033	182 402,30	796 804,63
2034	182 402,30	614 402,33
2035	182 402,33	432 000,00
2036	108 000,00	324 000,00
2037	108 000,00	216 000,00
2038	108 000,00	108 000,00
2039	108 000,00	0,00

Source : *hélios*, compte financier 2020

Annexe n° 7. Coût du projet immobilier intra-hospitalier

Projet 8-1 : Création et installation dans un bâtiment neuf d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) : capacité 10 lits	2 703K€	541K€	3 243K€
Projet 8-2 : Implantation dans des bâtiments neufs de 4 unités d'hospitalisation de psychiatrie générale d'une capacité unitaire de 23 lits soit au total 92 lits.	13 833K€	2 767K€	16 599K€
Projet 8-3 : Implantation dans deux bâtiments réhabilités de deux unités de 18 lits destinées aux patients chroniques et déficients.	4 677K€	935K€	5 613K€
Projet 8-4 : Implantation dans un bâtiment neuf de l'unité de géronto-psychiatrie : capacité 18 lits	3 008K€	602K€	3 609K€
Projet 8-5 : Adaptation de bâtiments existants abritant des filières spécialisées	2 131K€	426K€	2 557K€
Projet 8-6 : Administration et fonctions supports	7 019K€	1 404K€	8 423K€
<u>AXE INTRA-HOSPITALIER: récapitulatif TDC</u>	33 370K€	6 674K€	40 044K€

Source : dossier d'éligibilité du projet immobilier, CHD, 10 janvier 2022

Annexe n° 8. Coût du projet immobilier extrahospitalier

Récapitulatif TTTDC	Coût HT	TVA applicable	Coût TTC
Projet 1 : Centre de soins du Gravier (Centre ville d'AGEN) :	3 196K€	639K€	3 835K€
Projet 2 : Extension du CMPI enfant : Site les trois rosiers (Ville d'AGEN)	754K€	151K€	904K€
Projet 3 : Transfert dans un bâtiment vacant et extension de l'appartement thérapeutique à 10 places (Ville D'Agen)	986K€	197K€	1 183K€
Projet 4 : Construction d'un nouveau bâtiment destiné à recevoir le CMP adulte et le CMP Enfant/adolescent. (Ville de Nérac.)	1 927K€	385K€	2 312K€
Projet 5 : Reconstruction sur le même site du CMPI et de l'HDJ pour enfants. Site l'Araucaria. (Villeneuve-sur-Lot)	3 406K€	681K€	4 087K€
Projet 6 : Regroupement sur un site unique du CMP et de l'hôpital de jour pour adultes actuellement implantés sur deux lieux différents. Site Les Capucins. (Ville de Marmande)	3 197K€	519K€	3 716K€
Projet 7 : Extension du CMPI pour enfants préexistant pour implanter sur ce site le CMP adolescent	408K€	82K€	490K€
AXE EXTRA-HOSPITALIER: récapitulatif TDC	13 872K€	2 654K€	16 527K€

Source : dossier d'éligibilité du projet immobilier, CHD, 10 janvier 2022

Annexe n° 9. Le télétravail au CHD

		Modalités d'exercice du travail				
		Nbre d'agents physiques sur emplois permanents	dont Agents en situation de travail en présentiel à 100%	dont Agents relevant d'une situation de télétravail de droit commun quelle que soit la quotité de temps de travail	dont Agents relevant d'une situation de télétravail contraint pendant la crise sanitaire quelle que soit la quotité de temps de travail (de mars 2020 à septembre 2021)	dont Agents relevant d'une autre forme d'organisation du travail (nomadisme, ...)*
Au 31/12/2019	Catégorie A	495	447	-		-
	Catégorie B	48	37	-		-
	Catégorie C	334	289	-		-
Au 31/12/2020	Catégorie A	522	474		175	-
	Catégorie B	48	37		67	-
	Catégorie C	329	293		24	-
Au 31/08/2021	Catégorie A	525	646		-	-
	Catégorie B	48	37		3	-
	Catégorie C	314	275		-	-
Au 31/12/2021 sur la base des autorisations à la date de réponse à cette enquête	Catégorie A	538	473	-		-
	Catégorie B	189	170	-		-
	Catégorie C	221	189	-		-

		Agents sur emploi permanent en télétravail (droit commun) modalités fixes ou souples			
		Formule dite fixe ou régulière (jours pré-déterminés du moment de l'autorisation)		Autre formule dite souple ou ponctuelle (jours flottants à prendre sur des cycles hebdomadaires, mensuels ou annuels)	
		Nbre d'agents	Représentant Nbre de jours de télétravail (total annuel)	Nbre d'agents	Représentant Nbre de jours (total annuel)
Au 31/12/2019	Catégorie A	-	-	-	-
	Catégorie B	-	-	-	-
	Catégorie C	-	-	-	-
Au 31/12/2020	Catégorie A	175	3271	-	-
	Catégorie B	67	858	-	-
	Catégorie C	24	417	-	-
Au 31/12/2021 sur la base des autorisations à la date de réponse à cette enquête	Catégorie A	-	-	-	-
	Catégorie B	3	15	-	-
	Catégorie C	-	-	-	-

RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR GENRE DES AGENTS EN TÉLÉTRAVAIL DE DROIT COMMUN

Âges	AU 31/12/2019		AU 31/12/2020		AU 31/12/2021	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
60 et plus	-	-	11	12	-	-
50-59	-	-	14	58	-	-
40-49	-	-	19	59	1	-
30-39	-	-	11	59	-	2
Moins de 30 ans	-	-	2	21	-	-

RÉPARTITION DES AGENTS HOSPITALIERS EN TÉLÉTRAVAIL DE DROIT COMMUN SELON LES FONCTIONS EXERCÉES*

Fonctions / filières	AU 31/12/2019	AU 31/12/2020	AU 31/12/2021
Administrative	-	34	2
Technique et ouvrière	-	10	1
socio-éducative	-	52	-
Autres (SOIGNANTS)	-	170	-

* Agents en télétravail relevant des dispositions du décret du 11/02/2016

LES DEMANDES ANNUELLES DE TÉLÉTRAVAIL DE DROIT COMMUN

	Nbre d'agents ayant fait l'objet d'une décision favorable/défavorable de télétravail (dans l'année de référence)		Nbre de télétravailleurs ayant renoncé au télétravail (dans l'année de référence)	Nbre de télétravailleurs qui ont connu une fin d'autorisation de télétravail sur demande de l'employeur (dans l'année de référence)
	décision favorable (y compris si quotité autorisée est inférieure à la quotité demandée)	décision défavorable		
Au 31/12/2019	-	-	-	-
Au 31/12/2020	266	-	-	266
Au 31/12/2021 sur la base des autorisations prises à la date de réponse à cette enquête	3	-	-	3

Source : données du CHD

Annexe n° 10. Glossaire - Sigles

ADDIMED :	Pôle addictologie, médecine polyvalente, médico-technique et information médicale
AIG :	Activités d'intérêt général
ARS :	Agence régionale de santé
AS :	Aide-soignant/Aide-soignante
CAF :	Capacité d'autofinancement
CAMSP :	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CESAR :	Coordination extra hospitalière de soins et d'aide à la resocialisation
CGLPL :	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH :	Centre hospitalier
CHAN :	Centre hospitalier Agen-Nérac
CHD :	Centre hospitalier départemental
CHRS :	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CJF :	Code des juridictions financières
CLSM :	Conseil local en santé mentale
CME :	Commission médicale d'établissement
CMP :	Centre médico-psychologique
CMPP :	Centre médico-psycho-pédagogique
CNRACL :	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
COPIL :	Comité de pilotage
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS :	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRPP :	Compte de résultat prévisionnel principal
CSAPA :	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSIRMT :	Commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique
DG :	Direction générale
DIM :	Département d'information médicale
DPI :	Dossier patient informatisé
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA :	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMA :	Agence européenne des médicaments

EMGP :	Équipe mobile géro-nto-psychiatrie
EMPP :	Équipe mobile psychiatrie précarité
EPRD :	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EQSAM :	Équipe sanitaire mobile
ETP :	Éducation thérapeutique du patient
ETP :	Équivalent temps plein
ETPR :	Équivalent temps plein rémunéré
FARE :	Foyer d'activités récréatives et éducatives
FIR :	Fonds d'intervention régional
GEM :	Groupes d'entraide mutuelle
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
GPMC :	Gestion prévisionnelle des métiers et de compétences
HDJ :	Hôpital de jour
IDE :	Infirmier diplômé d'État/Infirmière diplômée d'État
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IPA :	Infirmier/Infirmière en pratiques avancées
JLD :	Juge de la liberté et de la détention
MAS :	Maison d'accueil spécialisée
MARS :	Message d'alerte rapide sanitaire
MCO :	Médecine chirurgie obstétrique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONDAM :	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PGE :	Provisions pour gros entretien
PIEA :	Pôle d'information d'écoute et d'accueil
PJJ :	Protection judiciaire de la jeunesse
PM :	Personnel médical
PMI :	Protection maternelle et infantile
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM :	Personnel non médical
PRAPS :	Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS :	Projet régional de santé
PTSM :	Projet territorial de santé mentale
PV :	Procès-verbal
QPC :	Question prioritaire de constitutionnalité
RIA :	Relevé infra-annuel

RPS :	Réhabilitation psychosociale
RT-PCR :	<i>Reverse Transcriptase- Polymerase Chain Reaction</i> - réaction de polymérisation en chaîne
SIRA :	Service intersectoriel de régulation des admissions
SRS :	Schéma régional de santé
TTC :	Toutes taxes comprises
T2A :	Tarifcation à l'activité
UCC :	Unité cognitivo-comportementale
UMD :	Unité pour malades difficiles
USIP :	Unité de soins intensifs psychiatriques
USMP :	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Annexe n° 11. Glossaire - Définitions

Besoin en fonds de roulement (BFR)

Le besoin en fonds de roulement correspond au besoin de liquidités engendré par l'activité de l'établissement et se mesure par différence entre les besoins immédiats qu'il est nécessaire de financer pour alimenter le cycle d'exploitation (stocks et créances = actif circulant) et le crédit obtenu auprès des fournisseurs et autres tiers (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales, avances reçues = passif circulant).

Capacité d'autofinancement (CAF)

La capacité d'autofinancement (ou insuffisance d'autofinancement - IAF) représente les ressources brutes restant à la disposition de l'établissement de santé à l'issue de l'exercice comptable destinées à financer ses besoins de financement. Elle doit permettre en premier lieu de rembourser les emprunts puis, avec le solde, de contribuer au financement des investissements. Elle permet d'éviter les prélèvements sur fonds de roulement.

Le taux de CAF mesure le poids de l'autofinancement (amortissements et provisions, nets des reprises) dans les produits courants d'exploitation.

Capacité de remboursement des emprunts

Le ratio mesure la part des amortissements (partie la plus importante de l'autofinancement) absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus cette part est élevée, moins l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements.

Dotation annuelle de financement (DAF)

Dotation forfaitaire rémunérant la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics ou des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, dispensés au profit des patients assurés sociaux. Il s'agit d'une enveloppe budgétaire fermée calculée *a priori* et non pas à partir des données de coûts de établissements.

Durée apparente de la dette

Capacité théorique de l'établissement à apurer sa dette en rapportant l'encours total de la dette au montant des provisions et des amortissements réalisés au cours de l'exercice net des reprises, c'est-à-dire à l'autofinancement de l'établissement au sens financier. Elle s'interprète comme le nombre d'années nécessaires pour éteindre l'encours de dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement y étaient consacrées. Plus le ratio est élevé, moins l'établissement dispose de marge pour financer le remboursement de ses emprunts, le renouvellement de ses immobilisations et des projets nouveaux.

File active

En psychiatrie, la file active correspond au total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

Un même patient peut être pris en charge successivement dans plusieurs unités ou plusieurs secteurs du même établissement. Il peut également être suivi en même temps dans deux structures de l'établissement (par exemple dans un CATTP intersectoriel et dans un CMP). Dans ce cas (patient suivi dans plusieurs unités, parallèlement ou alternativement), si le patient n'est compté qu'une fois pour l'ensemble de l'établissement, la file active est dite « *sans doublon* » ; si le patient est compté autant de fois qu'il y a de structures ou de secteurs qui le prennent en charge, la file active est dite « *avec doublons* ».

Une file active qui correspond au simple cumul des files actives des différents secteurs ou structures est une file active qui comporte des doublons (c'est-à-dire des patients enregistrés plusieurs fois). Elle est par conséquent plus élevée qu'une file active sans doublon.

Fonds d'intervention régional (FIR)

Outil de pilotage confié aux agences régionales de santé ayant vocation à financer des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. L'objectif du FIR est de permettre une plus importante souplesse de gestion et une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires. Il s'inscrit dans l'action des projets régionaux de santé pour assurer notamment le financement de l'investissement dans les établissements de santé aussi bien que des expérimentations d'innovations régionales.

Marge brute

La marge brute s'obtient par différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement.

Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits courants. Cet indicateur mesure la « *marge* » que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production.

M21

Instruction budgétaire et comptable des établissements publics de santé.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI permet une description synthétique standardisée de l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement systématique minimal de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information et sur leur traitement automatisé.

Taux d'endettement

Ce ratio mesure le poids de la dette dans le total des produits toutes activités confondues.

Taux d'indépendance financière

Il permet d'apprécier la structure des capitaux permanents, c'est-à-dire le poids de l'endettement moyen et long terme par rapport à l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (capitaux propres et dettes financières). Il traduit plus exactement la dépendance financière de l'établissement vis-à-vis des établissements de crédit.

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé dispose :

« Au chapitre V du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, il est créé une section 4 ainsi rédigée :

Section 4

Emprunts

Art. D. 6145-70. - Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;*
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;*
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % [...] ».*

Taux de renouvellement des immobilisations

Le taux de renouvellement des immobilisations mesure la part des investissements réalisés dans l'année dans le total de l'actif brut immobilisé, exprimant ainsi le rythme des investissements.

Taux de vétusté

Le taux de vétusté des équipements ou des immobilisations mesure la part moyenne des équipements ou des immobilisations déjà amortis et donc l'obsolescence de l'appareil de production. Il donne une bonne indication sur la nécessité d'investir et doit être interprété en fonction de la vitesse d'amortissement. Lorsqu'il tend vers 100 %, ce ratio traduit un patrimoine vieillissant dont le renouvellement doit être envisagé. Un ratio inférieur à 40 % traduit à l'inverse un patrimoine jeune.



Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine

3, place des Grands Hommes – CS 30059

33064 BORDEAUX Cedex

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine