



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉUNION (Département de La Réunion)

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 11 juin 2020

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	5
PROCÉDURE.....	8
OBSERVATIONS	9
1 GOUVERNANCE.....	11
1.1 Les instances	11
1.1.1 Le conseil de surveillance.....	11
1.1.2 Le directoire.....	13
1.2 La stratégie.....	13
1.2.1 Le projet d'établissement et la contractualisation.....	13
1.2.2 Consolider les activités autorisées	15
1.2.3 Les perspectives de mobilité professionnelle des acteurs.....	16
2 LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL	17
2.1 Les ressources budgétaires.....	17
2.2 Les ressources humaines	19
2.2.1 Les personnels non médicaux	19
2.2.2 Les personnels médicaux	21
2.3 Les fonctions logistiques.....	23
2.3.1 La commande publique.....	23
2.3.2 Le parc automobile	25
2.4 La gestion des biens des patients	27
3 ENJEUX ET PERSPECTIVES	27
3.1 Le pilotage des moyens au regard de l'activité.....	27
3.1.1 La performance des organisations en intra hospitalier	28
3.1.2 Les organisations dans les centres d'accueil psychiatriques et centres de crise	31
3.1.3 L'extra hospitalier.....	33
3.1.4 La pause méridienne	34
3.2 La réforme du financement de la santé mentale	36
3.2.1 Les axes de la réforme	36
3.2.2 Un levier pour l'établissement.....	37
3.3 Les autres domaines	38
3.3.1 Un schéma directeur immobilier ambitieux.....	38
3.3.2 Les coopérations	40
ANNEXES	42

SYNTHÈSE

La prise en charge de la santé mentale à La Réunion présente une insuffisance de moyens, notamment en termes de praticiens, qui conduit depuis 2018 les autorités de planification à rehausser les dotations budgétaires des établissements. L'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) bénéficie actuellement de ce réajustement de dotation¹.

Cet acteur principal propose une offre de soins en psychiatrie adulte et infanto-juvénile. En application de la sectorisation psychiatrique², il prend en charge les patients relevant d'un territoire géographique et ne couvre donc pas l'intégralité du département. La Réunion comprend en effet deux secteurs au sud dont la couverture est assurée par le CHU SUD. Deux établissements privés traitent des patients en hospitalisation non contrainte. L'EPSMR présente aussi la spécificité d'intégrer actuellement dans son ressort trois centres pénitentiaires.

La gouvernance et le pilotage stratégique de l'établissement sont effectifs et globalement efficaces.

L'établissement aurait toutefois intérêt à réunir l'ensemble des instances selon la fréquence prescrite par les textes. L'information délivrée au conseil de surveillance pourrait être enrichie pour faciliter sa prise de décisions. La mise en place opérationnelle d'une contractualisation avec les pôles pourrait améliorer la cohésion médicale et l'harmonisation des pratiques.

L'établissement a été certifié B³ par la Haute autorité de santé (HAS) en décembre 2017, il a fait l'objet d'une nouvelle visite de certification dont le classement est en cours, mais il ressort d'ores et déjà qu'il aurait progressé sur nombre de points.

Le re-basage⁴ dont bénéficie l'établissement depuis 2018 lui a permis de retrouver une situation financière équilibrée après plusieurs exercices marqués par des déficits structurels. La poursuite de ce mécanisme devrait lui permettre de financer en partie un schéma directeur de travaux ambitieux qui vise à la fois à élargir l'offre de soins en intra hospitalier, notamment avec des lits de soins intensifs et aussi des lits pour adolescents, mais aussi à regrouper des sites extra hospitaliers trop épars sur son territoire.

L'EPSMR n'est pas soumis pour l'heure à l'obligation de certification de ses comptes, mais, avec un budget consolidé qui dépasse les 80 M€⁵, il doit s'y préparer activement. Dans ce domaine, il doit améliorer la tenue de ses comptes, dans le sens d'une plus grande fiabilité.

La direction de l'établissement qui est aussi celle du centre hospitalier Ouest de La Réunion, impulse une bonne dynamique depuis son arrivée, elle s'emploie à mutualiser au mieux les fonctions logistiques et supports au profit des deux établissements. Elle travaille à

¹ Qualifié de re-basage.

² Le principe de la sectorisation repose sur le découpage géographique des départements en secteurs. La sectorisation a pour objet de permettre que les personnes nécessitant des soins psychiatriques soient soignées au plus près de leur lieu de résidence. Sous réserve de leur libre choix, les patients sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant au sein d'un établissement « tête de secteur ».

³ Sur une échelle allant de « A » certifié sans réserve à « E » non certifié.

⁴ Terme technique signifiant le réajustement de la base.

⁵ Le seuil de certification est à 100 M€.

l'optimisation de ses organisations tant en intra hospitalier qu'en extra. Des marges de manœuvre existent encore qui sont autant de leviers.

Des actions ont été engagées pour maîtriser les dépenses de personnel, qui représentent plus de 80 % des dépenses de fonctionnement. L'octroi d'avantages sans base légale, le paiement d'une sur-rémunération aux agents contractuels, le maintien de la sur-rémunération pendant les congés bonifiés des médecins ou encore le décompte de la pause méridienne comme du temps de travail sont autant de marges que l'établissement pourrait utiliser.

En matière de logistique, l'établissement dispose encore de gisements de progrès. Il doit clarifier l'organisation du temps médical, assouplir ses organisations soignantes, mieux affecter les moyens au regard de l'activité effectivement constatée.

En extra hospitalier, il doit compléter sa démarche d'amélioration de la prise en charge en étendant les audits actuellement en cours aux hôpitaux de jour et à l'accueil familial thérapeutique.

L'établissement doit se préparer à la réforme du financement de la santé mentale applicable à compter de 2021 et à la poursuite de l'affectation des moyens en interne, notamment au regard d'indices populationnels.

Le Schéma directeur des travaux quoique nécessaire est ambitieux et l'EPSMR doit s'assurer tant de sa soutenabilité financière que technique dans les délais qu'il s'est imposé.

La promotion des coopérations et des partenariats est un axe fort du projet d'établissement de l'EPSMR, projet qui représente un enjeu stratégique pour lui. Ces coopérations doivent s'exercer naturellement au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT), dont l'EPSMR est membre, vers les établissements privés, le médico-social, mais aussi le centre hospitalier de Mayotte.

RECOMMANDATIONS⁶

<i>Régularité</i>						
Numéro	Domaine	Objet	Mise en œuvre	Mise en œuvre en cours	Non mise en œuvre	Page
1	Gouvernance et pilotage	Élaborer dès 2020 une comptabilité analytique de manière à améliorer la performance du pilotage et en présenter annuellement les résultats au conseil de surveillance, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique.		X		12
2	Gouvernance et pilotage	Réunir le directoire au moins huit fois par an, conformément aux dispositions de l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique, et la CDU au moins quatre fois par an, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-88 du code de la santé publique, dans l'objectif d'associer plus étroitement ces instances au fonctionnement de l'hôpital.		X		13
3	Ressources humaines	Achever le processus de régularisation des contrats de travail des personnels non titulaires dans le délai prévu, soit avant la fin de l'année 2020.		X		21
4	Ressources humaines	Mettre fin à la majoration de traitement versée sans aucune base légale aux médecins contractuels.			X	22
5	Commande publique	Passer systématiquement un marché public dès lors que le montant du besoin à satisfaire dépasse le seuil de recours à une procédure adaptée ou formalisée.		X		25

⁶ Les recommandations sont classées sous la rubrique « régularité » lorsqu'elles ont pour objet de rappeler la règle (lois et règlements) et sous la rubrique « performance » lorsqu'elles portent sur la qualité de la gestion sans que l'application de la règle ne soit mise en cause.

<i>Régularité</i>						
6	Organisation des soins	Faire cesser l'organisation médicale dérogatoire en journée de 16 h à 18 h pour revenir à la stricte application de la réglementation relative au temps médical (article R. 6152-27 du code de la santé publique).			X	32
7	Ressources humaines	Mettre fin à l'assimilation généralisée de la pause déjeuner à du temps de travail effectif pour les personnels non soignants, conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002.			X	36

<i>Performance</i>						
Numéro	Domaine	Objet	Mise en œuvre	Mise en œuvre en cours	Non mise en œuvre	Page
1	Gouvernance et pilotage	Décliner des contrats de pôle avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs mesurables et impliquer, par une politique d'intéressement, les pôles à la réalisation effective de ces derniers.		X		15
2	Ressources humaines	Définir d'ici 2021 une politique et des règles institutionnelles de mobilité interne, visant à garantir pour tout personnel soignant, l'exercice de fonctions intra hospitalières en cours de carrière, et à développer les mobilités de l'intra hospitalier vers l'extra hospitalier, et inversement.		X		17
3	Comptabilité et finances	Se doter d'ici fin 2020 , d'une instance de pilotage de la fiabilisation des comptes.		X		19
4	Ressources humaines	Mettre fin dès 2020 au paiement de la sur-rémunération des médecins titulaires pendant leurs congés bonifiés en métropole.			X	23

<i>Performance</i>						
5	Flotte automobile	Définir une politique opérationnelle du transport permettant la rationalisation du parc, l'attribution des véhicules, l'amélioration des modalités de réservation et l'optimisation des assurances.		X		27
6	Organisation des soins	Étudier et expérimenter d'ici fin 2020, pour les week-ends et jours fériés, une organisation du travail du personnel soignant en intra hospitalier plus flexible, tenant compte de l'activité et notamment des permissions de courte durée des patients.			X	29
7	Organisation des soins	Mettre en place au niveau des CAP (centres d'accueil psychiatriques) un système d'information exhaustif de manière à objectiver une juste affectation des moyens au regard de l'activité constatée.			X	33
8	Organisation des soins	Procéder d'ici fin 2020 à un audit de la pertinence et de la performance des structures d'accueil thérapeutique ainsi que des hôpitaux de jour.			X	34

PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) à compter de l'exercice 2015 a été ouvert le 26 septembre 2019 par lettre du président de la chambre à Monsieur Laurent Bien, directeur de l'établissement. Le président du conseil de surveillance a été informé par courrier du même jour.

L'entretien de fin de contrôle prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 29 janvier 2020 avec le directeur.

La chambre, dans sa séance du 10 février 2020 a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été adressées à l'ordonnateur le 6 mars. En application de l'article R. 243-5 du code précité, la chambre a transmis un extrait le 24 mars à l'agence régionale de santé (ARS). Le directeur de l'EPSMR a répondu par courrier enregistré au greffe de la chambre le 11 mai 2020. L'ARS n'a pas répondu.

La chambre dans sa séance du 11 juin 2020 a arrêté les observations définitives suivantes.

OBSERVATIONS

Avec 16,7 psychiatres pour 100 000 habitants, La Réunion est le département ultramarin le mieux doté (13,1 pour 100 000 en moyenne). L'île est moins bien pourvue en moyenne que la France entière (23 pour 100 000) mais bien mieux dotée que nombre de départements ruraux de métropole. Cette situation conduit les autorités de planification à rehausser depuis 2018 les dotations budgétaires des établissements.

L'établissement public de santé mentale de La Réunion est l'acteur principal de la prise en charge de la santé mentale dans l'île qui comprend six secteurs. En application de cette sectorisation psychiatrique, il prend en charge les patients de trois pôles géographiques, Ouest, Nord et Est, qui représentent une population de 550 000 personnes environ, ainsi qu'un pôle intersectoriel qui couvre tous les secteurs.

Le sous-secteur de psychiatrie (ou sous-sectorisation) correspond à une aire géographique bien délimitée, d'environ 70 000 habitants, desservie par un service de psychiatrie, la même équipe pouvant assurer la prise en charge et les soins intra et extra hospitaliers.

Au sud de l'île, la couverture est assurée par le CHU SUD sur deux secteurs géographiques.

L'organisation est assez atypique comparée à celle que l'on trouve communément en métropole où en général un établissement de santé mentale couvre l'ensemble des secteurs d'un département.

À la Réunion, même si les deux établissements publics se coordonnent dans la prise en charge de la santé mentale, l'organisation qui prévaut ne facilite pas la lecture de cette dernière par les professionnels de santé comme par les patients.

Un établissement privé prend par ailleurs en charge des patients en hospitalisation non contrainte dans deux sites.

L'EPSMR propose une offre de soins en psychiatrie adulte et infanto-juvénile composée de modalités de prise en charge très variées qui correspondent à un parcours gradué du patient, depuis le centre de consultation ou centre médico-psychologique à l'unité d'hospitalisation à temps complet, en passant par toutes les alternatives à l'hospitalisation⁷. Il présente aussi la spécificité d'intégrer actuellement dans son ressort trois centres pénitentiaires.

Au cours des cinq dernières années, l'établissement a fait l'objet de plusieurs contrôles, audits et inspections, notamment de la Haute autorité de santé (HAS). Certifié C par la HAS en octobre 2016, il a obtenu une note B dans le cadre du suivi des recommandations en décembre 2017. Une nouvelle procédure de certification a récemment été conduite par la HAS. Il en ressort que l'établissement aurait progressé dans la démarche, passant de 12 à 3 non conformités et de 36 à 10 points de vigilance, mais que deux des non conformités portent encore sur les droits des patients.

Une inspection de l'ARS en 2018, suite à la disparition et le décès d'un patient, a mis en exergue des insuffisances dans l'organisation de l'établissement. Ce dernier depuis a mis en

⁷ L'hospitalisation de jour, l'accueil familial thérapeutique, etc.

place les mesures compensatoires adaptées, transformant ce grave événement indésirable en facteur de progrès. Le contrôle minutieux des entrées et sorties reste toutefois perfectible.

L'EPSMR dispose pour prendre en charge les patients de ses quatre secteurs de santé mentale d'une capacité de 200 lits en hospitalisation complète dont 175 lits adultes, 10 lits enfants et 15 lits en centre d'accueil psychiatrique (CAP), de 105 places d'hôpital de jour dont 46 places adultes et 59 places enfants, de 52 places d'accueil familial thérapeutique dont 40 places adultes et 12 places enfants.

Il dispose aussi de structures extra hospitalières, à raison de sept centres médico-psychologiques (CMP) et six centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) adultes, de huit centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA) et huit CATTP enfants. Enfin l'établissement dispose de 28 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 23 places de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

L'EPSMR bénéficie depuis 2015 d'une convention de direction commune⁸ contractée avec le centre hospitalier Ouest de La Réunion (CHOR). La direction générale et l'équipe de direction interviennent à ce titre indifféremment dans l'un et l'autre établissement à l'exception de la direction des soins infirmiers. Cette direction commune s'accompagne progressivement d'une mutualisation des fonctions supports (logistique, informatique) qui permet d'en rationaliser les coûts.

L'EPSMR est également membre du groupement hospitalier de territoire océan Indien dans lequel il prend toute sa place et qui lui permet de mutualiser des fonctions d'achats et d'ingénierie.

Le budget de fonctionnement pour le dernier exercice clos 2018 était de 77,8 M€. Il est anticipé au compte administratif arrêté au 31 décembre 2019 à 83,8 M€, soit en hausse de 7,71 %, et il intègre des réajustements de dotation en fin d'année.

L'établissement emploie au 31 décembre 2019, 862 ETP non médicaux et près de 75 personnels médicaux.

Il constitue un acteur économique important de l'île, tant en sa qualité d'employeur que de donneur public d'ordre notamment avec un programme immobilier sur les cinq ans à venir de près de 32 M€.

La gouvernance et le pilotage opérationnel de l'établissement sont globalement satisfaisants même si des marges de progrès persistent. La mobilisation de ces marges devrait lui permettre de faire face plus sereinement aux réformes et aux enjeux qui l'attendent.

⁸ Récemment renouvelée.

1 GOUVERNANCE

Comme tous les établissements publics de santé, l'EPSMR dispose d'une gouvernance et d'un pilotage à la fois stratégique et opérationnel dont le mode de désignation, les compétences et le fonctionnement sont encadrés par le code de la santé publique.

1.1 Les instances

L'EPSMR est doté d'une instance délibérante, le conseil de surveillance et d'une instance exécutive, le directoire. Il comprend aussi des instances consultatives. La commission médicale d'établissement (CME) représente la communauté médicale et le comité technique d'établissement (CTE) les personnels non médicaux. Il existe une commission en soins infirmiers (CSIRMT), un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et une commission des usagers (CDU).

L'organisation interne de l'EPSMR en quatre pôles géographiques (pôle ouest, pôle nord, pôle est et pôle intersectoriel) s'accompagne de la tenue régulière de bureaux de pôle qui complètent les instances de l'établissement. Les bureaux de pôle sont des organes qui participent, à un niveau déconcentré, à la gouvernance opérationnelle de l'établissement.

1.1.1 Le conseil de surveillance

Conformément à la législation⁹, l'EPSMR dispose d'un conseil de surveillance composé de quinze membres ayant voix délibérative, répartis en trois collèges de cinq membres chacun.

Les attributions de cette instance sont fixées par les articles L. 6143-1 et suivants du code de la santé publique. Ces dispositions confèrent au conseil de surveillance un rôle de définition des orientations stratégiques et une mission de contrôle de l'ensemble de l'activité de l'établissement.

De manière générale, le présentéisme des membres du conseil de surveillance apparaît faible à l'EPSMR. Sur les 18 séances qui ont été organisées du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2019, seules six ont compté dix présents ou plus.

Un représentant du département n'a assisté à aucune des sept séances du conseil au cours des années 2016 et 2017. Un représentant du Territoire de la côte ouest (TCO) n'a siégé à aucune des réunions du conseil de surveillance en 2016. Un autre n'a siégé à aucune des séances de 2018. Le représentant de la commune de Saint-Paul a été absent tout au long de l'année 2017.

Dans aucun de ces cas, l'ARS n'a fait usage des dispositions de l'article R. 6143-13 du code de la santé. Ces dernières prévoient que « tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le

⁹ Article L. 6143-5 du code de la santé publique.

directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans le délai d'un mois à compter de cette notification ».

Les modalités de suivi des présents (absence de signature) comme des absents (défaut de motifs) ne permettent pas un suivi précis des participants à l'instance.

Depuis le 26 juin 2019, il ne reste qu'un seul représentant des usagers qui siège au conseil de surveillance. Cette situation n'est pas conforme à la réglementation¹⁰, qui prévoit que le collège des personnalités qualifiées comprend au moins deux représentants des usagers.

L'EPSMR est un acteur majeur de l'île dans le domaine de la santé mentale. Le conseil de surveillance doit, par la présence régulière de ses membres, jouer le rôle que lui confèrent les textes, d'autant plus dans un contexte de forts enjeux (mise en œuvre du projet d'établissement 2017-2021 et renforcement des moyens de l'EPSMR).

Le conseil de surveillance délibère aux termes de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement et sur toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance. Ses décisions sont éclairées par la communication des avis consultatifs des autres instances (CTE, CME, ...), rendus obligatoires par le code de la santé publique. À l'EPSMR, l'activité du conseil de surveillance est conforme à la réglementation et n'appelle pas d'observation.

En sus de sa mission de contrôle permanent de la gestion, le conseil de surveillance de l'EPSMR doit être informé de tous les sujets stratégiques qui concernent l'établissement (programme d'investissement, règlement intérieur, participation à un groupement hospitalier de territoire, ...).

Ainsi le conseil est normalement informé avant la nomination ou la révocation des membres du directoire par son président. Durant la période contrôlée et malgré de nombreux mouvements opérés au sein du directoire de l'EPSMR, cette information n'a jamais été portée devant le conseil de surveillance.

De la même manière, le conseil de surveillance, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique, doit être rendu destinataire pour information des résultats de la comptabilité analytique. L'EPSMR n'a pas mis en place une telle comptabilité à ce jour, et l'assemblée délibérante n'a par conséquent jamais été destinataire de ces résultats. Au-delà de l'aspect réglementaire, la présentation de ces éléments serait de nature à mieux éclairer les administrateurs dans l'exercice de leur rôle de surveillance.

La chambre recommande à l'établissement d'élaborer dès 2020 une comptabilité analytique de manière à améliorer la performance de son pilotage et d'en présenter annuellement les résultats au conseil de surveillance, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique.

L'établissement s'est engagé à présenter les résultats de sa comptabilité analytique, dans sa version la plus adaptée, à son conseil de surveillance dès 2020.

¹⁰ Article R. 6143-3 du code de la santé publique.

1.1.2 Le directoire

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur¹¹ assisté d'un directoire. Ce directoire à composante médico-administrative est l'exécutif de l'établissement.

Comportant sept membres, il se réunit régulièrement, mais sans respecter le nombre minimum de huit séances annuelles prévu par l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique. Ainsi le directoire ne s'est réuni que quatre fois en 2015 et en 2016, six fois en 2017 et cinq fois en 2018.

Le fonctionnement du directoire apparaît néanmoins conforme aux prescriptions réglementaires, mais l'établissement gagnerait à réunir cette instance décisionnelle avec une fréquence conforme aux textes.

La commission des usagers (CDU) n'est, quant à elle, pas réunie avec la fréquence prescrite par les textes¹². Le comité de développement durable n'est pas constitué.

Les autres instances ont un fonctionnement conforme.

La chambre recommande à l'EPSMR de réunir le directoire au moins huit fois par an, conformément aux dispositions de l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique, et la CDU au moins quatre fois par an, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-88 du même code, dans l'objectif d'associer plus étroitement ces instances au fonctionnement de l'hôpital. Elle prend acte de l'engagement de l'établissement de se mettre dès 2020 en conformité avec les obligations réglementaires concernant le nombre de séances annuelles du directoire et de la commission des usagers.

1.2 La stratégie

Le pilotage d'un établissement comme l'EPSMR nécessite une vision stratégique qui se décline tant au travers de projets fédérateurs comme le projet médical, que par une dynamique de management visant à responsabiliser les acteurs en leur confiant plus d'autonomie et plus de perspectives via une contractualisation et des possibilités de mobilité au sein de l'institution. Il doit s'accompagner d'une volonté de consolider l'activité de l'établissement voire de la développer tout en respectant le régime d'autorisation de ces dernières.

1.2.1 Le projet d'établissement et la contractualisation

Le volet stratégique d'un hôpital se décline au travers de l'élaboration d'un projet d'établissement. Il consiste en une feuille de route interne dressant les perspectives et orientations stratégiques de l'hôpital pour les cinq ans à venir au regard des besoins des

¹¹ Loi « Hôpital, patients, santé, territoire ».

¹² Soit quatre fois par an au moins.

populations et de l'environnement sanitaire concurrentiel. Le projet d'établissement se compose de plusieurs documents. Le projet médical et de soins en sont les éléments essentiels.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) signé avec l'agence régionale de santé en valide en principe les orientations et les crédits d'accompagnement.

L'EPSMR dispose d'un projet d'établissement 2017-2021 qui comprend un projet médical et en soins infirmiers.

Son projet médical est logiquement centré sur le patient, avec la dynamisation du dispositif extra hospitalier, notamment les centres de consultation ou d'activités thérapeutiques, l'amélioration du fonctionnement de l'intra hospitalier et de l'hospitalisation complète. Il est également centré sur le renforcement de l'accès aux prises en charge spécifiques de proximité. D'autres axes concernent le renforcement des activités à vocation régionale ainsi que la promotion de la coopération.

Un volet social et managérial ainsi que les volets logistique, informatique et immobilier accompagnent ce projet dans le respect des équilibres financiers modélisés dans un plan global de financement pluriannuel. Un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, ainsi que des avenants à ce contrat en garantissent une partie du financement.

À l'EPSMR, le projet d'établissement est évalué avec régularité au moyen d'un tableau de suivi opérationnel des actions.

La loi hôpital, patients, santé et territoire a développé le rôle des pôles. Les directions hospitalières ont été invitées à signer des contrats de pôle, à instaurer un dialogue avec ces derniers, à les responsabiliser en vue d'améliorer leur performance, mais aussi l'efficacité de l'ensemble du dispositif de soins. L'article R. 6146-8 du code de la santé publique a mis à disposition des directions les éléments opérationnels de cette démarche.

Elle permet d'instaurer des délégations de signature au bénéfice des chefs de pôle, qui sont autorisés à engager des dépenses dans les domaines énumérés par la réglementation, comme par exemple les remplacements de personnel, les médicaments et dispositifs médicaux, les dépenses à caractère hôtelier, les petits travaux, ce qui concourt au final à assouplir les règles de fonctionnement.

À l'EPSMR, il existe un découpage de l'établissement en quatre pôles qui couvrent chacun des secteurs Nord, Est et Ouest ainsi que le pôle intersectoriel. Il existe un dialogue de gestion régulier avec le bureau de pôle et bi annuel avec le pôle autour d'éléments d'activité mais aussi financiers. Il réunit la gouvernance du pôle, le département d'information médicale, la direction de l'établissement.

Il y a quelques années ce dialogue donnait lieu à l'élaboration de contrats de pôle et à la délégation de certains crédits notamment de remplacement qui n'ont pas été renouvelés depuis 2017. Ces crédits même s'ils étaient faibles dans leur montant (moins de 30 000 € par pôle) étaient appréciés des trios de pôles¹³. Une carte achats a été depuis mise à disposition des pôles, qui facilite le quotidien pour de menues dépenses. Elle ne compense pas la perte des crédits délégués.

¹³ Instance qui réunit le chef de pôle, le cadre de pôle et l'assistant de gestion du pôle.

Des contrats de pôle existent ou ont existé à l'EPSMR, qui devraient permettre de décliner puis de suivre les objectifs de manière concertée entre la direction médico économique et les responsables de pôle.

La chambre recommande à l'établissement, conformément aux dispositions des articles L. 6146-1 et R. 6146-8 du code de la santé publique, de décliner des contrats de pôle avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs mesurables et d'impliquer, par une politique d'intéressement, les pôles à la réalisation effective de ces derniers.

L'EPSMR s'est engagé à intégrer dans les futurs contrats de pôle qui seront signés au plus tard au premier trimestre 2021, les éléments de la recommandation, notamment en matière de ressources humaines.

1.2.2 Consolider les activités autorisées

L'activité d'un établissement public de santé mentale se mesure au travers d'indicateurs qui lui sont spécifiques, du fait en partie de son financement particulier par dotation globale, non directement lié au volume d'activité réalisé.

La file active, qui désigne le total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile, constitue un des indicateurs pertinents de suivi. Elle évolue favorablement mais modérément durant la période, soit + 1,90 % entre 2015 et 2018.

Le nombre de patients par type de prise en charge constitue un autre élément d'appréciation de l'activité. En 2018, on observe une baisse importante des séjours en hospitalisation complète avec - 8,97 %¹⁴ d'hospitalisation à temps complet.

La fermeture définitive des 25 lits de l'unité d'hospitalisation Vétiver au cours de cette même année a une incidence immédiate sur cette activité et constitue une source d'explication. Néanmoins la baisse impacte également l'activité infanto-juvénile à temps complet (- 8,78 %).

L'activité à temps partiel à la fois en secteur adulte comme en secteur infanto-juvénile connaît aussi une baisse importante (- 8,09 %).

Seule l'activité ambulatoire connaît une progression modérée au cours de la période avec + 2,17 %.

Dans un système de dotation de financement, cette baisse n'affecte pas les recettes de l'EPSMR. C'est même l'année où l'activité est en plus forte baisse que l'établissement bénéficie d'un réajustement de sa dotation.

L'évolution des parts de marché est également un autre indicateur pertinent qui replace une activité dans une dynamique de territoire. Alors que durant la période les séjours en santé mentale baissent macro économiquement de 3,2 %, l'impact pour l'EPSMR est important avec - 13,7 % sur trois ans¹⁵.

Dans ce contexte, la stratégie de dynamisation du dispositif extra hospitalier, notamment les centres de consultation ou d'activités thérapeutiques et l'amélioration du fonctionnement de

¹⁴ Source EPSMR.

¹⁵ Source ATIH.

l'intra hospitalier et de l'hospitalisation complète apparaissent comme la bonne réponse pour consolider l'activité, voire la développer.

En France, la régulation de l'offre de soins sur le territoire national a été confiée à des agences déconcentrées de l'État : les agences régionales de santé (ARS)¹⁶.

Le régime des autorisations a été simplifié tant par l'ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 que par le décret n° 2018-117 du 19 février 2018 relatif à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds. Pour autant, sont soumises à autorisation du directeur général de l'Agence régionale de santé, notamment, les opérations de création d'établissement, la création d'activité, le renouvellement d'autorisations arrivées à terme.

L'examen des autorisations à l'EPSMR révèle que les activités de soins sont exercées dans le respect du régime en vigueur. L'établissement pilote bien ce domaine stratégique.

1.2.3 Les perspectives de mobilité professionnelle des acteurs

La mobilité professionnelle est considérée comme un instrument de développement des compétences, tout autant que comme un outil de lutte contre l'usure professionnelle¹⁷.

Les bilans sociaux de l'EPSMR indiquent que le taux de mobilité interne du personnel non médical a été de 1 % en 2015, 2 % en 2016, 7 % en 2017 et 5 % en 2018.

L'EPSMR n'a pas pour l'heure défini une politique institutionnelle de mobilité interne pour son personnel. Les cas de mobilité procèdent quasi-exclusivement de démarches volontaires des agents, en réponse à une publication des offres de postes vacants en interne.

Cette organisation permet en pratique la réalisation, pour certains personnels soignants, d'un parcours professionnel se déroulant intégralement en extra hospitalier, sans avoir jamais occupé de fonctions en intra hospitalier. En contrepartie, cet état de fait prive certains soignants en intra de toute perspective. Au final, elle accroît le cloisonnement de l'hôpital et ne contribue pas à fluidifier le parcours du patient parmi des professionnels de santé qui connaissent peu les conditions d'exercice de leurs homologues.

L'établissement est conscient des inconvénients que présente cette situation pour la gestion des compétences du personnel non médical, et de la nécessité de dynamiser la mobilité de ses effectifs.

¹⁶ Mises en place par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009.

¹⁷ Cf. *Les enjeux de la mobilité pour le personnel soignant*, revue cadre de santé d'août 2018 ; Cf. mémoire ENSP 2006-2008 directeur d'hôpital Julia Le Gougec.

La chambre lui recommande de définir d'ici 2021 une politique et des règles institutionnelles de mobilité interne, visant à garantir pour tout personnel soignant l'exercice de fonctions intra hospitalières en cours de carrière, et à développer les mobilités de l'intra hospitalier vers l'extra hospitalier, et inversement.

L'établissement engagera des discussions dès 2020 avec l'encadrement pour définir une politique de mobilité professionnelle qui s'inscrive dans un parcours évolutif pour les personnels.

2 LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL

Une fois la stratégie définie, il convient de la décliner de manière opérationnelle. L'examen des prévisions budgétaires comme leur exécution, l'étude des ressources humaines ou encore des fonctions supports permettent d'appréhender la qualité du pilotage opérationnel à l'EPSMR.

2.1 Les ressources budgétaires

Les établissements de santé soumettent chaque année aux autorités de planification, et selon un calendrier précis, leur projet d'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) mais aussi un plan global de financement pluriannuel, tant pour la section de fonctionnement que pour la section d'investissement. Ce projet d'EPRD peut faire l'objet d'un rejet par l'ARS, notamment en raison d'une présentation en déséquilibre, puis d'une fixation d'office en application des dispositions de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique.

Les EPRD 2015, 2016, 2017 et 2019 ont fait l'objet de validation par l'ARS, parfois assortie de réserves et de recommandations. Pour l'exercice 2018, et après que l'EPRD a fait l'objet d'un rejet dans sa première version et devant l'impossibilité pour le chef d'établissement de représenter un nouveau projet en équilibre, l'ARS a fixé d'office l'EPRD avec un déséquilibre de - 1,9 M€.

Par la suite et grâce à un réajustement de la dotation de financement, ce déséquilibre a pu être ramené à - 164 988 €.

Pour 2019, l'EPRD a été présenté en léger déficit, et a fait l'objet d'une approbation par l'ARS. Par suite et du fait d'un nouvel ajustement de la dotation, l'EPSMR a pu augmenter ses provisions pour immobilisation, en prévision du financement du futur schéma directeur d'investissement.

À l'EPSMR, il n'y a pas de bouleversement de l'économie des budgets entre la phase EPRD, celle de la décision modificative ou encore du compte financier unique, qui soit révélateur d'erreur importante de prévision. Le système de dotation déconnecté de l'activité et le fait que plus de 80 % des dépenses concernent le personnel facilitent l'exercice.

Sa situation est appréhendée au travers du budget H, budget principal qui représente 98 % du budget consolidé.

De 2015 à 2017, le budget de fonctionnement de l'EPSMR est structurellement déficitaire, pour l'essentiel en raison d'une insuffisance de dotation. Le déficit de 2017, qui représente 6,1 % des produits, dépasse même le seuil à partir duquel l'établissement encourt le déclenchement d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

Le budget 2018 est fixé par l'ARS, puis le re-basage intervient à partir de 2018, et se poursuit en 2019. Cette augmentation de dotation permet à l'établissement de retrouver des résultats équilibrés rapidement. Au final, entre 2015 et 2019 si les charges progressent de 4,89 %, les produits augmentent de 8,19 %.

La capacité d'autofinancement (CAF) brute est négative en 2017 et ne permet pas à l'établissement de passer ses amortissements en totalité. À partir de 2018, l'établissement bénéficie de compléments de dotation et autres réajustements de base budgétaire qui modifient son résultat. Sa situation financière est alors restaurée en 2019 avec une CAF nette positive de 6,4 M€.

La réglementation définit les conditions à partir desquelles un établissement doit satisfaire à la certification¹⁸ de ses comptes. Avec un budget consolidé d'un peu de plus de 80 M€, inférieur au seuil réglementaire de 100 M€, l'EPSMR n'est pas soumis à ces dispositions, mais au rythme de progression de son budget, il doit s'y préparer. L'établissement reste concerné par la démarche de fiabilisation des comptes.

Un guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux dresse le cadre général de la conduite de cette démarche et décline la notion de « qualité comptable ». Il formule des recommandations spécifiques concernant la fiabilisation des états financiers, le déploiement d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers dans les établissements publics de santé.

À l'EPSMR, il existe une sensibilité¹⁹ à la nécessaire fiabilisation des comptes. La démarche n'est pas coordonnée ni structurée alors même que chacune des directions y travaille. Au niveau institutionnel, il ne paraît pas exister d'analyse des risques formalisée, pas de comité de pilotage avec le trésorier, pas de calendrier de travail, pas de procès-verbaux du contenu des rencontres éventuelles.

Il existe plusieurs points de fragilité. Sur le cycle des provisions, nombre de créances irrécouvrables, notamment concernant des patients de Mayotte, n'ont été provisionnées qu'à hauteur des dotations octroyées et non de la réalité des créances.

En ce qui concerne les budgets annexes, seules les charges directes (restauration, médicaments, dispositifs médicaux, etc.) ont fait l'objet d'un reversement au budget principal, pas les charges de structure. En cours de contrôle, l'établissement, dans le cadre de son plan global de financement pluriannuel (PGFP), a prévu en recette du budget H le remboursement par le budget annexe de l'EHPAD, à hauteur de 115 000 €, de sa quote-part de frais de structure au budget principal.

¹⁸ Le Décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes fixe à 100 M€ pendant trois exercices consécutifs le seuil à partir duquel les hôpitaux sont soumis à certification.

¹⁹ Le CHOR est certifié et ce sont les mêmes directions qui y travaillent.

De la même manière, l'amortissement par composants n'a pas été pratiqué sur les opérations récentes.

Par ailleurs, le principe comptable du rattachement des charges à l'exercice n'est pas systématiquement respecté. Il est constaté en 2018 une absence de charges relatives aux transports des usagers qui n'est pas la conséquence d'une modification d'organisation mais d'un défaut de rattachement des dépenses à cet exercice.

La nécessité de structurer et coordonner la démarche de fiabilisation des comptes apparait particulièrement prégnante, selon la chambre, et ce d'autant plus que d'ici 2024 le seul budget H sera à plus de 85 M€.

Le guide de fiabilisation indique : « seuls le chef d'établissement et le comptable peuvent mobiliser l'ensemble des personnels concernés, définir les objectifs, établir les priorités, valoriser les équipes et soutenir l'effort sur la durée d'un plan pluriannuel de préparation. Il est donc attendu de leur part une très forte implication sans laquelle la conduite du projet manquerait de visibilité, de cohérence et de conviction ».

Dès lors, la chambre recommande à l'établissement de se doter, d'ici fin 2020, d'une instance de pilotage de la fiabilisation des comptes. Elle prend acte que ce dernier déploiera la démarche et les instances nécessaires pour viser une première certification de ses comptes sur l'exercice 2021.

2.2 Les ressources humaines

La masse salariale de l'EPSMR représente 88 % de l'ensemble des charges courantes. Durant la période, l'effectif total a diminué de près de 3 %. L'octroi des moyens nouveaux prévus dans le cadre du re-basage pluriannuel en cours, destiné à permettre l'extension de l'offre de soins intra hospitalière²⁰, ainsi que la réorganisation de l'offre extra hospitalière, devrait conduire à une inversion de cette tendance et à une augmentation des effectifs à compter de 2020.

À l'EPSMR, les agents titulaires représentent 80 % des effectifs. Les ressources humaines font l'objet d'un pilotage centralisé distinguant les personnels médicaux des personnels soignants et autres.

2.2.1 Les personnels non médicaux

Divers avantages sont accordés par l'EPSMR à ses personnels titulaires ou contractuels et qui contreviennent ou ont contrevenu au cours de la période aux textes en vigueur.

En outre-mer, les fonctionnaires hospitaliers bénéficient des mêmes dispositifs de sur-rémunération que ceux applicables aux fonctionnaires de l'État et notamment une majoration de traitement et une indexation.

²⁰ Création d'une USIP (unité de soins intensifs en psychiatrie) et extension de l'unité pédopsychiatrique d'hospitalisation complète « Vanille ».

L'assiette de l'indexation fixée par les textes²¹ comprend le traitement indiciaire, l'indemnité compensatrice, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, la majoration de traitement et son complément, ainsi que la NBI²². Ces dispositions ont été rappelées par la jurisprudence²³. Le décret ne prévoit pas l'application de l'indexation aux autres éléments de rémunération.

À l'instar des autres établissements publics de santé de La Réunion, l'EPSMR a, jusqu'en 2018, fait application de l'indexation à d'autres éléments de rémunération que ceux prévus par les textes.

L'EPSMR a mis fin à cette indexation sans base légale de certaines primes et indemnités à compter du 1^{er} octobre 2018 concomitamment à l'instauration d'un dispositif compensatoire réglementaire permettant de prévenir la baisse de la rémunération des agents concernés²⁴.

La majoration de rémunération et l'indexation des primes des agents contractuels constituent un autre exemple des avantages dérogatoires accordés par les établissements de La Réunion.

À l'EPSMR, les agents contractuels bénéficient de la sur-rémunération comme les agents titulaires (majoration et indexation). Or, juridiquement la majoration et l'indexation ne sont prévues que pour les agents titulaires. Les textes relatifs à la sur-rémunération visent expressément les fonctionnaires, ce qui exclut en principe, sauf dispositions législatives et réglementaires contraires, les agents contractuels. Dans le rapport public annuel 2015, la Cour des comptes a rappelé que la sur-rémunération est réservée aux agents titulaires²⁵.

L'article 1-2 du décret n° 91-155 du 11 février 1991 relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose : « le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience ».

À partir des données de paie, le coût de la majoration et de l'indexation versées sans base juridique au personnel non médical contractuel représente 0,7 M€ en moyenne par an.

Sur la base d'échanges conduits avec la direction régionale des finances publiques (DRFiP), l'agence de santé océan Indien (ARS OI) a alerté en août 2019 tous les établissements publics de santé (EPS) de La Réunion sur le caractère juridiquement irrégulier de cette situation, qui concerne l'ensemble du département.

²¹ Article 2 du décret n° 49-55 du 11 janvier 1949 complétant le régime de rémunération des fonctionnaires de l'État en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de La Réunion.

²² La NBI en vertu d'une jurisprudence Conseil d'État, 6 novembre 1998, n° 185578/185614.

²³ Arrêt du CE du 6 novembre 1998 Noel, requêtes n° 185578 et 185614.

²⁴ Décret n° 2018-814 du 27 septembre 2018 relatif à l'indemnité allouée à certains fonctionnaires exerçant dans l'un des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 situés à La Réunion.

²⁵ Rapport public annuel -février 2015 : « En outre, le bénéfice des sur-rémunérations étant juridiquement réservé aux agents titulaires, les collectivités ultramarines ont moins tendance à titulariser les agents contractuels, conduisant à leur surreprésentation par rapport à la métropole (37 % d'agents non titulaires en moyenne dans les DOM contre 19 % en métropole). Dans certains territoires, les « sur-rémunérations » tendent à créer une fonction publique « à deux vitesses ».

Suite à cette alerte, le CHU Réunion, en sa qualité d'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT), dont l'EPSMR est membre, a diligenté une étude afin d'identifier et de formuler des pistes de régularisation, dans l'objectif de concilier ces pistes avec la volonté des employeurs de maintenir une égalité de traitement entre les agents contractuels et les agents titulaires. Les résultats des travaux ont été partagés avec toutes les parties prenantes, et lors de la réunion organisée le 13 septembre 2019, les participants ont convenu de la création d'une prime spécifique par les EPS.

Cette prime, équivalente pour chaque agent contractuel au montant antérieur de sa sur-rémunération, s'y substitue. Elle doit être intégrée dans tous les contrats de travail avant la fin de l'année 2020.

La mise en œuvre de ce processus mobilisant le principe de la liberté contractuelle vise à concilier l'impératif du respect de la réglementation avec l'enjeu social que représente le maintien du niveau des rémunérations qui sont versées au personnel non titulaire.

La chambre recommande à l'EPSMR d'achever le processus de régularisation des contrats de travail des personnels non titulaires avant la fin de l'année 2020.

L'établissement a communiqué des informations qui précisent que la majorité des contrats de travail a été régularisée dans les délais prévus, et que la régularisation des CDI est effectuée de manière progressive au moyen d'avenants.

2.2.2 Les personnels médicaux

La gestion de ces ressources est en général complexifiée par la multiplicité des statuts des médecins. Il y a des titulaires et des contractuels. Parmi les titulaires, il existe des praticiens hospitaliers, des assistants, des cliniciens. Chez les internes, le régime des internes de subdivision est différent de ceux hors subdivision. Une autre source de complexité réside dans la gestion des éléments variables de paye des médecins, rémunération des gardes, astreintes, prise en compte du repos compensateur.

Les règles relatives à la fonction publique ne s'appliquent pas aux médecins car ces derniers n'ont pas la qualité de fonctionnaires. Les membres de cette profession sont soumis à des règles statutaires spécifiques qui sont fixées par le code de la santé publique.

La spécialité de médecin psychiatre est une ressource rare qui présente une importance critique pour tout établissement public de santé mentale. L'EPSMR cherche à développer son attractivité dans l'objectif d'atteindre et de maintenir un effectif médical complet. L'établissement n'éprouve pas de difficulté majeure dans le domaine du recrutement médical, cependant une baisse continue du nombre d'internes peut être observée depuis 2015 suite à la réforme du 3ème cycle des études médicales.

À L'EPSMR, le temps de travail médical ne fait pas l'objet d'une gestion informatisée. Cette situation caractérise une fragilité et des risques d'erreur dans le suivi des temps additionnels des médecins. L'établissement aurait intérêt à l'automatiser afin d'en sécuriser la gestion.

2.2.2.1 La rémunération des médecins contractuels

Les articles R. 6152-71, R. 6152-247 et R. 6152-529 du code de la santé publique prévoient, respectivement pour les praticiens hospitaliers à temps plein, à temps partiel et les assistants en fonctions notamment à La Réunion, une indemnité mensuelle égale à 40 % des émoluments. Aucune disposition similaire n'est prévue pour les praticiens contractuels, dont les modalités de rémunération sont fixées aux articles R. 6152-416 et D. 6152-417 du code de la santé publique.

L'examen de la paye des médecins contractuels à l'EPSMR révèle que ces derniers perçoivent une prime intitulée « majoration DOM PHC » de 40 %. Cette « indemnité DOM », antérieurement versée sans référence à un texte, a été maintenue sur la base de la réunion organisée le 13 septembre 2019 entre l'ARS, la DRFiP et les établissements de santé (EPS) Lors de cette réunion, l'examen d'un échantillon de contrats (un par EPS) a montré que le libellé retenu par les deux hôpitaux de l'ouest (CHOR et EPSMR) apparaissait « à même de remplir les conditions de validité exigées à l'occasion des contrôles du comptable public. »

À partir des données transmises par l'établissement, le coût de la majoration versée aux praticiens contractuels est estimé à 0,27 M€ en moyenne par an au cours de la période 2015-2018.

Pour l'heure, la chambre recommande à l'EPSMR de mettre fin à la majoration de traitement versée sans aucune base légale aux médecins contractuels. L'établissement fait valoir que la suppression pure et simple de cette majoration emporterait un effet néfaste sur l'attractivité de La Réunion à l'égard des jeunes médecins, dans un contexte marqué par la faiblesse de la démographie médicale du territoire par rapport à la moyenne métropolitaine.

Cet argument d'attractivité reste très discutable au regard de la réalité de la démographie médicale à La Réunion²⁶.

Il est sans effet sur l'absence de fondement juridique qui caractérise le versement de la majoration de traitement aux praticiens contractuels. La chambre maintient sa recommandation.

2.2.2.2 La sur-rémunération des médecins pendant les congés bonifiés

L'article R. 6152-69 du code de la santé publique précise que les praticiens hospitaliers à temps plein, en fonction dans un département d'outre-mer, ont droit par période de trois ans à un congé bonifié d'une durée de 30 jours ouvrables pour se rendre en métropole. Il n'existe pas de dispositif spécifique pour les praticiens contractuels.

²⁶ Source INSEE, professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 : 340 médecins pour 100 000 habitants en métropole et 325 médecins pour 100 000 habitants à La Réunion, ce qui représente un écart de moins de 5 % (https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016).

Les médecins de l'EPSMR qui bénéficient de cette disposition conservent leur sur-rémunération pendant la période de leurs congés bonifiés, tout comme l'ensemble de leurs confrères qui exercent dans un établissement de santé ultra-marin. Pour l'EPSMR, cela a représenté pour la période 2015-2018 un coût de 163 884 €.

En ce qui concerne les fonctionnaires, les dispositifs applicables à la fonction publique en matière de congés bonifiés conduisent à suspendre le versement des éléments de sur-rémunération durant les congés bonifiés en métropole. En l'absence de dispositions spécifiques au profit des médecins sur ce point, les règles de droit commun devraient, selon la chambre, s'appliquer.

Suite aux rapports antérieurs de la chambre soulevant cette problématique²⁷, l'ARS a adressé un courrier au GHT²⁸ en août 2019, pour demander aux établissements membres une mise en conformité juridique rapide sur ce sujet. Lors de la réunion précitée du 13 septembre 2019 entre l'ARS, la DRFIP et les établissements publics de santé²⁹, les participants ont convenu que le versement des sur-rémunérations des médecins titulaires pendant leurs congés bonifiés ne serait pas suspendu, dans l'attente de la réponse à venir de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé, celle-ci ayant été questionnée par l'ARS sur le caractère irrégulier ou non de cette pratique.

Au regard de ce qui précède, la chambre recommande à l'EPSMR de mettre fin dès 2020 au versement de la sur-rémunération des médecins pendant leurs congés bonifiés en métropole.

2.3 Les fonctions logistiques

La chambre a examiné plus particulièrement la gestion de la commande publique et celle du parc automobile.

2.3.1 La commande publique

Les établissements publics de santé sont soumis aux dispositions qui régissent l'achat public.

L'organisation de la commande publique au sein de l'EPSMR répond à une logique de mutualisation avec le CHOR. Les marchés publics passés sont des marchés communs (groupement de commandes), sauf lorsqu'il s'agit de répondre à un besoin propre et spécifique de l'un des deux établissements. La convention constitutive d'un groupement de commandes relatif aux achats communs du CHOR et de l'EPSMR, signée le 2 octobre 2019, précise que le coordonnateur-mandataire du groupement de commandes est le CHOR.

Le pilotage de la commande publique relève depuis octobre 2019 de la direction commune des achats et de la logistique (DAL). La procédure de passation des marchés publics

²⁷ Contrôle des comptes et de la gestion du CHU Réunion et contrôle des comptes et de la gestion du GHER.

²⁸ Groupement Hospitalier de Territoire.

²⁹ CHOR, EPSMR, CHU, GHER.

est dématérialisée, y compris pour ce qui concerne la signature des contrats (recours à la signature électronique).

Un guide interne de l'achat public détaille les procédures de passation des marchés au sein de l'EPSMR. Ce guide date de 2017 et son actualisation est en cours. La politique d'achat de l'EPSMR y est formalisée dans un document qui est mis à disposition des acteurs économiques.

Les directions qui sont à l'origine d'émission de bons de commande au sein de l'EPSMR sont la pharmacie, la direction des affaires médicales (DAM), la direction des ressources humaines (DRH) et la DAL. Les bons de commande de cette dernière sont émis sur la base de devis signés par les directeurs opérationnels concernés par l'achat, ce qui valide l'opportunité de l'acquisition.

La DAL est garante du respect de la réglementation en matière de marchés publics. Cependant l'absence de recours à un logiciel pour l'élaboration des pièces des marchés est de nature à accroître les risques d'erreurs dans l'accomplissement de cette tâche.

Les agents de la cellule marché bénéficient régulièrement de formations dans le domaine de l'achat public.

Des cartes achat permettant le paiement de menues dépenses sont attribuées à une vingtaine de cadres depuis 2017. Ce dispositif simplifie les procédures pour l'acquisition de fournitures de faible montant. Le plafond d'utilisation de chaque carte est de 1 500 € par mois.

L'EPSMR répond à plusieurs de ses besoins en faisant appel aux services de différents groupements d'achats. À titre d'illustration, l'établissement utilise le marché passé par le GHT pour le fret et pour l'achat de billets d'avion ; il a également acheté des véhicules par l'intermédiaire de l'union des groupements d'achat public (UGAP) ; il mobilise les marchés du réseau des acheteurs (RESAH) dans les domaines de la pharmacie et des contrôles techniques réglementaires ; il recourt aux prestations de l'union des hôpitaux pour les achats (UNIHA).

Le montant total des achats de l'EPSMR a représenté 11 M€ en 2016 et 14 M€ en 2017. Les trois premières familles de besoins sont la maintenance, l'hôtellerie et les achats généraux. L'EPSMR évalue la part de ses achats réalisés hors marché public à un taux compris entre 30 et 40 %.

Pour une partie de ces dépenses, qu'il n'a pas été possible de quantifier, l'absence d'application des règles de la commande publique peut apparaître justifiée, soit en raison de la nature même des besoins (exemple : acquisition d'un produit protégé par un brevet, que seul l'inventeur peut distribuer), soit du fait de l'inexistence de concurrence (exemples : fourniture d'eau ou d'électricité).

Pour une autre partie des achats, l'acquisition directe hors marché est régulière car le montant du besoin annuel à satisfaire est inférieur au seuil réglementaire dont le franchissement impose une mise en concurrence³⁰.

En dehors de ces hypothèses, les achats effectués hors marché par l'EPSMR ne sont pas conformes à la réglementation. L'établissement a conscience de cette fragilité et il souhaite

³⁰ Le seuil en dessous duquel l'achat direct est autorisé était de 25 000 € HT du 01/10/2015 au 31/12/2019 (décret n° 2015-1163 du 17 septembre 2015) ; il est de 40 000 € HT depuis le 01/01/2020 (décret n° 2019-1344 du 12 décembre 2019).

conduire une démarche progressive de régularisation. Ainsi plusieurs marchés publics devraient être passés pour couvrir des domaines dans lesquels il est procédé à des achats directs sans publicité ni mise en concurrence, alors que le montant annuel des besoins dépasse les seuils de procédure. C'est le cas par exemple pour les fournitures d'ateliers, qui représentent environ 100 000 € par an, ou encore pour l'acquisition des pneus.

La vérification du montant des achats par nature homogène de besoins est réalisée en fin d'année. Cette vérification a posteriori s'effectue en recoupant les données relatives à divers comptes, aux fournisseurs et aux libellés des biens et services acquis. La difficulté de cette opération est accrue du fait que les systèmes d'information de l'EPSMR et du CHOR sont différents, ce qui complique la consolidation des résultats. L'utilisation d'une nomenclature interne des besoins ou des familles d'achats permettrait de faciliter cet exercice de computation des seuils.

La chambre recommande à l'EPSMR de passer systématiquement un marché public dès lors que le montant du besoin à satisfaire dépasse le seuil de recours à une procédure adaptée ou formalisée.

Pour ce faire, elle l'invite à élaborer ou adopter dès 2020 une nomenclature interne des familles d'achat afin de faciliter le travail de computation des seuils, qui est nécessaire pour la détermination des procédures de passation et de publicité applicables à chaque marché public.

L'EPSMR a précisé avoir régularisé sa situation en matière d'achat de pneus et de contrôles techniques des véhicules, en adhérant en début d'année 2020 à un marché du GHT portant sur ces besoins. La chambre note également que la rédaction du cahier des charges est en cours en ce qui concerne les pièces détachées des services techniques.

2.3.2 Le parc automobile

L'EPSMR dispose d'un parc de véhicules important. Nombre de ces véhicules sont affectés aux structures extra hospitalières réparties sur l'ensemble du territoire, centres médico-psychologiques adultes et enfants, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, hôpitaux de jour. D'autres véhicules sont affectés à l'intra hospitalier, soit le site de Cambaie à Saint-Paul ou le site de Bras Fusil à Saint-Benoît pour les besoins des pavillons d'hospitalisation, pour les services supports, les services techniques, les transports internes, et les véhicules affectés aux directeurs de garde.

Le parc, qui compte 127 véhicules, est très hétérogène. Il comprend des voitures, des bus, des minibus, des véhicules utilitaires divers pour satisfaire les nombreux besoins logistiques de l'établissement.

Les véhicules sont multi constructeurs, il n'y a pas de marque prépondérante sinon dans les derniers achats. À l'évidence ce parc hétéroclite ne facilite pas la maintenance qui est assurée en interne par le garage.

L'autre caractéristique de cette flotte est sa vétusté. Près de 40 véhicules ont plus de dix ans. Les véhicules les plus anciens sont de 1995 (un bus) et des véhicules légers, au nombre de trois, sont de 2004. Plus d'une trentaine de véhicules ont entre six et neuf ans.

L'EPSMR a en projet plusieurs plans d'actions visant à rationaliser l'usage de sa flotte automobile et à en assurer la traçabilité d'utilisation.

Pour l'heure, les dotations de véhicules en extra hospitalier sont faites au regard de critères historiques et le service transports pense à raison que le regroupement des structures extra en huit sites (il y en a aujourd'hui près d'une trentaine) permettra de rationaliser les affectations.

L'option location achat n'a pas été choisie. Selon l'EPSMR, cette option serait « rentable » sur la durée du leasing c'est-à-dire quatre ans, mais pas au-delà. En effet, les véhicules sont conservés longtemps à l'EPSMR du fait d'un relatif faible kilométrage accompli par véhicule. Dès lors, les véhicules ne coûteraient presque rien ensuite.

En réalité, l'EPSMR, à défaut d'appréhender le nombre de véhicules dont il a réellement besoin, dispose de trop de véhicules dont certains roulent peu ou pas. Ainsi l'établissement a fourni un relevé qui semble confirmer que nombre de véhicules³¹ ne sont pas ravitaillés en essence au moins tous les mois, alors que le parc ne comprend qu'un véhicule électrique.

D'autres tableaux de bord révèlent des véhicules à faible kilométrage annuel. Ainsi, un Renault Traffic bus³² immatriculé en octobre 2006 affiche au compteur, au 31 décembre 2018, 6 520 km soit une utilisation à hauteur de 543 km par an et 2,5 km par jour ouvrable (base 210 jours).

Parmi les huit véhicules affectés à la direction, sept réalisent à peine 10 000 km par an, dont trois moins de 7 000 km par an, soit 30 km par jour.

Pour l'heure et dans l'attente de l'informatisation des demandes, il n'y pas de procédure de réservation de voiture en intra hospitalier. La réservation se fait par téléphone. Une traçabilité en kilomètres parcourus est assurée en intra hospitalier notamment depuis 2019 par recoupement avec les kilomètres indiqués lors des approvisionnements avec les cartes essence.

En extra hospitalier, la traçabilité est fonction du remplissage des carnets de bord, sous l'autorité du cadre. Sur le parc, le kilométrage n'a pas été trouvé pour deux véhicules (un véhicule électrique, et un deux roues).

En termes d'assurance, le parc auto est assuré au tiers ou en tout risque selon son ancienneté (véhicule de plus de dix ans) au travers d'un marché public. Au regard du dernier contrat MAIF n° 185061 du 25 juin 2018, 128 véhicules seraient assurés.

Une réflexion sur d'autres modalités d'assurance (tiers plus, ou contrat faible rouleur) ne semble pas avoir été entreprise par l'établissement qui pourrait ainsi dégager quelques marges vu l'importance du parc.

Enfin la discrimination entre trois portes et cinq portes n'est pas faite³³. Or dans les sites extérieurs, les professionnels sont rarement plus de deux en déplacement ou visite à domicile.

Au final, il apparaît que si la gestion du parc roulant est globalement assurée, elle souffre de l'absence d'une politique précise dans la quantification des besoins, l'octroi des véhicules, leur mutualisation, la réservation des véhicules ou encore le type d'assurance à souscrire.

La chambre recommande à l'établissement de définir une politique opérationnelle du transport permettant la rationalisation du parc, l'attribution des véhicules, l'amélioration des

³¹ 28,6 % selon l'EPSMR n'ont pas fait le plein une seule fois en mars 2019.

³² 288 BVE 974

³³ Différentiel de prix d'environ 400 € par véhicule : base C1 3 portes VTi 72 S&S BVM Live et C1 5 portes, tarif métropole.

modalités de réservation et l'optimisation des assurances. Elle prend acte que l'EPSMR s'engage d'ores et déjà dans des axes structurants de rationalisation de son parc auto qui vont contribuer à terme à l'ébauche d'une politique opérationnelle du transport.

2.4 La gestion des biens des patients

Les personnes hospitalisées en établissement de santé mentale peuvent, en raison d'une altération de leurs facultés mentales ou physiques, avoir besoin d'un tiers pour s'occuper de la gestion de leur argent, de leur patrimoine et des prestations sociales qu'elles perçoivent. Les différents modes de prise en charge de la protection des personnes vulnérables, prononcés par le juge des tutelles, sont pour l'essentiel la sauvegarde, la curatelle et la tutelle.

Si le juge des tutelles ne peut pas désigner un membre de la famille pour exercer la mission de tuteur ou curateur d'un patient, il désignera un mandataire. Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), métier institué par la loi du 5 mars 2007, exerce sur mandat du juge des tutelles les mesures de protection civile des majeurs.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, l'EPSMR compte deux MJPM qui se répartissent environ 60 dossiers. Antérieurement à cette date, le service était constitué d'un seul mandataire. Des plaintes de patients avaient été enregistrées par la direction, ces derniers ne pouvant accéder à leur argent de poche pendant les vacances du préposé.

Les deux juges des tutelles de Saint-Paul et Saint-Benoît précisent que l'ensemble des comptes vérifiés pour les majeurs protégés ont été approuvés, mais le juge de Saint-Paul note qu'antérieurement les comptes étaient déposés tardivement, nécessitant des relances du greffe.

En ce qui concerne les requêtes reçues, le juge de Saint-Benoît note qu'il est fréquent que les pièces à produire au soutien de ces dernières ne le soient pas. Il observe également que s'agissant des comptes rendus annuels de gestion, un certain nombre de pièces font défaut, comme par exemple les relevés de compte s'agissant du dernier compte rendu de gestion contrôlé.

La chambre prend acte du renforcement du service et encourage la démarche de l'établissement dans sa volonté d'améliorer la gestion des biens des patients. Elle observe que les effets du renforcement du service depuis janvier 2019 ne pourront être constatés qu'en 2020 après le dépôt des comptes de gestion 2019.

3 ENJEUX ET PERSPECTIVES

3.1 Le pilotage des moyens au regard de l'activité

Dans un contexte d'insuffisance des moyens, le pilotage de l'activité, c'est-à-dire la juste affectation des ressources à l'activité, constitue un enjeu important pour l'établissement.

La direction de l'EPSMR s'emploie à atteindre cet objectif depuis quelques années au travers de plusieurs études et audits sur l'intra et l'extra hospitalier³⁴.

3.1.1 La performance des organisations en intra hospitalier

3.1.1.1 Les organisations soignantes

La direction de l'établissement a procédé depuis plusieurs années à une normalisation des organisations pour les personnels soignants et pour chacune des unités d'hospitalisation.

Les unités d'hospitalisation complète sont au nombre de sept pour les trois secteurs adultes, avec deux unités sur le site de Saint-Benoît et cinq sur le site de Saint-Paul.

Ces unités, d'une architecture identique ou très proche, comprennent le même nombre de lits et la même organisation dans la répartition des lits entre secteur fermé³⁵ et secteur ouvert, ce qui facilite la normalisation.

À l'inverse des unités d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), il n'existe pas de maquette organisationnelle type, préconisée par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Dès lors, le calcul des effectifs s'établit de manière empirique en tenant compte notamment du nombre de lits mais aussi de l'activité, des taux d'occupation, de la file active.

À l'EPSMR, le calcul des effectifs de personnel non médical en intra a été réalisé il y a cinq ans. La base retenue pour les unités d'hospitalisation a été de trois infirmiers le matin, trois infirmiers l'après-midi et deux la nuit, en semaine, week-end et jours fériés. Les aides-soignants, au nombre de six, exercent de jour selon la même configuration toute l'année.

Les avantages de ce type d'organisation sont nombreux. Les organisations « type » sont ainsi formalisées et créent un sentiment d'équité entre les secteurs et en leur sein entre les unités.

L'effectif global de personnels non médicaux permet à chaque unité dans cette configuration de combler l'absentéisme de courte durée ainsi que les départs en formation.

Ce dispositif évite d'avoir à gérer un service infirmier de compensation et de suppléance centralisé, souvent lourd et lent à activer. Les unités procèdent ainsi à leur propre remplacement, ce système introduit de la souplesse et de la responsabilisation des équipes. La direction des soins et les cadres supérieurs n'interviennent dès lors que pour faire face à des absences de longue durée. Ce type d'organisation paraît robuste, elle garantit une continuité des soins, les problèmes d'absentéisme sont peu évoqués pendant la garde administrative.

Les organisations soignantes, si elles ont l'avantage d'être normées, ont l'inconvénient de n'être pas modulables au regard de l'activité.

Les effectifs soignants sont normés à l'EPSMR selon le même cycle en jours de semaine comme en week-end et jours fériés. L'examen précis de l'activité permet de discriminer une activité de semaine qui varie assez sensiblement de l'activité de week-end et de jours fériés.

³⁴ Travaux « FILAOS 1 » et « FILAOS 2 ».

³⁵ Pour les patients ayant des restrictions thérapeutiques de liberté.

En effet l'EPSMR, comme nombre d'établissements de santé mentale, favorise les permissions de ses patients sous contrainte le week-end et les jours fériés. L'organisation de ces permissions, accordées sur avis médical, nécessite des formalités administratives lourdes. Elles ne peuvent être supérieures à 48 heures. Leur nombre est révélateur d'une volonté d'organiser des ruptures à fin thérapeutique dans les séjours des patients, et d'une prise en compte de la liberté d'aller et venir.

On observe dans un même secteur, le secteur Ouest, des recours très variables aux permissions, en nombre et en durée.

Ainsi, sur ce seul secteur et sur les permissions de moins de 48 heures, ce sont 568 permissions qui ont été accordées en 2019, soit en moyenne pour 52 week-ends, près de 11 patients en permission. Si on comptabilise les permissions courtes, c'est-à-dire de moins de 12 heures, ce sont 527 permissions qui ont été accordées pendant les week-ends, soit l'équivalent d'une dizaine de patients qui en moyenne ont bénéficié d'une permission à la journée. Sur un jour de week-end, il peut ainsi y avoir plus de 20 patients en permission.

Ce volume de permissionnaires s'observe dans les mêmes proportions dans le secteur Nord comme dans le secteur Est. Dans le secteur Est, ce sont en moyenne sept patients en permission de 48 heures et cinq patients en permission de 12 heures qui sont absents le week-end pour 50 lits. Dans le secteur Nord, ce sont en moyenne six patients en permission de 48 heures et quatre en permission de 12 heures qui sont absents. Des distorsions peuvent apparaître entre le nombre des patients présents tels qu'ils figurent dans le logiciel de gestion des malades et les patients effectivement présents. Il est probable que les permissionnaires de courte durée, c'est-à-dire de moins de 12 heures, soient comptabilisés comme présents à minuit alors qu'ils ont été en permission durant la journée.

Des entrées imprévues peuvent survenir le week-end, mais elles ne sont jamais à hauteur du volume des sorties.

Dans ce contexte, l'organisation telle que conçue en 3/3/2 à l'EPSMR aboutit au fait que, paradoxalement, c'est lorsqu'il y a le moins de patients, le week-end, qu'il y a le plus de personnel et que l'on bénéficie le dimanche, de sujétions³⁶.

La chambre recommande à l'EPSMR d'étudier et expérimenter d'ici fin 2020, pour les week-ends et jours fériés, une organisation du travail du personnel soignant en intra hospitalier plus flexible, tenant compte de l'activité et notamment des permissions de courte durée des patients.

3.1.1.2 Les organisations médicales

La volonté de normalisation des organisations médicales prévaut à l'EPSMR. S'il n'existe pas de modèle de maquettes de temps médical, des effectifs équivalents temps plein assez identiques ont été actés et affectés aux unités de soins avec des répartitions de quotités différentes, mais un volume total proche des 1,4 ETP médical par unité.

Dans la logique de la sectorisation, les psychiatres ont souvent un temps médical partagé avec d'autres affectations que l'intra hospitalier et notamment en extra hospitalier, en centre médico-psychologique par exemple, ce qui peut permettre un suivi du patient par le même médecin tout au long de son parcours. Cette organisation, même si elle est très répandue, n'est

³⁶ Prime de dimanche.

pas un dogme à l'EPSMR, et on trouve des médecins psychiatres au sein de l'établissement qui ne font pas d'activité intra ou des médecins d'intra qui ne font pas d'activité extra hospitalière.

L'organisation de l'activité médicale en intra hospitalier suit globalement une même logique sur le site de Saint-Benoît et sur le site de Saint-Paul.

En semaine de 9 h à 16 h, l'organisation médicale sur la période est décrite dans les tableaux de service mensuels nominatifs.

La semaine de 16 h à 18 h, la présence médicale sur le site est organisée sous forme de tour : un médecin référent est identifié chaque jour ouvré pour garantir la couverture médicale des pavillons d'hospitalisation sur ce créneau.

Cette permanence a pour but, selon ses promoteurs, d'assurer la continuité des soins a minima, mais n'est pas exclusive de la présence simultanée de praticiens dans leur pavillon d'affectation.

La période horaire concernée faisant partie de la « période de jour », elle est régie par les mêmes règles qu'en semaine de 9 h à 16 h.

Le samedi matin de 9 h à 12 h, une présence d'au moins un médecin dans chaque service est organisé sous forme de tour. La composition du tour est établie par le chef de service et précisée sur le tableau de service mensuel des secteurs adultes Ouest, Nord et Est.

Sauf exception justifiée, les samedis matins travaillés font l'objet d'une récupération sur une autre demi-journée, dans la semaine considérée ou ultérieurement (avant le 31 mars de l'année suivante), et n'engendrent pas de temps additionnel rémunéré.

La permanence des soins dans les différents sites d'hospitalisation à temps plein couvre les mêmes périodes pour les deux sites de Saint-Paul et Saint-Benoît.

Cependant, les modalités d'organisation ne sont pas les mêmes. Ainsi sur le site de Saint-Paul, la semaine, la permanence des séniors est mutualisée entre les praticiens des pôles Ouest, Nord et Intersectoriel. Les modalités de cette permanence sont arrêtées chaque semestre en fonction du nombre d'internes affectés dans l'établissement et après concertation de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS).

Les internes sont « séniorisés » pendant leur garde par une astreinte opérationnelle de PH (praticien hospitalier). Au-delà des obligations réglementaires des internes, les PH sont positionnés en garde sur place.

Le week-end et les jours fériés, les PH assurent une demi-garde sur place la matinée des dimanches et jours fériés (de 9 h à 12 h). Les samedis, dimanches et jours fériés de 12 h au lendemain 9 h, la présence des PH et internes est organisée selon les mêmes principes que pour la semaine (cf. ci-dessus).

Sur le site de Bras Fusil en semaine, une astreinte opérationnelle, mutualisée entre tous les praticiens du pôle Est, est mise en place du lundi au vendredi (hors jour férié), de 18 h au lendemain 9 h.

Le week-end et les jours fériés, une garde sur place, mutualisée entre tous les praticiens du pôle Est, est mise en place sur le site aux périodes suivantes : le samedi (hors jour férié) de 12 h à 9 h le lendemain, le dimanche et jours fériés : de 9 h à 9 h le lendemain.

En principe, le service hebdomadaire que doit accomplir un PH à temps plein n'est pas décompté en vacances mais en demi-journées. Il est de 10 demi-journées sans que la durée de travail puisse excéder, en moyenne sur une période de quatre mois, 48 heures par semaine.

À l'EPSMR, la période de jour s'étend sur 11 demi-journées du lundi au vendredi de 9 h à 18 h et le samedi de 9 h à 12 h.

Alors que cette période horaire fait en principe partie de la « période de jour », la présence médicale sur le site entre 16 h et 18 h est organisée sous forme de tour : un médecin référent est identifié chaque jour ouvré pour garantir la couverture médicale des pavillons d'hospitalisation sur ce créneau.

Il est toutefois précisé que cette permanence a pour but d'assurer la continuité des soins a minima, mais n'est pas exclusive de la présence simultanée de praticiens dans leur pavillon d'affectation.

Au regard des textes, le dispositif mis en œuvre à l'EPSMR est dérogatoire. La permanence des soins démarre à 18 h, et il revient à chaque pôle d'organiser la continuité des soins au sein de ses unités.

En sus d'être dérogatoire, ce dispositif ne paraît pas donner entière satisfaction. Ainsi en CME de juin 2017, il a été évoqué des problèmes de permanence des soins durant cette plage 16 h-18 h, non seulement l'absence parfois du médecin de permanence mais encore des changements de nom de médecin de permanence non signalés. Le directeur a fait remarquer devant cette même instance que ce dispositif dérogatoire était une commodité historique. Il en avait souhaité une évaluation à trois mois, avant de décider de son maintien ou d'un retour à un fonctionnement réglementaire. L'examen des procès-verbaux des instances suivantes révèle que ce bilan n'a jamais été présenté.

Dans ce contexte, la chambre recommande à l'établissement de faire cesser l'organisation médicale dérogatoire en journée de 16 h à 18 h, pour revenir à la stricte application de la réglementation relative au temps médical.

L'EPSMR s'est engagé à mener une évaluation de l'efficacité de ce dispositif, qui en tout état de cause demeure dérogatoire.

3.1.2 Les organisations dans les centres d'accueil psychiatriques et centres de crise

En France, la prise en charge de la psychiatrie d'urgence se fait par des centres d'accueil et de crise (CAC) et des centres d'accueil psychiatrique (CAP).

Implantés près des services d'urgence, ces centres assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques. Ils accueillent, soignent, orientent ou hospitalisent pour une durée brève³⁷, mais ils ne prennent pas en charge les hospitalisations sans consentement.

³⁷ Hospitalisation en lit d'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée).

3.1.2.1 Des modalités différentes dans la prise en charge

À l'EPSMR, la prise en charge de la psychiatrie en urgence se fait selon des modalités très différentes dans les secteurs Ouest, Nord ou Est.

Le CAP Ouest est situé à proximité des urgences somatiques du centre hospitalier Ouest de La Réunion dans des locaux neufs. Il prend en principe en charge les patients d'un territoire de 213 000 habitants.

Il dispose d'une capacité de cinq lits. La présence médicale psychiatrique n'est assurée qu'en journée jusqu'à 21h. De 21 h à 9 h le lendemain, cette permanence est assurée par les urgentistes. Le personnel paramédical est présent 24 h/24 h. La file active était au 30 septembre 2019 de 692 patients et 337 nouveaux patients étaient passés par le CAP Ouest.

Le CAP Nord est situé à proximité des urgences somatiques du centre hospitalier universitaire Nord de La Réunion. Les locaux sont loués à ce dernier. Ils offrent un confort relatif.

Le CAP Nord couvre le Nord et l'Est. Il n'existe pas de CAP à l'Est mais une organisation encore autre. Le CAP Nord peut donc recevoir la population du secteur, soit 178 000 habitants mais aussi celle du secteur Est, soit 148 000 habitants, si elle n'a pu être prise en charge sur place par l'organisation spécifique.

Il dispose d'une capacité de dix lits. La présence médicale psychiatrique est assurée 24 h/24 h. Le personnel paramédical est également présent 24 h/24 h. La file active était au 30 septembre 2019 de 839 patients et 446 nouveaux patients étaient passés par le CAP Nord à la même date.

Il n'existe pas de CAP à l'Est, mais une équipe de liaison enfants et adultes de psychiatrie de l'Est (ELEAPSE). Cette structure réalise des consultations spécialisées au plus proche des patients. Sa file active est de 455 patients au 30 septembre 2019 et 210 patients étaient passés par cette structure à la même date. L'équipe intervient via un numéro unique. Après évaluation du patient, ce dernier est orienté, en accord avec le médecin somaticien, vers la prise en charge la plus adaptée. Le transfert vers le CAP Nord n'est dès lors qu'une orientation parmi d'autres, si l'état du patient le nécessite.

Même s'il ressort de la littérature « qu'il existe un développement des services d'urgence psychiatrique et de crise, avec des objectifs et un fonctionnement très divers d'un site à l'autre »³⁸, ces modalités très différentes interrogent. Sont-elles le produit d'une histoire, sont-elles justifiées par une épidémiologie spécifique à La Réunion ?

La question centrale est celle de la prise en charge la plus adaptée pour le patient et de la corrélation entre cette dernière et les moyens mis en œuvre pour la réaliser. Cette adéquation est difficilement mesurable à l'EPSMR. Ainsi au CAP Nord, il existe une présence médicale de psychiatre en H24. Le système d'information de l'établissement ne permet pas de savoir précisément si cette organisation est utilisée en nuit profonde, ni d'identifier une activité de manière précise de 22 h à 6 h du matin.

Dès lors, à défaut de savoir s'il faut alléger cette présence, au contraire la renforcer ou encore l'affecter différemment, l'établissement la perpétue.

³⁸ Robin Pochard dans *Thérapie Familiale* 2001/2 (Vol. 22), pages 153 à 168.

De la même manière, l'organisation mise en place sur le secteur Est, ELEAPSE paraît innovante et réactive en ce qu'elle paraît s'employer à éviter autant que faire se peut aux patients l'hospitalisation systématique pour pallier le risque de les chroniciser. Pour autant elle reste cantonnée au secteur Est.

À ce stade, la chambre recommande à l'établissement de mettre en place au sein des CAP un système d'information exhaustif, de manière à objectiver une juste affectation des moyens au regard de l'activité constatée.

L'EPSMR s'est engagé à poursuivre la réflexion déjà amorcée avec les équipes des trois établissements MCO³⁹ afin d'arrêter des principes d'organisation adaptés à l'activité et aux besoins, et de faire évoluer, le cas échéant, les modalités de fonctionnement et l'allocation des moyens.

3.1.3 L'extra hospitalier

L'extra hospitalier comprend diverses structures de soins, parmi lesquelles les centres médico-psychologiques (CMP).

Les CMP constituent un premier niveau de prise en charge psychiatrique essentiel qui doivent, selon un arrêté du 14 mars 1986, organiser « des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile ».

Divers travaux réalisés au plan national⁴⁰ ont mis en lumière une hétérogénéité des pratiques et des moyens mis en œuvre entre établissements de santé mentale et parfois au sein même de ces derniers, voire de leurs secteurs respectifs. Les délais d'obtention moyens d'un premier rendez-vous en CMP ont été évalués à 67 jours⁴¹, ceux en psychiatrie infanto-juvénile à 116 jours⁴². Les rendez-vous programmés non honorés ont été estimés à 11,4 %.

Ces études ont en outre révélé une « complexité de la gestion des ressources humaines » (temps des professionnels très éclatés sur de nombreux sites ; périmètre de responsabilités, notamment des infirmiers et des psychologues, fluctuant ; nécessité de temps de synthèse collectifs et de regards croisés avec une présence médicale pas toujours assurée).

Elles ont conclu à des « marges d'amélioration sensibles des liens entre les CMP et l'hospitalisation complète, et de ceux avec les partenaires extérieurs », et à des « écarts sur la structure de la file active de patients et sur le volume de prestations offertes aux patients de la file active ».

La mission d'expertise et d'appui hospitalier (MEAH)⁴³ préconise depuis 2008 un guide des bonnes pratiques organisationnelles en CMP visant notamment à permettre une bonne adéquation entre les besoins objectivés et les moyens.

Une partie de ce travail a débuté à l'EPSMR en 2009 avec l'étude « Filaos 1 » sur le volet organisationnel puis en 2016 via la mission Mazars et les travaux « Filaos 1 et 2 ».

³⁹ Médecine, chirurgie, obstétrique.

⁴⁰ ARS Rhône alpes, Mission d'expertise et appui hospitalier (MEAH).

⁴¹ Trois mois pour certains CMP à l'EPSMR.

⁴² Six mois pour certains CMPEA.

⁴³ Devenu depuis l'ANAP, agence nationale d'appui à la performance.

Ce travail a abouti à définir des organisations types et normées pour les CMP et CATTP. Cette démarche a eu une réelle ambition structurante pour l'établissement et les patients et notamment l'harmonisation de l'offre et des prises en charge par une homogénéisation de la structure des effectifs et des métiers. Pour autant cette démarche n'a pas permis de calibrer les postes de manière effective au regard de critères de file active, voire d'indices populationnels. Des cibles ont été fixées mais il n'est pas acquis qu'elles aient été atteintes.

C'est visiblement tout l'enjeu du nouvel audit qui est en cours de réalisation de manière concomitante à l'EPSMR et au CHU Sud et dont le cahier des charges a été remis fin octobre 2019 aux prestataires. Ce marché prévoit une tranche ferme « étude de la pertinence et de la performance des CMP et CMPEA ».

Cet élément revêt un enjeu majeur à l'aune d'un réajustement de la dotation globale qui peut être conséquent au profit de l'EPSMR, et de sa juste répartition entre les divers secteurs et à l'intérieur même des secteurs, sur des critères non pas historiques mais notamment démographiques.

La chambre ne peut qu'encourager l'EPSMR dans cette démarche qui devra aboutir à une juste allocation et adéquation des ressources aux activités des CMP.

Le champ de l'audit ne couvrant pas les autres structures extra hospitalières, la chambre recommande à l'établissement d'étendre l'audit de pertinence et de performance à l'accueil familial thérapeutique ainsi qu'aux hôpitaux de jour.

Elle prend acte qu'après l'audit des CMP et CMPEA, cette démarche sera étendue aux hôpitaux de jour dans un second temps. Elle note qu'en ce qui concerne l'accueil familial thérapeutique, un projet de centralisation de la gestion des places et de structuration de l'accompagnement des familles est également à l'étude, afin de redynamiser le dispositif.

3.1.4 La pause méridienne

Aux termes de l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, le temps de travail effectif est celui « pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles » ; le temps consacré au repas ne correspond en principe pas à du travail effectif dans la mesure où l'agent n'est pas à la disposition de son employeur et a la possibilité de s'absenter de son lieu de travail. La pause méridienne reste exclue de la durée du temps de travail effectif pour la plupart des agents de la fonction publique, c'est le principe. À contrario, les temps de pause et de repas peuvent s'apparenter à du temps de travail effectif dans la mesure où l'agent reste en permanence à la disposition de l'employeur en raison des fonctions qu'il exerce. Cette disposition demeure l'exception.

À l'EPSMR, la pause repas est considérée comme du temps de travail effectif pour l'ensemble du personnel non médical. Cette dernière est considérée comme du temps de travail effectif à condition que le personnel prenne son repas sur son lieu de travail ou au restaurant du personnel et puisse être joint et intervenir immédiatement en cas de besoin ; ce temps de repas ne peut dépasser 20 minutes.

L'EPSMR ne dispose pas d'un système automatisé de contrôle de la durée effective de cette pause et lors de l'examen de la gestion de l'établissement sur place, il a bien été noté l'effectivité de cette pause.

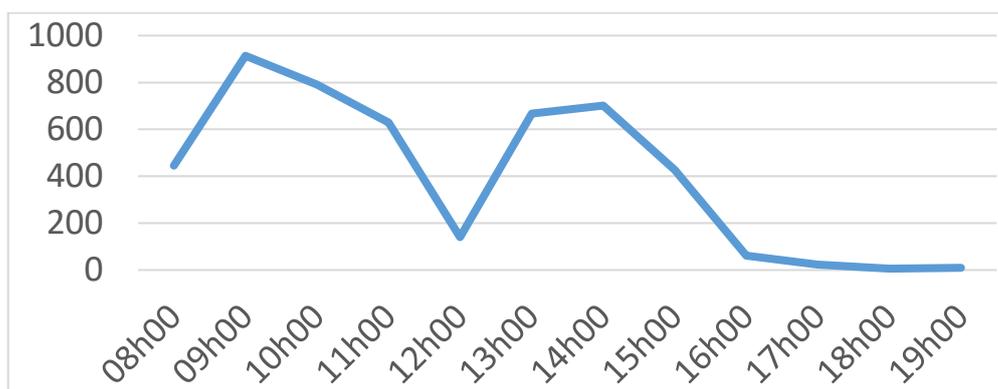
La généralisation à l'ensemble des services du décompte de la pause déjeuner sur le temps de travail n'est pas justifiée par les nécessités du service public et des activités ; la comptabilisation de la pause méridienne sur le temps de travail doit être exceptionnelle et s'appliquer uniquement aux agents dont la présence est indispensable durant la pause repas, comme les soignants.

Un calcul à la demande de la chambre a été réalisé par l'EPSMR. Il s'est appuyé sur l'effectif moyen rémunéré au 31 décembre 2018 et a été réalisé pour l'ensemble des agents mais en excluant, à la demande de la chambre, les personnels des services de soins et les familles d'accueil.

Le surcoût a été ici estimé en moyenne à neuf ETP par an. La chambre a pu constater qu'il était impossible aux agents de quitter leur poste de travail, rejoindre le self puis reprendre leur poste en 20 minutes. Le temps réel de cette pause est évalué aujourd'hui à 30 minutes. Dès lors, le surcoût annuel estimé par la chambre, selon le même calcul mais avec ce nouveau paramètre au regard de ce temps de pause effectif, est de 13 ETP, soit environ 700 000 €.

Ont été exclus du calcul les personnels des structures extérieures, CMP et CATTP et autres. Ces dernières ont en principe une activité de soins entre 12 h et 13 h qui n'apparaît pas dans les relevés d'activité fournis par le département d'information médicale⁴⁴.

Graphique n° 1 : Activité moyenne lissée sur la journée en extra hospitalier



Source : chambre régionale des comptes, d'après DIM de l'EPSMR.

L'établissement pourrait en contrepartie réfléchir à compenser ce temps de pause par l'élargissement de l'amplitude d'ouverture des structures extérieures. Dans leur grande majorité⁴⁵, elles ferment à 16H⁴⁶. Il n'est pas acquis que ce type d'horaire rende accessible les CMP pour des patients en activité.

Même s'il s'entend pour la chambre au regard de ce décompte qu'il s'agit là de fractions de temps qui ne sont pas cumulables pour libérer autant de postes de manière immédiate, il apparaît que l'EPSMR dispose en la matière d'un levier pour améliorer ses organisations, et de fait ses comptes.

⁴⁴ Source DIM : activité lissée sur la journée.

⁴⁵ À l'exception du CMP Labourdonnais.

⁴⁶ Dernier rendez-vous vers 15h40.

L'établissement souhaite néanmoins conserver son mode de fonctionnement actuel et fait valoir notamment comme justification que ses services demeurent ouverts en continu pendant la pause déjeuner (roulement).

La chambre rappelle les termes de la réponse ministérielle du 24 février 2003 à la question n° 9378 du député Lionnel Luca sur la prise en compte du temps de repas dans le temps de travail des fonctionnaires : « Le décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État a défini, à l'instar de la réglementation applicable dans le secteur privé, la notion de temps de travail effectif. Celui-ci s'entend « comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles »... ».

Dès lors, la pause méridienne ne peut être décomptée dans le temps de travail effectif dans la mesure où l'agent a la possibilité de s'absenter de son lieu de travail, notamment pour déjeuner, y compris dans un lieu de restauration collective mis à la disposition des agents. Quelques rares exceptions ont toutefois été admises lorsque les agents ne peuvent quitter leur poste de travail en raison des fonctions qu'ils exercent, à l'exclusion de toute autre considération, en particulier celle de la brièveté de la pause. Il en est ainsi de certaines activités de surveillance ou d'observation des risques, effectuées en service posté, 24 heures sur 24. La pause méridienne reste ainsi exclue de la durée du temps de travail effectif pour la quasi-totalité des agents de la fonction publique. Les arrêtés pris pour l'application de la nouvelle réglementation du travail dans chaque administration ont rappelé cette règle. Il en est de même pour les règlements intérieurs ».

À ce stade, la chambre recommande à l'établissement de mettre fin à l'assimilation généralisée de la pause déjeuner à du temps de travail effectif pour les personnels non soignants, conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

3.2 La réforme du financement de la santé mentale

Aujourd'hui, l'activité de psychiatrie est financée de manière duale. D'un côté, la psychiatrie publique et à but non lucratif bénéficie d'une dotation annuelle, de l'autre, la psychiatrie privée à but lucratif est financée par des prix de journée.

Cette dichotomie freine l'évolution des modes de prise en charge des patients, tout particulièrement vers l'ambulatoire. Elle ne favorise pas la coopération des établissements pour répondre aux besoins des patients dans les territoires. En outre, le mode de financement actuel a laissé perdurer des inégalités importantes de moyens entre les régions, du fait de différences à la fois entre les niveaux de dotation annuelle de financement mais aussi entre les niveaux de prix de journée.

3.2.1 Les axes de la réforme

En cohérence avec les axes stratégiques de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, et afin de garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité, la

loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit d'instaurer un financement commun pour l'ensemble des établissements publics comme privés, reposant sur une dotation populationnelle ainsi que des modalités de financement incitant à la qualité, à la réactivité et au développement de nouvelles activités, tout en valorisant la recherche.

Globalement, la réforme concerne plusieurs axes et s'appuie sur divers types de financement. Ainsi une dotation populationnelle est censée « assurer l'équité entre les régions et garantir la convergence des allocations ». Par ailleurs, une part est affectée à l'activité, pour intégrer la dynamique des établissements et qui « peut inciter à l'activité ambulatoire », et enfin une autre part est affectée au financement de la qualité.

D'autres financements sont prévus pour la recherche propre à la psychiatrie. Un module est constitué pour soutenir les établissements dans le codage exhaustif et qualitatif de leur activité, mais aussi pour soutenir le financement d'activités interrégionales, telles que les unités pour malades difficiles (UMD), ou encore les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

3.2.2 Un levier pour l'établissement

La réforme du financement de la santé mentale et l'objectif national de réajuster les allocations pour garantir l'équité entre les régions devrait bénéficier à l'EPSMR. La santé mentale à La Réunion souffre d'un retard par rapport à la moyenne de la métropole.

Sans attendre la réforme, l'EPSMR bénéficie depuis 2018 d'un re-basage qui lui a permis en 2019 de retrouver des résultats de fonctionnement équilibrés. L'établissement doit se préparer à une répartition équitable des nouveaux crédits sur des critères non pas historiques mais en grande partie populationnels.

L'EPSMR, depuis plusieurs années, s'emploie à définir des organisations cibles, notamment dans la composition des équipes pluridisciplinaires, avec un réel souci d'harmonisation de ces dernières. Il a même développé une approche géo-populationnelle dans l'audit « Filaos 2 ».

Si le ratio de personnel toutes catégories confondues révèle des écarts de moins de 5 % entre les pôles, celui du personnel soignant, c'est-à-dire au pied du lit du patient, révèle encore des écarts non négligeables entre les pôles et au regard des critères de population.

Au moment où l'État réajuste les moyens financiers au profit des établissements, à partir notamment d'indices démographiques, d'activité et de qualité, l'EPSMR doit veiller à ce que des écarts de dotation ne se creusent pas au sein de son propre territoire, en ce qui concerne les effectifs soignants.

L'entrée en vigueur de la réforme du financement étant prévue pour 2021, la chambre encourage l'EPSMR à s'y préparer au plus vite.

3.3 Les autres domaines

D'autres enjeux se profilent devant l'EPSMR et constituent autant d'opportunités : la réalisation du schéma directeur immobilier comme la consolidation des coopérations sont les plus importants.

3.3.1 Un schéma directeur immobilier ambitieux

Dans le cadre de son projet d'établissement, l'EPSMR s'est fixé un schéma directeur d'investissement (SDI) ambitieux tant sur le volet intra hospitalier qu'extra hospitalier. Il doit s'assurer de sa soutenabilité.

En intra hospitalier

En intra hospitalier, l'EPSMR prévoit de créer une unité de soins intensifs psychiatriques régionale pour favoriser les prises en charge différenciées et faciliter la libre circulation des patients. Les travaux devraient démarrer en 2020. Actuellement, il n'existe pas sur l'île de La Réunion d'unité pour malades difficiles (UMD). Pour les patients relevant de ce type de structure, l'alternative est aujourd'hui de les transférer en métropole ou les garder dans les chambres sécurisées des unités d'hospitalisation, ce qui n'est pas satisfaisant.

L'autre projet concerne l'unité « Vanille ». Il a pour ambition de renforcer les capacités d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie pour une meilleure gestion des situations de crise chez les enfants. Actuellement, les enfants sont hospitalisés dans l'unité « Vanille », mais cette structure ne dispose pas de chambre d'apaisement pour prendre en charge des enfants et des adolescents en crise. Dans cette dernière hypothèse, les adolescents en crise sont hospitalisés en secteur fermé adulte, ce qui est un mode de prise en charge non adapté, voire déconseillé.

En extra hospitalier

L'objectif que s'est fixé l'EPSMR est de mettre en œuvre le regroupement et la rénovation des structures extra hospitalières dans une perspective d'harmonisation des circuits de prise en charge et de meilleure lisibilité de l'offre de soins.

Aujourd'hui, ces structures extra hospitalières sont disséminées sur le territoire au travers de près de 30 sites. L'objectif affiché par l'établissement au sein de son schéma directeur de travaux est de réduire les sites à 8. Il y aura dans un avenir de quatre ans, trois centres pivots dans le secteur ouest, deux dans le secteur nord et trois dans le secteur Est.

L'autre ambition de l'établissement est de doter les structures extra hospitalières de bâtiments modernes et fonctionnels permettant une prise en charge adaptée des patients dans des locaux modernes, fonctionnels et facilement accessibles. De nombreux centres médico-psychologiques sont encore dans des bâtiments anciens, peu fonctionnels pour les patients, et en particulier les personnes à mobilité réduite.

C'est dans ce contexte qu'est intervenue l'opération de Saint-Leu. Elle a visé à regrouper sur un même site, un centre médico-psychologique adulte avec un centre d'activités thérapeutiques adulte sur un même étage, ainsi qu'un CMP enfant et un CATTP enfant sur un autre, avec des entrées distinctes pour éviter tout croisement.

Elle a été réalisée en deux temps, une acquisition en état futur d'achèvement (VEFA), puis une opération de travaux d'aménagement de locaux à partir d'un programme défini avec les utilisateurs.

En ce qui concerne la VEFA, la chambre attire l'attention de l'établissement, qui souhaite réitérer ce mode opératoire, sur le fait que le juge administratif⁴⁷ en a encadré le recours pour les personnes publiques.

Cette opération, la première du genre, apparaît en ce sens exemplaire et symbolise pour ses promoteurs l'opération d'un CMP « témoin », prélude à une généralisation du modèle selon le calendrier prévu.

La visite des locaux a toutefois permis de noter que le programme technique de l'opération aurait pu arbitrer dans le sens d'une plus grande mutualisation des surfaces, même si par ailleurs l'acquisition d'un bien dont le gros œuvre est déjà réalisé limite les marges en la matière.

Ainsi, au CATTP adulte on trouve une salle d'activités corporelles de 23 m² qui sert une demi-journée par semaine. Il existe également une salle d'art-thérapie de 25 m² qui sert un autre jour à hauteur d'une autre demi-journée. Les locaux comprennent enfin une salle de groupes de parole de 19 m².

Sauf à ce qu'il y ait des contres indications médicales à ce que l'expression corporelle puisse se réaliser dans la salle d'art thérapie, ou la prise de parole dans la salle d'expression corporelle, un plus grand souci d'optimisation des surfaces aurait pu présider à l'élaboration du programme.

Au rez-de-chaussée, on trouve deux salles d'attente distinctes et contiguës pour deux publics identiques : les enfants. Le programme précise en effet que les espaces d'attente ne peuvent être mutualisés, alors que le hall d'accès est le même.

Ce CMP pivot « témoin », même s'il concourt dans sa réalisation et dans le regroupement des activités à une meilleure prise en charge des patients, n'est pas allé dans sa conception jusqu'au bout des mutualisations possibles en termes de surface.

La direction en est consciente et entend tirer parti de ce retour d'expérience dans les futurs projets qui sont inscrits dans son projet d'établissement. En effet, outre le coût des m², il y a le coût de l'amortissement et de l'entretien de ces mêmes surfaces. La chambre ne peut qu'encourager l'établissement dans cette voie de la meilleure maîtrise de ses programmes fonctionnels à l'avenir.

Le projet de schéma directeur immobilier de l'EPSMR est ambitieux et légitime par les objectifs qu'il se fixe. La question se pose de sa soutenabilité, au regard du calendrier que s'est fixé l'établissement. En effet sur un SDI évalué à 32 M€, 14,7 M€ sont prévus sur 2020 et 11,25 M€ sur 2021.

La soutenabilité financière sera examinée par l'ARS dans le cadre de l'examen de l'EPRD 2020 et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2020-2024, ainsi que des

⁴⁷ CE sect., 8 février 1991, Région Midi-Pyrénées, n° 57679 ; voir également CAA Bordeaux, 19 mars 2002, Communauté urbaine de Bordeaux, n° 97BX01384, CAA Bordeaux, 1er mars 2005, M. Jean-Louis C. et M. André M., n° 01BX00788 et CE, 14 mai 2008.

hypothèses retenues par l'établissement notamment au regard des évolutions des dépenses modélisées et en particulier celles relatives au personnel.

L'établissement devra également veiller à la faisabilité technique de réalisation de ces diverses opérations, et notamment la capacité de ses services à suivre concomitamment plusieurs chantiers : l'unité de soins intensifs, l'extension de l'unité « Vanille », la restructuration des CMP, CMPEA et autres CATTP.

3.3.2 Les coopérations

La promotion des coopérations et des partenariats est un axe fort du projet d'établissement de l'EPSMR. Ces coopérations doivent s'exercer naturellement au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT), dont l'EPSMR est membre, mais pas seulement. Tout l'enjeu pour l'établissement est de faire vivre les coopérations existantes et d'en développer de nouvelles.

La coopération s'exerce en priorité au sein du GHT. Le GHT est une stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire entre établissements publics de santé et au service de la prise en charge des patients. Cette stratégie est formalisée dans un projet médico-soignant partagé, conçu par les professionnels pour leurs patients, et elle garantit une offre de proximité, de référence et de recours.

L'EPSMR est membre du GHT océan Indien et signataire de sa convention. Les établissements publics de santé de La Réunion et de Mayotte ont adopté le 1^{er} juillet 2016 la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire océan Indien (GHT OI).

Cette convention est le pacte fondateur de la stratégie du groupement hospitalier public. Elle s'est donnée l'objectif de structurer une offre de soins publique coordonnée et graduée sur le territoire de santé régional et de promouvoir la mutualisation des fonctions dites support (système d'information hospitalier, département d'information médicale (DIM), achats et coordination de la formation), pour accroître l'efficacité économique du secteur public hospitalier.

L'EPSMR s'emploie à entretenir cette coopération au sein du GHT et en particulier avec le CHOR avec lequel il partage une direction commune, un projet d'établissement socle et des fonctions supports, mais également avec les autres membres, et notamment le CHU.

L'EPSMR doit poursuivre et approfondir ses coopérations avec le médicosocial en s'appuyant sur l'unité de liaison médicosociale. Il s'agit d'un dispositif innovant qu'il a mis en œuvre afin de mettre à disposition du temps de psychiatre au sein des structures médicosociales.

Cette coopération est nécessaire pour changer le regard du monde médicosocial sur le handicap psychique, notamment des personnes âgées, et éviter des séjours hospitaliers en santé mentale faute de lits d'aval⁴⁸.

L'EPSMR doit également prendre toute sa place dans le renforcement de la coopération régionale en santé mentale. À cet égard l'ARS, dans son diagnostic du volet coopération du nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), note qu'« en tant

⁴⁸ Ces patients constituent une part importante des « bed bloqueurs ».

qu'établissement référent, l'EPSMR a été particulièrement actif dans la mise en place de la conférence territoriale de santé mentale du 974 ». Il est vrai que la finalisation du projet territorial de santé mentale, son pilotage comme sa mise en œuvre, sont largement portés par l'EPSMR.

La coopération avec le centre hospitalier de Mayotte, qui ne fait plus partie du GHT, est un enjeu de santé publique dans le domaine de la santé mentale pour ce jeune département qui se trouve quasiment dépourvu de structures hospitalières⁴⁹.

Au-delà, cette coopération peut constituer une opportunité pour l'EPSMR qui voit ses parts de marché stagner, notamment en hospitalisation complète.

⁴⁹ Dix lits de santé mentale pour 270 000 habitants.

ANNEXES

annexe n° 1. Glossaire	43
annexe n° 2. : Réponse.....	44

Annexe n° 1. GLOSSAIRE

AFT : accueil familial thérapeutique

ANAP : agence nationale d'appui à la performance

ARS : agence régionale de santé

ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CAP / CAC : centre d'accueil psychiatrique, centre d'accueil de crise

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP : centre médico psychologique

CMPEA : centre médico psychologique pour enfant et adolescent

CHSCT : comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CME : commission médicale d'établissement

CTE : comité technique d'établissement

DIM : département d'information médicale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IDE : infirmière diplômée d'état

File active : total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

HDJ : hôpital de jour

GAP : gestion administrative du patient

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

MCO : médecine chirurgie obstétrique

PDS : permanence de soins et rééducation

PRS : plan régional de santé

RTC : retraitement comptable

SSR : soins de suite et de réadaptation

SAU : service d'accueil d'urgence

SROS : schéma régional d'organisation des soins

UMD : unité pour malades difficiles

UMPP : unité mobile psychiatrie précarité

UCSA : unité de consultation et soins en ambulatoire

USIP : unité de soins intensifs psychiatriques

Annexe n° 2. : RÉPONSE



ENREGISTRÉ AU GREFFE

20 JUL. 2020

C.R.C RÉUNION - MAYOTTE

20 - 225

Saint-Paul, le 17 Juillet 2020

LE DIRECTEUR

A

Monsieur le Président
CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
LA REUNION – MAYOTTE
44, rue Alexis de Villeneuve
97488 SAINT-DENIS CEDEX

DIRECTION

Directeur :

Laurent BIEN
l.bien@epsmr.org

Secrétaire générale

Marina PONGERARD-
SINGAINY
Pongerard-singainy.m@ch-gmartin.fr

Secrétariat :

Tél. : 02.62.74.00.30
Fax : 02.62.74.00.06
direction@epsmr.org

Nos Réf. :

LB/OM/PV/ 44-2020

RAR 2C 121 832 8713 0

Copie à :

- M. Jean-Pierre LALA
- M. Olivier MANICON
- M. Eric CHARTIER
- M. David LE SPEGAGNE
- Mme PONGERARD-SINGAINY

Objet : Réponses au rapport d'observations définitives de la CRC

Monsieur le Président,

Vous m'avez communiqué par courrier en date du 23 juin 2020 le rapport d'observations définitives établi par la Chambre Régionale des Comptes concernant la gestion de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion pour les exercices 2015 et suivants et je vous en remercie.

Je tiens tout d'abord à saluer la qualité générale de ce document qui dresse une image fidèle de l'évolution positive de la situation de l'établissement sur ces cinq dernières années.

En effet, comme le souligne le rapport la situation financière de l'établissement s'est redressée à partir de 2018 par l'attribution de nouveaux crédits, après plusieurs exercices déficitaires du fait du sous financement structurel de l'activité et malgré les efforts réalisés pour maîtriser l'évolution des charges. Plus encore, l'établissement a bénéficié depuis deux ans d'accompagnements complémentaires significatifs, répondants aux priorités stratégiques de son projet d'établissement, repris depuis dans le projet territorial de santé mentale 974 (PTSM). Ces crédits permettront à brève échéance de renforcer significativement une offre de soins très inférieure à la moyenne nationale sur plusieurs thématiques clés : renfort de l'ensemble des centres de consultations, ouverture d'une unité de soins intensifs pour adultes, l'extension de l'unité régionale de pédopsychiatrie, la consolidation de la prise en charge des adolescents.

La Chambre souligne les progrès réalisés par l'établissement en matière de qualité de la prise en charge ainsi que la pertinence des dispositions prises après un évènement indésirable grave qui a marqué la vie de l'établissement. Ces éléments se sont traduits concrètement lors de la dernière visite de certification de la HAS par une réduction importantes des non-conformités et des points de vigilance¹. Ces résultats encourageants témoignent de la dynamique existante et de l'engagement des professionnels autour des priorités institutionnelles que sont notamment la traçabilité des soins et la libre circulation des patients.

¹ L'EPSMR est passé de 12 à 3 non-conformités et de 36 à 10 points de vigilance entre les visites de certification HAS de 2016 et 2019.

Le caractère innovant et original des démarches « FILAOS 1 et 2 » menées par l'établissement pour harmoniser l'offre de soins et homogénéiser les organisations, les compétences et les effectifs en extrahospitalier, est souligné par les rapporteurs. Ceux-ci ont également remarqué le travail réalisé en intra-hospitalier pour établir des organisations types identiques pour toutes les unités d'hospitalisation et notent la pertinence du choix d'y intégrer les moyens nécessaires pour pallier l'absentéisme de courte durée. Ces éléments seront au cœur des futurs contrats de pôle, dont la Chambre rappelle la nécessité, et qui seront signés au plus tard au 1^{er} trimestre 2021. Ce calendrier permettant également d'assurer la cohérence entre les démarches de contractualisation interne et externe, le CPOM 2020-2024 étant en cours de finalisation avec l'ARS.

La Chambre fait également état de la dynamique de l'établissement en matière de projets dans le cadre d'une stratégie privilégiant l'orientation de ses moyens sur l'ambulatoire², anticipatrice du « virage ambulatoire » promu par les autorités sanitaires, ainsi que le schéma directeur immobilier qui lui est associé. Elle précise à juste titre que cette ambition doit désormais se traduire par une accélération du développement de l'activité extrahospitalière, notamment à l'aune des moyens supplémentaires obtenus pour renforcer les CMP et CMPEA. Pour l'intra hospitalier, le constat posé sur le recul important de la part de l'EPSMR dans l'activité régionale ces trois dernières années doit être nuancé au regard à la fois de la fermeture des 25 lits du pavillon Vétiver, dont l'activité a été redéployée en ambulatoire, et de la création de lits dans le secteur privé sur la période³.

En matière de coopération, axe fort de la stratégie de l'établissement, le rapport rappelle la place de l'EPSMR dans le GHT OI et son investissement auprès du secteur médico-social via l'unité de liaison médico-sociale. En revanche, il ne mentionne pas la Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 (CTSM 974) bâtie sur un modèle tout à fait original au niveau national et pour lequel l'EPSMR a été l'un des promoteurs majeurs. L'ouverture d'emblée aux établissements médico-sociaux, aux URPS, aux réseaux de soins et aux représentants des usagers et de leurs familles a permis d'engager une réflexion territoriale avec l'ensemble des acteurs de la santé Mentale à la Réunion. Il en a émergé un projet commun et l'identification de priorités partagées par l'ensemble des acteurs, et a permis de placer La Réunion parmi les principales régions bénéficiaires des crédits supplémentaires attribués à la psychiatrie depuis deux ans⁴.

Certaines observations thématiques du relevé d'observations appellent néanmoins des commentaires et/ou remises en contexte :

Concernant les ressources humaines,

- Sur la plan stratégique, la Chambre relève à juste titre la nécessité de définir rapidement une politique et des règles institutionnelles en matière de mobilité interne. Il s'agit en effet d'un enjeu important en termes d'harmonisation des pratiques et des compétences, et donc in fine de qualité de la prise en charge, mais également pour garantir une certaine équité dans les parcours professionnels. Des

² 58% des effectifs sont aujourd'hui affectés en dehors de l'intra hospitalier

³ Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en secteur privé lucratif est passé de 144 en 2015 à 182 en 2018 (source SAE, DREES)

⁴ 15 M€ ont ainsi été attribués à la région au titre du soutien aux activités de la psychiatrie en 2018 et 2019

discussions s'engageront donc dès cette année avec les organisations syndicales et l'encadrement pour définir une politique de mobilité professionnelle validée d'ici la fin de l'année qui concilie mieux l'exercice professionnel en intra et en extrahospitalier.

- Sur les aspects juridiques, le rapport acte les avancées récentes des établissements de l'île, dont l'EPSMR, pour régulariser les sujets de l'indexation des primes et de la majoration des contractuels. Les rapporteurs reviennent également sur les problématiques récurrentes en Outre-Mer, de la majoration de traitement des médecins contractuels et du maintien de cette surrémunération pendant les congés bonifiés des praticiens titulaires.

Sur le premier sujet, comme indiqué dans le rapport, le maintien du versement de la majoration de traitement dite « DOM » aux praticien contractuels des EPS de La Réunion a été actée lors de la réunion du 13 septembre 2019 en présence de la DRFiP, sous-réserve d'un alignement du libellé de cette majoration dans les contrats de travail sur celui déjà employé par le CHOR et l'EPSMR. Il convient également de rappeler que la suppression de cette majoration serait un facteur diminuant sérieusement l'attractivité du territoire réunionnais pour les jeunes médecins, alors même que, d'après les données citées par la Chambre, la densité médicale y est déjà inférieure de -5% à la moyenne nationale, et que l'accès aux soins y représente un enjeu majeur.

Concernant le second sujet, les rapporteurs ont été informés lors de l'instruction des conclusions d'une expertise juridique diligentées par les EPS de La Réunion, qui conclut que le caractère irrégulier de cette pratique, commune à l'ensemble des établissements Outre-Mer, n'est pas avéré. Ces éléments ont été partagés avec la DRFiP et l'ARS lors de la réunion du 13 septembre 2019, et jugés suffisamment crédible par les parties en présence pour que celles-ci s'accordent sur le maintien du dispositif actuel dans l'attente d'une position officielle de la DGOS, saisie par l'ARS sur le sujet.

Concernant l'organisation du temps de travail,

- Le rapport recommande de mettre fin à l'assimilation généralisée de la pause déjeuner à du temps de travail effectif pour les personnels non-soignants. L'établissement ne conteste pas, en droit, la légitimité de cette injonction. Celle-ci doit néanmoins être appréciée au regard des éléments de contexte suivants :
 - o Les modalités réduction du temps de travail ont fait l'objet d'un nouveau protocole d'accord qui a été signé en 2013. L'enjeu principal de ce protocole était de rapprocher les modalités ARTT en vigueur à l'EPSMR avec celles des autres établissements (37h30 et 14 RTT) en purgeant notamment un certain nombre de jours dérogatoires⁵. L'exclusion du temps de repas du temps de travail pour les personnels non-soignants n'aurait pas permis d'atteindre cet objectif.
 - o Bien qu'il soit indéniable que certains professionnels ne sont pas contraints d'être joignables à tout moment afin d'intervenir immédiatement dans leur service, il n'en demeure pas moins que ces services restent ouverts en continu pendant la pause déjeuner et qu'une très grande majorité des professionnels non-soignants

⁵ Situation largement répandue dans les CHS de l'époque : 39h + 19 RTT + 6 jours (40^{ème} heure)

travaille fréquemment au-delà de leurs obligations journalières sans demande de compensation en temps ni en indemnisation⁶.

- La Chambre décrit comme dérogatoire l'organisation médicale en place sur la tranche horaire de 16h à 18h sur les sites d'hospitalisation. Il convient ici de préciser que ce dispositif n'implique en aucun cas un début de la permanence des soins dès 16 : la continuité des soins dans chaque pavillon est assurée jusqu'à 18h par les médecins qui y sont affectés, le praticien de permanence étant chargé de la gestion des entrées. L'EPSMR mènera néanmoins une évaluation de cette organisation en matière de continuité des soins sur ses deux sites d'hospitalisation afin de statuer sur son maintien.

Concernant les fonctions logistiques,

- Le rapport rappelle la nécessité de se conformer aux règles de la commande publique, à laquelle l'établissement ne peut que souscrire. Les exemples d'achats contrevenants à ces principes relevés dans les observations ne doivent cependant pas occulter la réalité d'un taux global d'achat sous marchés de près de 70%

Concernant le fonctionnement des instances,

- L'établissement prend acte des recommandations de la Chambre et a déjà planifié pour 2020 un nombre de séances en conformité avec les obligations réglementaires pour le Directoire et la CDU, ainsi que sur la présentation des résultats de la comptabilité analytique. En revanche, il conteste vivement les observations relatives au manque d'informations du conseil de surveillance concernant les sujets stratégiques : le projet d'établissement fait l'objet d'un état d'avancement à chaque conseil de surveillance avec la présentation à chaque séance de 3 à 4 projets, comme en attestent les ordres du jour.

Monsieur le Président, voici pour notre part les compléments que nous souhaitons apporter à ce rapport d'observations définitives en vous renouvelant tous nos remerciements pour la qualité des relations entretenues et les actions d'amélioration que nous allons entreprendre ou poursuivre suite à vos observations

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.



⁶ Le nombre d'heures supplémentaires est très faible pour ces catégories : 2 422 heures en 2018, 1 582 heures en 2017



Les publications des chambres régionales des comptes
La Réunion et Mayotte
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/crc-la-reunion-et-mayotte

Chambre régionale des comptes La Réunion et Mayotte
44 rue Alexis de Villeneuve
97 488 Saint-Denis Cedex