Chambre régionale des comptes
Occitanie

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

CENTRE HOSPITALIER ARIÈGE COUSERANS (Ariège)

Exercices 2017 et suivants

500, avenue des États du Languedoc ▪ CS 70755 ▪ 34064 MONTPELLIER CEDEX 2 ▪ T +33 4 67 20 73 00 ▪ occitanie@crtc.ccomptes.fr

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE **5**

RECOMMANDATIONS **8**

INTRODUCTION **9**

1. UN CENTRE HOSPITALIER RURAL ISOLE AVEC UNE SOUS-ACTIVITE IMPORTANTE **10**

1.1. Une offre de soins surdimensionnée aboutissant à une sous-activité 10

1.1.1. Un territoire rural à la population vieillissante subissant le recul des praticiens médicaux 10

1.1.2. Les indicateurs de sous-activité et un établissement qui n'est pas en mesure de retenir sa patientèle 11

1.1.3. Une activité en psychiatrie plus favorable 17

1.2. Une réflexion de transformation de la maternité en centre périnatal de proximité 18

1.2.1. L'organisation des maternités dans le département de l'Ariège 18

1.2.2. Les indicateurs de l'activité obstétrique 19

1.2.3. Une condition technique de fonctionnement de la maternité énoncée au code de la santé publique qui n'est pas remplie 21

1.2.4. Des conditions de sécurité fragiles identifiées par l'inspection de la maternité diligentée par l'ARS 21

1.2.5. Une piste de réflexion : le rapprochement des maternités et l'ouverture des centres périnataux de proximité 22

1.2.6. Une réflexion stratégique à mener : l'évolution de la maternité en centre périnatal de proximité 23

1.3. Une activité en psychiatrie qui devrait évoluer 24

1.3.1. Les enjeux de la santé mentale 24

1.3.2. La spécialité psychiatrique : activité principale de l'établissement, de nature départementale 25

1.3.3. Une pénurie médicale particulièrement sévère en psychiatrie, nuisant à une bonne prise en charge des patients 25

1.3.4. Une offre d'hospitalisation qui n'est pas adaptée aux besoins du territoire 27

1.3.5. Une augmentation de l'activité des centres médico-psychologiques qui a un impact sur la qualité de prise en charge du patient dans un contexte de pénurie médicale 29

2. UNE STRATEGIE ET UN PILOTAGE A RELANCER **31**

2.1. Une réunion des instances de gouvernance qui n'est pas conforme aux prescriptions du code de la santé publique 31

2.2. Des orientations stratégiques à formaliser pour renforcer le pilotage 32

2.2.1. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2018-2023 à renouveler 32

2.2.2. L'absence de projet d'établissement depuis 2016 32

2.2.3. Un contrat de retour à l'équilibre financier non renouvelé malgré la dégradation de la situation 33

2.2.4. Des contrats et des projets de pôle échus depuis mars 2021 33

2.2.5. L'absence de trios de pôle 33

2.2.6. Un pilotage déstructuré depuis 2018 34

2.3. Des axes d'amélioration pour répondre aux besoins et améliorer la qualité et la sécurité des soins 35

2.3.1. Une étude stratégique à mener concernant l'activité des soins de suite et de réadaptation et le centre de réadaptation neurologique 35
2.3.2. Une prise en charge clinique de la psychiatrie à améliorer 36
2.3.3. Les actions recommandées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté 37
2.3.4. Une coordination entre les acteurs d'amont et d'aval à structurer en psychiatrie 38
2.3.5. Une offre de soins à adapter à l'évolution du besoin en soins de santé mentale 39
2.4. Des équipes qui ont été fragilisées, ce qui a impacté le fonctionnement de l'établissement 41
2.4.1. Un taux de rotation des équipes de direction particulièrement élevé 41
2.4.2. Une direction des ressources humaines et des affaires médicales qui n'est pas en capacité de remplir l'ensemble de ses missions 42
2.4.3. Un établissement qui a fait reculer son nombre d'ETP 43
2.4.4. Des indicateurs d'absentéisme et de taux de rotation très dégradés 43
2.4.5. Une augmentation des heures supplémentaires et des jours de CET du personnel non médical mais un temps de travail non conforme au cadre réglementaire 44
3. UNE SITUATION FINANCIERE CRITIQUE QUI APPELLE UNE EVOLUTION DU MODELE DE L'HOPITAL 45
3.1. Un déficit structurel sous-estimé qui se creuse malgré le soutien financier croissant de l'ARS 46
3.1.1. Un déficit structurel conséquent 46
3.1.2. Un déficit qui n'est pas correctement évalué dans les comptes 46
3.1.3. Une dégradation de la situation malgré l'augmentation des soutiens financiers de l'ARS 47
3.2. Les résultats excédentaires du pôle psychiatrie qui financent annuellement les activités déficitaires de l'établissement 47
3.3. Un effet de ciseaux qui se creuse entre l'évolution des produits et des charges 48
3.3.1. Des financements relevant majoritairement de dotations en raison de la structure des activités de l'établissement 48
3.3.2. Une augmentation des charges plus importante que les produits malgré la baisse du nombre d'ETP 48
3.4. Une incapacité à investir qui accentue la dégradation des bâtiments de l'établissement 49
3.4.1. Un endettement trop lourd pour les capacités actuelles de l'établissement 49
3.4.2. Une incapacité à investir en propre malgré un taux de vétusté des installations très élevé 50
3.5. Des indicateurs bilanciels très dégradés 50
3.6. La nécessité de revoir le modèle 52
3.6.1. Les mutualisations insuffisantes avec le GHT 52
3.6.2. La perspective d'une fusion des établissements CHAC-CHIVA à explorer 54
ANNEXES 57
Réponses aux observations définitives 84

SYNTHÈSE

La chambre régionale a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) pour les exercices 2017 et suivants. Le contrôle de la chambre a porté principalement sur l'offre de soins, l'activité, la gouvernance, la stratégie, la fiabilité des comptes et la situation financière.

Un établissement dont l'offre de soins n'est pas dimensionnée aux besoins de la population : une sous-activité qui s'avère coûteuse

Le centre hospitalier Ariège Couserans est un hôpital isolé pour un petit bassin de vie rural d'un peu plus de 30 000 habitants, à la population plus vieillissante que la moyenne régionale. Ses activités regroupent la psychiatrie, dont il est le seul établissement départemental, la médecine, chirurgie, obstétrique, la gériatrie ainsi que les soins de réadaptation.

L'établissement est confronté à des taux de recours[1] en soins hospitaliers parmi les plus faibles de la région Occitanie. Alors qu'il n'a pas de concurrence directe sur son bassin d'attractivité, les taux de fuite vers d'autres établissements sont importants et ses parts d'activité sont faibles. Le CHAC n'a pas mis en place des moyens spécifiques pour répondre à cette situation, en recréant, par exemple, un lien fort avec la médecine de ville.

Son objectif de proposer une offre de soins la plus large possible apparaît peu compatible avec une réorientation stratégique visant à s'adapter aux besoins plus spécifiques de la population. Effectivement, au regard de la sous-activité globale en médecine, chirurgie, obstétrique, soins de réadaptation, hôpitaux de jour en psychiatrie, l'offre de soins apparaît aujourd'hui surdimensionnée en termes de personnels et d'équipements mobilisés. Les taux d'occupation des lits sont modestes, nettement inférieurs aux standards nationaux (direction générale de l'offre de soins), malgré de longues durées de séjour moyen en médecine et en chirurgie. Les places en ambulatoire et le bloc opératoire sont également sous-utilisés. Il s'ensuit que les coûts supportés par l'établissement ne sont pas en rapport avec son activité.

Pour l'année 2022, cette sous-activité s'est en particulier traduite par une moyenne d'un peu plus d'un accouchement par mois par sage-femme et gynécologue obstétricien. Ce nombre était en baisse en 2023 avec seulement 115 accouchements contre 160 en 2022. En chirurgie, les deux salles d'opération ouvertes sur les trois que compte l'établissement avaient un taux d'occupation de 76 % en 2023 alors que la cible nationale est de 85 %. Ainsi, le nombre d'actes réalisés par jour ouvrés n'est que de trois pour les deux salles d'opération actives. Enfin, en chirurgie ambulatoire, le taux d'utilisation des places était de seulement 64 % quand la cible est supérieure à 130 %. A l'inverse, des opportunités en gériatrie et en psychiatrie notamment pour les personnes âgées et les enfants, et dont certaines structures affichent des taux d'occupation très importants, n'ont pas été développées.

Dans ce cadre, l'établissement n'a pas accordé sa juste place à la psychiatrie, pourtant activité principale de l'établissement, tant stratégiquement, financièrement qu'au sein des instances de gouvernance. Le CHAC est en effet l'hôpital départemental psychiatrique.

[1] Nombre de patients ou journées pour 1000 habitants et déclinés selon les modes de prise en charge (hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire) par catégorie de diagnostic principal. Standardisés, ils sont corrigés de l'effet structure de la population : âge et sexe.

Une situation critique et une stratégie qui n'est plus financièrement soutenable

La stratégie de l'établissement n'apparaît plus soutenable. Sa situation financière est critique. Ne disposant plus de fonds de roulement, ne pouvant ni honorer ses dettes fiscales et sociales, ni régler ses dettes dans les délais légaux, le CHAC est obligé de recourir à des lignes de trésorerie. Pour autant, il ne verse pas d'intérêts moratoires aux entreprises payées avec retard. Son niveau de recettes est pénalisé, outre la faiblesse de l'activité, par l'insuffisance de la qualité du codage des actes et de la facturation.

La psychiatrie, seule activité excédentaire de l'établissement, a financé annuellement les activités déficitaires. Sur quatre années, plus de 10,5 M€ d'excédents de dotations de psychiatrie ont financé les pôles déficitaires, dont l'hospitalisation générale et l'obstétrique, pour laquelle l'établissement perçoit déjà une allocation spécifique. Sans cette dernière, l'obstétrique serait la seconde activité déficitaire de l'établissement, après les consultations et soins externes.

Malgré le soutien financier croissant de l'Agence Régionale de Santé (ARS), représentant plus de 15 M€ d'aides en quatre ans, le déficit apparent était de plus de 20 M€ en 2022. Cependant, les charges, et par conséquent le déficit, s'avèrent sous-évalués car l'établissement n'amortit pas correctement ses biens et ne provisionne pas conformément à la règlementation. Au final, sans le soutien de l'ARS et les fonds de la psychiatrie, le déficit cumulé aurait été de plus de 50 M€ en 2022.

Disposant d'un patrimoine vétuste, l'établissement n'a plus en propre les moyens de financer le renouvellement de ses immobilisations, ni de recourir à l'emprunt depuis plusieurs années. L'ARS a précisé que le « *CHAC s'était engagé à retrouver en 2030 une CAF nette positive et un taux de marge suffisant pour financer les investissements souhaités et nécessaires à son bon fonctionnement par le biais de mesures d'efficience à mettre en œuvre* ». La chambre est réservée sur la capacité de l'établissement à atteindre cet objectif sans entamer de profondes restructurations.

Une réflexion à mener sur l'évolution de son modèle stratégique

Compte tenu de ces éléments, l'hôpital devrait se repositionner là où sont les besoins de la population de son bassin de vie. Le groupement hospitalier de territoire aurait pu permettre un rapprochement organique, une structuration et une continuité de l'offre de soins à l'échelle du département plus à même de retenir la patientèle. Cela n'a pas été le cas.

Les modalités de gouvernance n'ont pas facilité l'engagement de telles réflexions. De plus, l'établissement, à la direction et au pilotage déstructurés depuis des années, ne respecte pas les règles applicables, principalement s'agissant des réunions des instances de gouvernance, des rapports d'activité et de l'activité de la maternité. Il n'a transmis aucun suivi des réalisations du projet médico-soignant et des projets et contrats de pôles quand ces derniers apparaissaient structurants, notamment en psychiatrie, par un équilibrage de l'offre d'hospitalisation pour l'est du département.

L'ensemble de ces constats conduisent à l'impérieuse nécessité de faire évoluer le modèle stratégique de l'établissement. Dans ce cadre, l'opportunité de fusion entre les deux établissements du CHAC et du CHIVA, dans la perspective d'un unique établissement hospitalier départemental, pourrait constituer une piste à explorer. À terme, cet établissement hospitalier départemental, pourrait associer les petits établissements d'Ax-les-Thermes et de Tarascon-sur-Ariège, déjà en direction commune avec le CHIVA. Il pourrait permettre d'aboutir à une offre de soins structurée pour le territoire dans son ensemble et plus adaptée aux besoins de la population à la fois pour l'est

et pour l'ouest du département et plus à même de lutter contre la fuite des patients vers le département de la Haute-Garonne.

RECOMMANDATIONS

(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)

1. Proposer à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et au Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège (CHIVA) d'étudier la transformation de la maternité du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) en centre périnatal de proximité. *Non mise en œuvre.*

2. Contractualiser un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS. *Non mise en œuvre.*

3. Formaliser les documents stratégiques actuellement manquants comme le projet d'établissement, les contrats et les projets de pôle. *Non mise en œuvre.*

4. Prendre en compte dans les documents stratégiques psychiatriques de l'établissement le parcours de prise en charge des patients avec les partenaires concernés d'amont et d'aval, intra et extrahospitalier, le cas échéant par des conventions. *Non mise en œuvre.*

5. Engager un rapprochement avec le CHIVA sous des modalités à fixer (fusion, direction commune) afin de structurer une offre de soins plus adaptée aux besoins. *Non mise en œuvre.*

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

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes :

- Mise en œuvre complète : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Mise en œuvre partielle : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières, « par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) a donné lieu à deux cahiers : le premier concerne l'activité hospitalière et le second est spécifique à la maison des adolescents (MDA), service dédié du centre hospitalier Ariège Couserans. Ce dernier cahier s'inscrit dans le cadre d'une enquête menée par les chambres régionales des comptes et la Cour des comptes. Dans ce cadre, ont été notamment examinés le positionnement des MDA au sein de l'offre d'accompagnement à destination des jeunes, les moyens dont dispose la structure et sa capacité à répondre aux besoins des adolescents.

Le contrôle des comptes et de la gestion du CHAC a été ouvert le 22 août 2023 par lettre de la présidente de la chambre régionale des comptes Occitanie, adressée à M. Olivier PONTIÈS, ordonnateur en fonctions depuis le 16 août 2023.

Un courrier a été adressé aux six précédents ordonnateurs qui se sont succédés sur la période de contrôle de la chambre : Mme Marie DUNYACH, M. Yves BLOCH, M. Frédéric RIANT, M. Jean-Claude THIEULE, M. Sébastien MASSIP et M. Jean-Philippe SAJUS. En raison du court temps d'intérim de MM. RIANT et MASSIP, ces derniers ont reçu une lettre de clôture.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'ensemble des entretiens de fin de contrôle ont eu lieu, et plus précisément le 31 janvier 2024 avec l'ordonnateur en fonctions et les 23 et 24 janvier 2024, les 13, 16 et 19 février 2024 avec les précédents ordonnateurs.

Lors de sa séance du 26 février 2024, la chambre a arrêté les observations provisoires qui ont été transmises au centre hospitalier. Des extraits ont été adressés aux tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 27 mai 2024, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

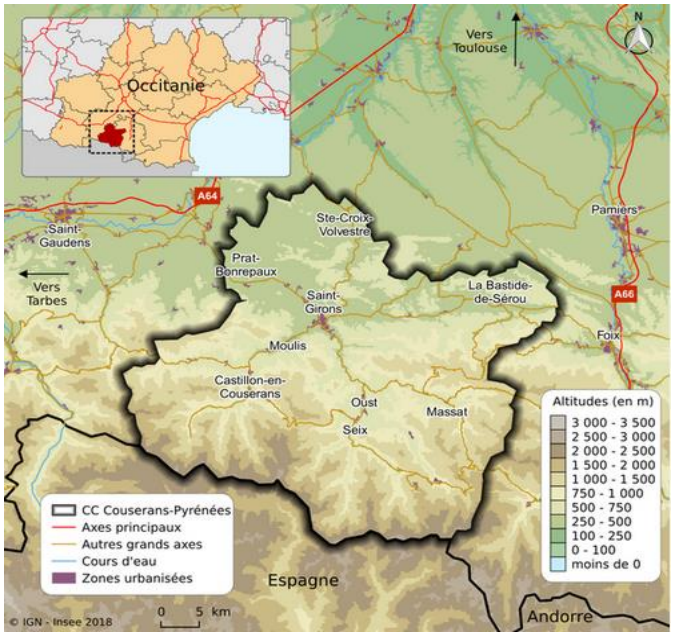
1. UN CENTRE HOSPITALIER RURAL ISOLE AVEC UNE SOUS-ACTIVITE IMPORTANTE

1.1. Une offre de soins surdimensionnée aboutissant à une sous-activité

1.1.1. Un territoire rural à la population vieillissante subissant le recul des praticiens médicaux

Le Couserans, secteur excentré et enclavé du département de l'Ariège n'est desservi ni par le réseau ferré ni par l'autoroute ou par une route nationale. Il est bloqué au sud avec 30 km de la frontière avec la Catalogne espagnole, sans accès direct et à l'ouest par le col de Portet d'Aspet (1 070 m). En revanche, par l'est, il se situe à 41 minutes de Foix, ville où est implantée la préfecture, par le col Del Bouich (599 m) ; par le nord, il se situe à 1h25 de Toulouse. Le Couserans est classé parmi les territoires qui connaissent le plus de difficultés d'accès aux services. Ce territoire intercommunal de 94 communes se compose de 18 vallées, principalement en zone de montagne, qui convergent vers la ville-centre de Saint Girons de 6 324 habitants qui abrite une sous-préfecture. Il bénéficie entre autres de l'attrait touristique du parc naturel des Pyrénées ariégeoises, de la cité épiscopale de Saint-Lizier et de la station de ski de Guzet.

carte 1 : le Couserans, province à l'ouest du département de l'Ariège



Source : Insee

L'Ariège est un département montagneux, rural, le moins peuplé de France après la Lozère. En 2020, il comptait 153 954 habitants et représentait 2,6 % de la population d'Occitanie. Sa densité était 31,5 personnes au km², très inférieure à celle de la région (82,1), celle du Couserans étant encore plus basse avec 18 habitants au km². Le nombre d'habitants a été relativement stable depuis 2014 (+ 0,2 %), le solde migratoire positif (+ 0,6 %) compensant le solde naturel négatif (- 0,4%). Entre 2018 et 2022, la population ariégeoise a progressé de 1 % et celle du Couserans de 1,5 %.

Ce département se caractérise par une population plus âgée que la moyenne régionale et nationale, cette disparité s'accentuant encore dans le Couserans. Ses indicateurs de précarité étaient supérieurs aux moyennes régionales et nationales et le CHAC est le premier employeur du territoire couseranais, avec plus de 900 équivalents temps plein en 2022. Le territoire a présenté

un taux de mortalité plus élevé que celui du département caractérisé par les pathologies cancéreuses, cardiovasculaires et psychiatriques ; la densité médicale connaît une baisse continue de ses effectifs et de l'ensemble des spécialités depuis 2010 avec une accessibilité aux médecins de moins de 62 ans, aux infirmiers et aux sages-femmes libérales inférieure à la moyenne nationale. Enfin, il faut noter l'absence de structure spécialisée (USINV/UNV) pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux mais également cardiaques (USIC). Le détail des éléments énoncés à cette partie est présenté en annexe et illustrent une offre de soins qui a peu évolué par rapport aux besoins de la population, notamment en gériatrie, en psychiatrie et en soins palliatifs.

1.1.2. Les indicateurs de sous-activité et un établissement qui n'est pas en mesure de retenir sa patientèle

1.1.2.1. Un établissement qui prend en charge moins du tiers de l'activité hospitalière de sa zone d'attractivité en médecine, chirurgie et obstétrique

En 2022, l'établissement a pris en charge 28,6 % de l'activité hospitalière de sa zone d'attractivité en MCO, en nombre de séjours (MCO et séances). Les parts d'attractivité étaient réparties entre le secteur privé extérieur au département (15,6 %), l'institut Claudius-Regaud, centre de lutte contre le cancer (14,7 % pour 2 559 séjours), le CHIVA (11,8 %), l'hôpital de Rangueil (6,15 %, dépendant du CHU), et la clinique Pasteur (5,88 %). Le CHU de Toulouse n'a pris que 6 % du nombre de séjours en 2022, soit 12 % avec l'hôpital de Rangueil.

1.1.2.2. Une activité globale contrainte par un petit bassin de vie

L'activité globale du CHAC apparaît contrainte par la petite taille du bassin de vie et l'offre de soins apparait surdimensionnée par rapport au besoin.

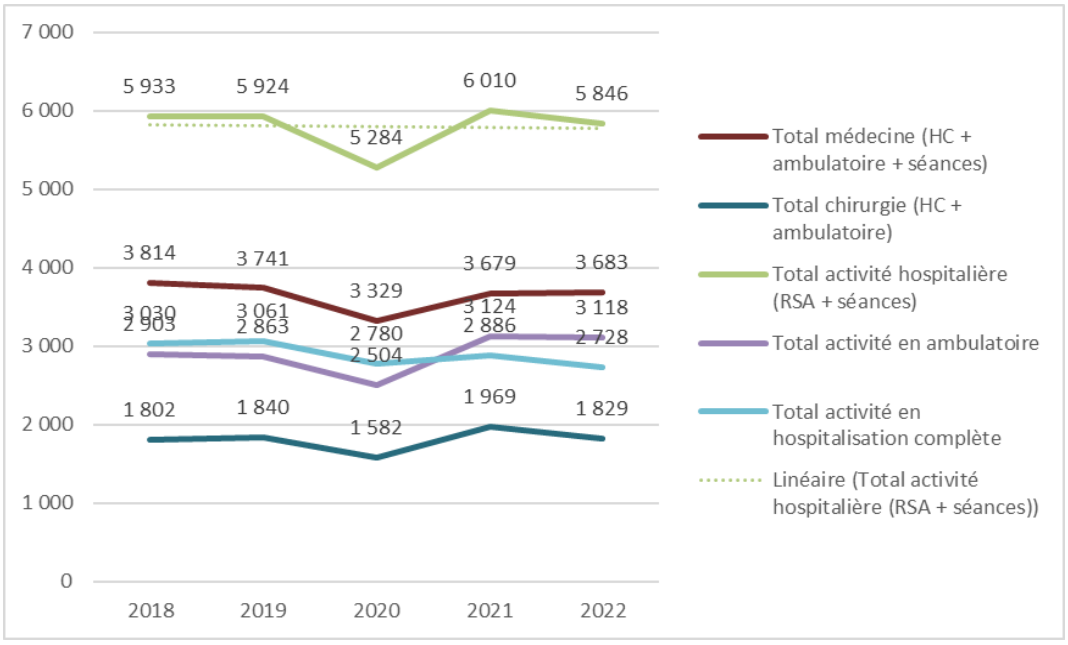
Le CHAC, en complément de son activité principale de psychiatrie, dispose d'une offre de soins en MCO. Elle est composée de 53 lits, dont 8 de soins intensifs, 2 de surveillance continue et 2 places en médecine, 15 lits et 8 places en chirurgie, et 4 lits en obstétrique. Ce capacitaire a été stable sur la période. Pour la période, sans prendre en compte l'année 2020 marquée par la crise sanitaire, l'activité hospitalière de l'établissement a été d'une moyenne de 5 928 résumés de sortie anonymisée (RSA) et séances (source : Hospidiag). Elle a été globalement stable, ce que confirme la courbe de tendance. Il a été relevé une légère augmentation de l'activité ambulatoire qui a peu influé sur la tendance de l'activité d'hospitalisation complète. La part de l'activité en ambulatoire dans l'activité totale a augmenté de 49 % en 2018 à 53 % en 2022.

Il n'a pas été relevé de corrélation entre les variations de l'activité, globalement stable, et les ETP médicaux et chirurgicaux[2]. À titre d'exemple, entre 2018 et 2019, le nombre d'ETP médicaux a diminué de 20 % quand l'activité a été stable. Entre 2019 et 2021, le nombre d'ETP a augmenté de 42 % quand l'activité a augmenté de 1 %. Enfin, entre 2021 et 2022 le nombre d'ETP a diminué de 17 % quand l'activité n'a diminué que de 3 %.

Ainsi c'est la demande médicale de la population du bassin de vie qui contraint l'activité en MCO.

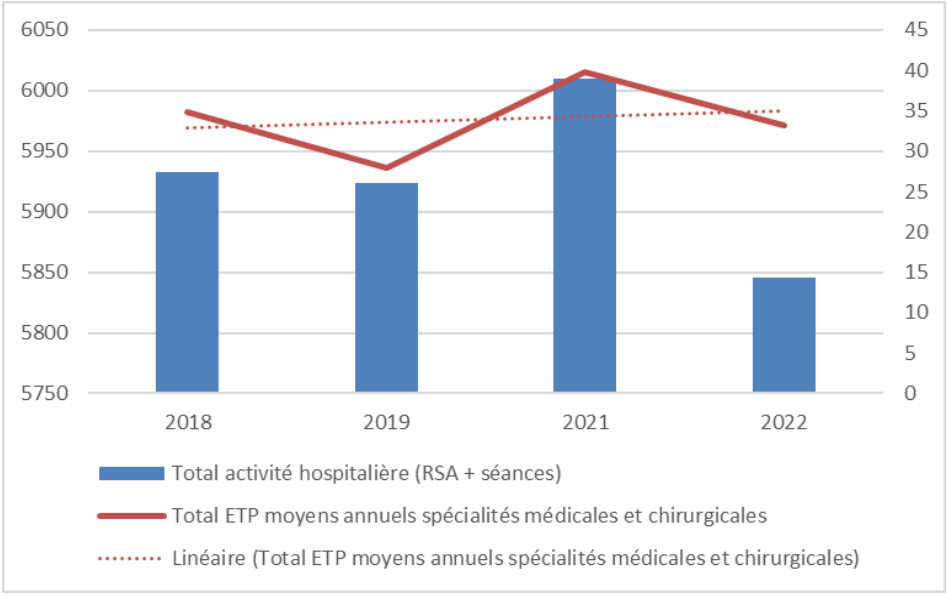
[2] Source : SAE, hors psychiatres, odontologues, pharmaciens, internes et sages-femmes.

graphique 1 : l'activité hospitalière depuis 2018 (RSA + séances)



Source : Hospidiag

graphique 2 : l'activité hospitalière et les ETP des spécialités médicales et chirurgicales



Source : Hospidiag et SAE

1.1.2.3. Un établissement à l'offre de soins en MCO étendue pour un petit bassin de vie

Le CHAC n'a pas d'activité de dialyse, l'autorisation ayant été délivrée à un établissement de santé à but non lucratif. En étudiant le case-mix[3] de l'établissement pour 80 % de son activité, son offre MCO apparaît large par rapport à la taille de son bassin de vie.

[3] La valeur du case mix d'un établissement hospitalier est obtenu par le dénombrement du nombre de racines de GHM faisant apparaître au moins un séjour. Ce chiffre permet d'évaluer le niveau de concentration de l'activité. Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes réalisés au cours du séjour hospitalier.

1.1.2.4. Un des plus faibles taux de recours en soins hospitaliers de la région

Le département de l'Ariège ne propose aucune offre hospitalière privée. Le CHAC est le second établissement le plus important du département et il est le seul hôpital départemental psychiatrique. Le premier établissement du département est le centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) qui est situé à Saint-Jean-de-Verges, à l'est du département (830 lits). Le département compte également deux structures plus petites que sont l'hôpital de proximité Saint-Louis à Ax les Thermes et le centre hospitalier de Tarascon sur Ariège, centré sur le médico-social. En 2022, le taux standardisé de recours en soins hospitaliers[4] en Ariège, exprimé pour 1 000 habitants et qui mesure la consommation de soins hospitaliers sur un périmètre géographique était la plus faible de l'Occitanie (193,3), après l'Aveyron (183,9) et le Lot (187,8). Il était de 188,1 au CHAC contre 195,3 au CHIVA, bien que l'offre d'hospitalisation soit exclusivement publique.

1.1.2.5. Des taux de recours faibles en médecine et en chirurgie

En médecine, en comparant avec les cinq établissements voisins[5], le taux de recours standardisé pour 1 000 habitants a été le plus faible au CHAC sur la période. Il était de 152,2, inférieur à celui de Lavelanet (158,7). Cette faiblesse globale provient du taux de recours pour les séjours sans nuitée. Les groupes d'activités les plus fréquents dans l'établissement étaient respectivement les endoscopies digestives avec ou sans anesthésie, les infections respiratoires, les endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésies pour les séjours de moins de deux jours, les affections médicales du nouveau-né et les embolies pulmonaires et détresses respiratoires. En 2022, le nombre de RSA était de 1 859, se réduisant progressivement de 11 % sur la période (2 110 en 2018). En ambulatoire, ce nombre a été globalement stable avec une légère amélioration en 2022 (1 325 RSA pour une moyenne sur la période de 1 211).

En chirurgie, en 2022, le taux de recours standardisé pour 1 000 habitants était de 92, supérieur à celui de Lavelanet[6] et inférieur à celui de Saint-Jean-de-Verges (95,7). Il était inférieur à la moyenne régionale[7]. En 2022, le nombre de journées théoriques complètes exploitables en hospitalisation complète était de 5 475 pour 4 436 journées exploitées soit 81 %[8]. En 2022, le nombre d'ETP de chirurgiens était de 2,8[9]. Pour la période (hors crise sanitaire en 2020), le nombre de séjours a presque atteint la barre symbolique de 3 000. En ambulatoire, en 2022, le taux de recours standardisé pour 1 000 habitants de l'établissement était parmi les plus faibles des établissements voisins à 39,1. Il était légèrement supérieur à celui de Lavelanet (38,9), l'indice régional étant à 0,9.

En obstétrique, le taux de recours pour 1 000 habitants était légèrement supérieur à celui du CHIVA et du CPP de Lavelanet. Il s'établissait à 13,9 en 2022, en augmentation depuis 2019 (12,3). Ce taux est néanmoins inférieur à celui régional (rapport de 0,9 en 2022).

L'ensemble de ces données illustrent des taux de recours faibles.

[4] Le taux de recours en soins hospitaliers est exprimé en nombre de patients pour 1 000 habitants. Ce taux est corrigé (taux standardisé) de l'effet structure de la population (âge et sexe). Il permet d'assurer les comparaisons nationales, régionale ou territoriale.
[5] CH Carcassonne, Saint-Jean-de-Verges, Castelnaudary, Saint-Gaudens, Lavelanet.
[6] 86,3 pour un bassin de vie de 20 925 habitants en 2020, source Insee.
[7] Indice régional de 0,87 en 2022.
[8] Source : Statistique annuelle des établissements de santé
[9] Source : Hospidiag.

1.1.2.6. Un taux de fuite[10] important en médecine, chirurgie et obstétrique

Pour la médecine, la part d'activité globale de l'établissement sur sa zone d'attractivité a été d'une moyenne de 51 % sur la période. Depuis 2021, elle a diminué pour atteindre 49,1 % en 2022. En 2022, l'établissement a été concurrencé par le CHU de Toulouse à 20 %, puis par des cliniques privées. Le CHIVA a pris une part d'activité de 7,4 %.

Le département de l'Ariège ne dispose pas d'activité de chirurgie libérale. Malgré cela, la part d'activité en chirurgie (hospitalisation complète) sur la zone d'attractivité est plus volatile et moins importante que celle de la médecine. Elle s'est maintenue au-dessus de 30 % pour l'ensemble de la période. Elle était de 32,7 % en 2022. Le principal établissement concurrent du CHAC demeure le CHU de Toulouse, dans la même proportion que pour la médecine, à 20 % en 2022. La patientèle ariégeoise se tourne ensuite vers le CH de Saint Gaudens et enfin vers des cliniques privées. Le CHIVA n'a capté que 3 % de la part d'activité de la zone d'attractivité du CHAC. En chirurgie ambulatoire, en 2022, sa part d'activité sur sa zone d'attractivité a été de 42 %, pour une moyenne de 43 % sur la période.

Enfin, le taux de fuite de l'activité d'obstétrique de l'établissement était de 25,2 % en 2022. Une part de 16 % de la patientèle a été pris en charge par le CHIVA et 4 % par le CHU. Ainsi, entre 2018 et 2022, la moyenne de la part d'activité globale en obstétrique sur la zone d'attractivité du CHAC était de 74,8 %.

En 2022, le taux de fuite des patients en MCO était plus important pour les communes à proximité avec le département de la Haute-Garonne comme Salies-du-Salat (90 %) au nord, ou plus proches du CHIVA comme le Mas d'Azil (83 %) et de Rimont (71 %) à l'est. À l'exception de Lorps-Sentaraille (56 %), l'ensemble des taux de fuite par code géographique était supérieur à 60 %. Il était de 69 % à Saint-Girons. Les données disponibles depuis 2018 présentaient des taux de fuite globalement stables. Le rapport de la Cour des comptes publié en 2023 sur « l'agence régionale de santé Occitanie : une organisation à parachever, des missions à mieux assumer » présentait notamment que les établissements hospitaliers situés à la périphérie de la région connaissaient des taux de fuite en médecine importants. Ils étaient de 53,7 % pour le Gers, 42 % pour la Lozère, et de 41,9 % pour l'Ariège contre 3,6 % pour la Haute-Garonne et 3,9 % pour l'Hérault.

L'établissement n'a pas défini de stratégie spécifique pour lutter contre ces taux de fuite, notamment par un rapprochement avec la médecine de ville. Celle-ci aurait pourtant dû être centrale dans sa démarche de l'offre de soins.

1.1.2.7. Un taux de fuite à considérer pour les hospitalisations à temps plein en psychiatrie mais qui impacte peu l'activité

Malgré sa situation d'unique hôpital psychiatrique du département, l'établissement a subi un taux de fuite de 42 % en 2022, se réduisant sur la période, pour les hospitalisations à temps plein vers les cliniques de Toulouse et de sa couronne. Néanmoins, son taux global d'occupation par rapport au nombre de journées-lits exploitables en hospitalisation à temps plein était de 90 % en moyenne annuelle entre 2019 (90 %) et 2022 (88 %). Concernant l'ambulatoire, sa part d'activité sur sa zone d'attractivité était de 96,80 % en 2022.

[10] Ce taux est calculé, pour un département X, sur la base du nombre de séjours comptabilisés dans un établissement hospitalier situé dans un autre département au profit de patients domiciliés dans le département X.

1.1.2.8. De faibles taux d'occupation des lits et d'utilisation des places en médecine et en chirurgie

Au CHAC, les taux d'occupation et les durées moyennes de séjours sont bien inférieures aux valeurs cibles ce qui représente un surcoût financier pour l'établissement.

En médecine, entre 2018 et 2022, le taux d'occupation des lits était d'une moyenne de 77 %, et de 75 % en 2022. Le taux cible de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) évalue un taux cible d'occupation des lits à 95 % en médecine, soit plus de 20 points de pourcentage que celui de l'établissement, comme taux de juste dimensionnement capacitaire. Concernant la durée moyenne de séjour mesurée par l'IP-DMS[11], la cible est de 0,94. En 2022, l'IP-DMS en médecine au CHAC était de 1,1 pour une moyenne entre 2018 et 2022 de 1,13. Ainsi, pour une même rémunération d'acte, l'établissement conserve plus longtemps ses patients ce qui lui génère un surcoût. Si le nombre standard de jours d'hospitalisation était dans la norme de la DGOS, le taux d'occupation des lits dans l'établissement serait encore plus faible.

En chirurgie, le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète était d'une moyenne de 84,6 % depuis 2018 et de 86,9 % en 2022, soit 8 % de moins que la valeur cible fixée par la DGOS concernant le juste capacitaire de 95 %. Ce taux d'occupation des lits (hors ambulatoire) place l'établissement dans la moyenne basse des établissements de sa catégorie. Concernant la durée moyenne de séjour, elle était de 1,1 depuis 2018 quand la valeur cible de la DGOS est de 0,94. Ainsi, sans ce temps de séjour un peu plus long, l'indicateur de taux d'occupation des lits serait plus dégradé.

De plus, il a été relevé au case-mix de l'établissement que les opérations comme les prothèses du genou (52 interventions en 2022) pour une durée moyenne de séjour de 5,16 jours et les prothèses de hanche (78 interventions en 2022) pour une durée moyenne de séjour de 8,6 jours) n'étaient pas réalisées en ambulatoire. Or, la première prothèse de genou en ambulatoire en hôpital public a été réalisé dès 2017, et en 2015 pour la prothèse de hanche. Ainsi, si le CHAC avait développé ces interventions en ambulatoire, le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète serait encore plus réduit.

Concernant les indicateurs liés à l'activité de son bloc opératoire tels que le taux d'ouverture, le taux de débordement[12] et le temps de vacation offert au bloc opératoire (TVO), l'établissement n'a pas été en mesure de les présenter pour la période. Il a précisé que le taux d'occupation de son bloc opératoire avait été de 73 % en 2022 et de 76 % en 2023. Or, les bonnes pratiques de l'Agence nationale de performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) précisent qu'un bloc opératoire avec un taux d'occupation inférieur à 85 % et/ou un taux de débordement supérieur à 5 % nécessitent une réorganisation afin d'optimiser son fonctionnement. Cet indicateur devrait alerter l'établissement sur la nécessité d'engager une réflexion sur l'organisation actuelle de son bloc. Pourtant, quand le bloc est actuellement sous-utilisé, la réouverture de la troisième salle d'opération était envisagée, ce qui augmentera les coûts en personnel.

Concernant l'ambulatoire, le taux d'utilisation des places du CHAC n'était que de 64 % en 2022, dans le bas des établissements de sa catégorie. Ce taux était d'une moyenne de 60 % entre 2018 et 2022. Les établissements de la catégorie du CHAC ont atteint au mieux 107 % en 2022, quand la DGOS fixe comme juste dimensionnement capacitaire un taux de rotation des places ambulatoires supérieur à 130 %.

[11] L'indice de performance durée moyenne de séjour.
[12] Rapport entre le temps opératoire réalisé en dehors des vacations (hors permanence de soins) et le temps de vacation offert au bloc opératoire (TVO).

1.1.2.9. Une faible activité globale en chirurgie

Une moyenne faible mais stable de 1 507 actes chirurgicaux par an

La majorité des actes effectués au sein de l'établissement ont porté sur des opérations de la cataracte, les chirurgies majeures orthopédiques, les hernies, les actes ORL et stomatologie diverse et enfin la chirurgie de la main et du poignet. Les trois premières spécialités correspondaient au nombre d'actes le plus important du CHIVA.

Le nombre d'actes chirurgicaux au CHAC a été d'une moyenne de 1 507 entre 2018 et 2022, et de 1 560 en 2022. Les indices de coût relatif (ICR) par salle d'intervention plaçaient l'établissement dans le décile le plus faible de la catégorie.

Rapporté aux deux salles d'opération ouvertes, la moyenne des actes chirurgicaux par jour ouvré en 2023 était de 3 par salle, ce qui traduit une faible activité.

Une activité relevant en majorité de chirurgiens libéraux

En en 2021 et 2022, il a été relevé que 40 % de l'activité au bloc opératoire a été réalisé par des médecins salariés de l'hôpital (43 % en 2020) et 60 % par des médecins libéraux. La moyenne d'âge des chirurgiens était de 59 ans en 2023.

Dans ce cadre, les indices de coût relatif (ICR)[13], mesures standards des ressources allouées à un acte, plaçait le CHAC au-dessus des établissements de sa catégorie, dans celle des établissements de sa région, démontrant une activité soutenue par chirurgien. Entre 2018 et 2022, ils étaient en moyenne de 126 623, et spécifiquement de 134 794 en 2022. Les endoscopies, non prises en compte dans les ICR par chirurgien, étaient de 817 en 2022, globalement stable sur la période (hors année de crise sanitaire). Le ratio d'acte par anesthésiste et IADE était quant à lui dans la moyenne de la catégorie (11,71 ETP en 2022).

Le taux de chirurgie ambulatoire dans le nombre de séjours chirurgicaux de l'établissement (nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires/nombre total de séjours chirurgicaux) était d'une moyenne de 59,3 % entre 2018 et 2022, et de 62 % en 2022. L'établissement s'est positionné au-dessus des établissements de sa catégorie[14], dans les déciles les plus performants de la région et dans la moyenne nationale qui était de 61 % en 2021. Néanmoins, le taux cible de la haute autorité de santé était de 70 % en 2022 et de 66,2 % pour la DGOS.

Une activité en chirurgie qui relève d'opérations programmées, hors obstétrique

Pour la période, à l'exception de l'obstétrique, l'étude du case-mix de l'établissement n'a pas présenté d'opération d'urgence chirurgicale mais uniquement des opérations programmées. Ainsi, sans cette activité d'obstétrique, le plateau technique de l'établissement ne se justifie pas, la patientèle pouvant être orientée vers les hôpitaux les plus proches de Saint-Gaudens et du CHIVA.

[13] Endoscopies non prises en compte dans le calcul des ICR, l'ICR privilégiant les actes de chirurgie plus lourds.
[14] Cataracte, tumeurs bénignes de la peau, hernies

1.1.3. Une activité en psychiatrie plus favorable

1.1.3.1. Une progression de l'activité en psychiatrie

Sur la période, le nombre total de lits est resté stable entre 2018 (168) et 2022 (168). En 2021, l'âge moyen des patients était de 40,2 ans et les moins de 18 ans représentaient 21,1 % des patients. L'activité a légèrement progressé. La file active a augmenté de 8 % entre 2018 (6444) et 2022 (6989). Pour la psychiatrie adulte, le taux moyen d'occupation était de 90 %. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, il a été relevé un taux moins élevé pour la période (81 %) qui cependant progresse régulièrement entre 2019 (74 %) et 2022 (95 %).

En hospitalisation complète, le nombre de journées exploitables était de 34 310 par an, relativement stable sur la période. Les prises en charge en nombres de journées annuelles ont été d'une moyenne de 97 % sur la période, globalement stable. La file active des hospitalisations à temps complet a légèrement augmenté sur la période, de 8 %. La durée moyenne des séjours[15] (DMS) a augmenté de 51,5 jours en 2018 à 58,9 en 2020. L'établissement n'a pas communiqué de données pour 2021 et 2022. En 2020, sa moyenne est restée inférieure aux établissements de sa catégorie (76,6) et de la métropole (61) mais était supérieure à la moyenne régionale (56,3).

Les prises en charge ambulatoire représentaient en moyenne 89 % du total des patients. Elles ont progressé de 9 % alors que les hospitalisations à temps partiel ont diminué de 4 %. Les hospitalisations à temps partiel ont aussi connu une réduction importante du nombre de journées (- 41 %) au bénéfice des hospitalisations de ½ journées (+ 102 %) traduisant le choix de l'établissement d'augmenter le nombre des prises en charge mais pour une file active globalement stable. Par ailleurs, le nombre d'actes réalisés en ambulatoire a connu une augmentation trois fois plus élevée (+ 23 %) que celle de la file active (+ 8 %) entre 2018 (54 414) et 2022 (67 119). Il est précisé qu'en 2022, les entretiens représentaient 96 % des actes réalisés, soit 64 602 sur 67 119 actes[16].

Enfin, si la file active a progressé, elle le doit à l'ambulatoire et elle n'a pas suivi l'augmentation de 85 % du nombre de postes moyens pourvus en médecins psychiatres entre 2018 et 2022 (8,49 en 2018 à 15,69 en 2022).

1.1.3.2. Mais des taux d'occupation pour l'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie relativement bas à l'exception de Pamiers

Sur la période, il a été relevé que certaines unités d'hospitalisation ont connu des taux moyens d'occupation relativement bas principalement les HDJ enfants et adultes du Couserans et celui de la Vergnière.

L'établissement n'a pas transmis d'éléments permettant d'objectiver les différents taux d'occupation par site. En effet, Pamiers est la commune la plus peuplée de l'Ariège (15 938 habitants) et son hôpital de jour adulte accueille également les patients de l'axe vers la Haute-Ariège, dont Foix qui n'en est pas pourvu. Une étude de ces taux d'occupation pourrait ouvrir une nécessaire actualisation de la stratégie de l'établissement.

---

[15] Source ScanSanté « Indicateurs de synthèse-Toutes activités : fiches établissement-Activité globale par champs » et CHAC.

[16] EDGA : *entretien, démarches, groupe et accompagnement (source ATIH carte d'identité complétée par le CHAC).*

1.2. Une réflexion de transformation de la maternité en centre périnatal de proximité

Il est présenté en annexe du présent rapport :

- les rappels législatifs et réglementaires relatifs à l'activité des maternités, dont les conditions dérogatoires au seuil des 300 accouchements si les conditions techniques de fonctionnement telles qu'énoncées à la législation sont respectées,
- les différents types de maternité[17] pour la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés, en fonction du risque,
- les modalités spécifiques de la prise en charge de l'éloignement géographique des patientes dont le financement de l'hébergement et des frais de transport est pris en charge par l'Assurance Maladie. En 2023, le CHIVA faisait partie des 14 maternités régionales sur quarante disposant de cet engagement maternité, et ce, depuis avril 2023. Le CHAC ne l'avait pas déployé.

Concernant le dispositif d'engagement maternité, la direction de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé et de la prévention a identifié en Ariège 106 communes se situant à plus de 45 minutes de la maternité du CHIVA (niveau 2a), 269 communes éloignées de plus de 45 minutes d'une maternité de niveau 2b (clinique Amboise Paré à Toulouse), 267 communes à plus de 45 minutes d'une maternité (niveau 3) (Hôpital Paul de Viguier relevant CHU de Toulouse).

1.2.1. L'organisation des maternités dans le département de l'Ariège

Le département de l'Ariège dispose de deux maternités. Le CHAC offre les services d'une maternité de premier niveau pour les accouchements qui se présentent, *a priori*, à bas risque, au cours du neuvième mois de grossesse. La seconde, de deuxième niveau pour les grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale sans soins intensifs est au CHIVA, sur le site de Saint-Jean-de-Verges. Elle permet la prise en charge des prématurés nés pendant le huitième mois de grossesse. Depuis sa fusion avec le CH du Pays d'Olmes, le CHIVA dispose également d'un centre périnatal de proximité (CPP) à Lavelanet. En effet, la maternité de Lavelanet[18] a fermé ses portes en 1998. Un centre périnatal de proximité y a été implanté en 2005.

La maternité qui dispose d'une unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale la plus proche se situe à Toulouse et relève du centre hospitalier universitaire (niveau 3). Elle est capable de prendre en charge les nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux c'est-à-dire nés avant le huitième mois de grossesse ainsi que les grossesses pathologiques.

En raison du maillage des maternités en Ariège énoncé ci-dessus, les accouchements des femmes domiciliées dans le Couserans et dont les grossesses sont identifiées comme à risque sont *a minima* pris en charge par le CHIVA, le cas échéant par Toulouse, ce qui impose déjà un temps d'éloignement supérieur à 45 minutes.

[17] Un établissement est dit de niveau 1 s'il possède un service d'obstétrique, de niveau 2a s'il a aussi un service de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique, de niveau 2b s'il a aussi un service de soins intensifs néonatals et de niveau 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, des trois services précédents (obstétrique, néonatologie et soins intensifs néonatals) ainsi que d'un service de réanimation néonatale.

[18] Son nombre annuel d'accouchements était compris entre cent quatre-vingt-dix et deux cent dix par an.

1.2.2. Les indicateurs de l'activité obstétrique

1.2.2.1. Une natalité départementale en baisse à long terme

Selon les chiffres de l'Insee, le département de l'Ariège a recensé 1 196 naissances domiciliées c'est-à-dire comptabilisées au lieu de résidence de la mère en 2020. Elles étaient de 1 205 en 2021 et de 1 199 en 2022, incluant ainsi les naissances prises en charge par la maternité de type 3 de Toulouse. Le nombre de naissances à court terme a été stable mais s'est réduit à plus long terme. En effet, le taux de natalité[19] depuis 1990 s'est réduit de 9,9 à 8,4 en 2020. Pour le Couserans spécifiquement, il est un peu plus faible : 7,5 en 2020.

1.2.2.2. Deux maternités d'activité très inégales sur le département

La maternité de niveau 2a du CHIVA dispose de 25 lits d'obstétrique. En 2022, elle a pris en charge 1 023 accouchements soit 85 % du nombre de naissances domiciliées du département et 989 accouchements en 2021[20]. Le CHAC dispose de quatre lits d'obstétrique. En 2022, le nombre d'ETP gynécologue-obstétricien était de 2,4 pour 8,56 ETP sages-femmes soit 3,6 sages-femmes par gynécologue-obstétricien. Ce nombre était proche de celui du CHIVA à 3,4 (28 ETP sage femmes pour 8,35 gynécologues obstétricien).

C'est à titre dérogatoire, par exception géographique, qu'une autorisation d'exercer a été accordée au CHAC par l'agence régionale de santé pour l'activité d'obstétrique depuis le 13 février 2001. En effet, l'établissement ne justifie plus du nombre de 300 accouchements depuis 2010. L'autorisation a été renouvelée de façon expresse en 2012 puis tacitement en 2016, pour une prise d'effet au 27 mai 2017. Son terme se situait au 26 novembre 2022. Si le dossier de demande de renouvellement en 2022 a bien été transmis à la chambre par l'établissement, l'autorisation ne l'a pas été. L'établissement est invité à la présenter en réponse au rapport provisoire.

1.2.2.3. Une sous-activité

Compte tenu du taux de fuite en obstétrique de 25 %, entre 2018 et 2022, le nombre d'accouchements pris en charge a été d'une moyenne annuelle de 177, dont 178 en 2021 et 160 en 2022. Ce nombre d'accouchements représentait seulement 13 % des naissances domiciliées en Ariège en 2022. En 2022, le nombre de séjours a été de 286. Le nombre de journées a été de 588 pour un nombre de journées exploitables en hospitalisation complète de 1 460 soit seulement 40 %[21].

En 2023, l'établissement a précisé avoir pris en charge 115 accouchements.

Le nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien et sage-femme était de 15 en 2022, dans le 4ème décile de la catégorie, pour un nombre d'ETP de 10,96[22] ce qui équivaut en moyenne à 1,25 accouchements par mois par ETP. En moyenne, l'établissement a précisé que les gynécologues obstétriciens réalisaient environ 30 % des accouchements dont les conditions nécessitent leur intervention (césarienne par exemple). En 2022, ce ratio porte à environ 48 accouchements pour les deux praticiens hospitaliers soit un rapport *a priori* de 24 accouchements par praticien, l'équivalent d'un accouchement toutes les deux semaines sur une

[19] Nombre de naissance pour 1 000 habitants.
[20] Source Hospidiag.
[21] Source : Hospidiag et SAE.
[22] Source : Hospidiag

année. En 2023, avec 155 accouchements, ce rapport est de moins d'un accouchement par mois par ETP. La moyenne du taux de césarienne au CHAC pour la période était de 17,4 % et globalement stable à l'exception de 2022. Cette année, le taux de césariennes apparaissait néanmoins plus élevé à 22,5 % que la moyenne nationale de 20,4 %[23] et plaçait l'établissement dans le dernier décile. Pour la période, 14 césariennes codes rouges[24] ont été réalisées et 42 prises en charge d'hémorragies post partum. Enfin, le taux de péridurale apparait inférieur à la moyenne nationale : en 2022, 66 % des accouchements ont été réalisés avec péridurale, chiffre globalement stable sur la période quand la moyenne en France était de 82,7 %.

1.2.2.4. Un taux d'occupation des lits parmi les plus faibles de sa catégorie

En plus du taux de fuite important de 25 %, le taux d'occupation des lits en obstétrique était un des taux les plus faibles de sa catégorie : 41,2 % en 2022 avec un maximum sur la période de 53,4 % en 2019 et se réduisant progressivement. La moyenne a été de 46,7 % sur la période. Pour rappel, la valeur cible référencée par la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et de la prévention permettant un juste dimensionnement capacitaire est de 85 % en obstétrique.

Malgré un faible taux d'occupation des lits, l'indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS[25]) affichait des taux inférieurs à 1.

Cet indicateur est également inférieur au taux cible de la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et de la prévention (cible de 0,94) pour le juste dimensionnement capacitaire. En France, la durée moyenne de séjour en maternité était de 4,6 jours en 2019 (année sans crise sanitaire), en prenant en compte que cette durée est entre 3 et 5 jours pour un accouchement physiologique et de 4 à 6 jours pour un accouchement par césarienne. L'établissement a précisé que les sorties précoces et le prado (le service de retour à domicile) étaient développés sur sa structure. Ainsi, en 2022, la durée moyenne de séjour était de 2,89 jours pour l'établissement. 19 femmes étaient sorties précocement (moins de 3 jours) après un accouchement par voie basse (source : SAE).

1.2.2.5. Des transferts de l'établissement vers d'autres maternités pour plus d'un quart des prises en charge

Entre 2018 et 2022, le nombre de transferts post natals mère/enfant a été de 38 vers une maternité de niveau 2 et de 12 vers une maternité de niveau 3 soit au total 28 % des accouchements sur la période. Le nombre de transferts *in utero* a été de 28 vers une maternité de niveau 2 et de 8 vers une maternité de niveau 3.

Enfin, en 2021 et en 2022, des naissances de prématurés tardifs et de prématurés ont été également relevées pour un établissement qui prend en charge en règle générale les accouchements au moins à 37 semaines d'aménorrhées.

[23] Source : DREES, Les établissements de santé, édition 2022.
[24] Détresse fœtale. La césarienne en code rouge correspond à une extrême urgence en raison d'une menace vitale immédiate pour la mère ou le fœtus. En France, un délai inférieur à 15 minutes est préconisé dans ce cas pour l'extraction fœtale.
[25] L'IP-DMS compare le nombre de journées réalisées en hospitalisation complète par l'établissement au nombre de journées théoriques, à activité identique. La durée moyenne de séjour de référence nationale est appliquée par groupe homogène de malade au case mix de l'établissement, ce qui donne le nombre de journées théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres établissements, et inversement.

1.2.3. Une condition technique de fonctionnement de la maternité énoncée au code de la santé publique qui n'est pas remplie

En 2015, un rapport de la Cour des comptes relevait que la mise en conformité des structures avec les décrets de périnatalité était très incomplète et que les conditions de sécurité étaient imparfaitement vérifiées, en particulier dans les plus petites maternités. C'est le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, (articles D. 6124-44 et suivants du code de la santé publique) qui précise les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale.

Depuis 2003, le CHAC déroge à la condition de présence de pédiatres. Effectivement, un pédiatre n'est pas présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, avec un délai d'arrivée compatible avec l'impératif de sécurité. Dans la durée, il n'a pas été précisé de démarche particulière pour répondre à cette condition technique législative de pédiatrie. Ainsi, le suivi des nouveau-nés n'est pas totalement assuré. Si le projet médico-soignant du CHAC énonçait la volonté d'un projet d'équipe territoriale de gynécologue-obstétriciens/sages-femmes/pédiatres au sein du GHT pour maintenir et sécuriser l'activité des deux maternités ariégeoises, ce projet n'a pas été concrétisé. Il était pourtant repris au projet médico-soignant du GHT formalisé en 2018.

1.2.4. Des conditions de sécurité fragiles identifiées par l'inspection de la maternité diligentée par l'ARS

La charte d'organisation du service de fonctionnement du bloc obstétrical la plus récente date du 31 mai 2021. Elle a fait suite à un rapport d'inspection de la maternité diligenté par l'ARS. En effet, le 19 novembre 2020, une inspection de la maternité, suite à deux évènements indésirables graves ayant conduit au décès des nouveaux nés, a été menée. Le rapport, rendu en mars 2021, précisait qu'en moyenne, l'activité était d'un accouchement tous les deux jours. L'activité par obstétricien et sage-femme était précisée comme faible par rapport à des établissements de même catégorie. Depuis 2020, ce nombre est à la baisse.

Le rapport d'inspection énonçait que l'établissement dérogeait aux conditions requises pour les pédiatres. Il précisait également qu'il était fait appel à de nombreux remplaçants de médecins anesthésistes-réanimateurs et des difficultés étaient rapportées sur les comptes rendus de conseil de bloc. Le rapport démontrait des conditions de sécurité fragiles qui généraient des situations de stress faute de bonne sécurisation des pratiques et altéraient la qualité du travail.

Il précisait également que cette situation pouvait mettre en péril la prise en charge des parturientes et des enfants à naître si l'intervention avait lieu en urgence et notamment de nuit ou pour un code rouge césarienne, interventions déclenchées plusieurs fois par an. Dans ce cadre, il existait des manquements en termes de délais pour les personnels. Entre 2018 et 2023, il a été recensé entre 1 et 4 codes rouges par an, pour un total de 16 sur la période.

Les conditions de sécurité anesthésique étaient notamment pointées pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). Pour l'établissement, les données Hospidiag présentaient un nombre d'IADE par médecin réanimateur (MAR) dans le bas de la catégorie. Ils étaient d'1,3 en 2022. Ce rapport était de 2,1 au CHIVA, soit 61 % de plus. De plus, il est précisé au bilan social 2021 de l'établissement qu'un des métiers les plus en tension au CHAC était le MAR avec un taux de rotation en 2021 de 5 400 % pour un effectif moyen de 3,93 ETP.

Le rapport énonçait également que l'établissement avait des difficultés à remplacer et à stabiliser les remplaçants, ce qui est crucial pour un établissement de faible activité. Il précisait que de façon habituelle, les ressources humaines étaient très tendues et ne permettaient pas de marge de sécurité, même pour une activité faible. Il y était relevé des difficultés organisationnelles régulières liées à des déficits de personnels notamment en anesthésie.

Pourtant, l'autorisation dérogatoire d'exercice dont bénéficie l'établissement exigerait encore plus de sécurité des actes. Ce rapport a porté 7 écarts à la règlementation, 12 recommandations et 28 remarques. Trente-cinq préconisations étaient adressées à l'établissement, applicables au 1er juillet 2021. Il concluait sur la nécessité d'un suivi rapproché de l'établissement et d'une réflexion sur des mutualisations des équipes entre le CHIVA, le CHU, Saint-Gaudens et le CHAC, le cas échéant avec des établissements privés. L'établissement, dans la réponse qu'il a apportée le 2 juillet 2021 et dont la mise à jour a été réalisée en octobre 2023, relève un certain nombre de préconisations réalisées mais n'a pu en faire aboutir l'intégralité.

1.2.5. Une piste de réflexion : le rapprochement des maternités et l'ouverture des centres périnataux de proximité

1.2.5.1. La transformation progressive des petites maternités en centre périnatal de proximité

En 2015, le rapport publié par la Cour des comptes sur le thème des maternités relevait 13 maternités en France dont le nombre d'accouchement étaient inférieur au seuil de 300, dont deux cliniques. En 2023, sur ces treize maternités, cinq[26] ont été transformées en centre périnatal de proximité (CPP). Le temps supplémentaire pour rejoindre la maternité en activité la plus proche était compris entre 31 minutes et 1 heures 12 minutes[27]. Pour quatre de ces cinq maternités fermées, la maternité la plus proche est de niveau 2a ou 2b. De plus, sur ces treize maternités, deux ont franchi le seuil des 300 accouchements : celles de Saint Palais et de Ganges. Pourtant, cette dernière est fermée depuis mars 2023 en raison du défaut de médecins. Enfin, une étude pour la transformation de la maternité de Porto-Vecchio (230 accouchements en 2022) est à l'étude.

Ainsi, sur les 13 maternités identifiées par la Cour des comptes en 2015, six seulement demeurent en activité. La plus petite est celle d'Ussel (139 accouchements en 2022) puis celle du CHAC avec 160 accouchements en 2022 et seulement 115 en 2023. Il a également été relevé que leur nombre d'accouchements s'est réduit à l'exception de celle de Porto-Vecchio. En excluant cette dernière, il s'est réduit dans des proportions entre 12 % et 44 % entre 2013 et 2022. Cette réduction était de 27 % pour le CHAC (219 accouchements en 2013, 160 en 2022).

Avec 115 accouchements indiqués par l'établissement en 2023, la réduction du nombre d'accouchements au CHAC a été de 47 % depuis 2013.

[26] Die, Lourdes, Privas, Apt, Decazeville.

[27] Délai estimé en dehors des heures d'affluence.

1.2.5.2. Le rapport de l'Académie de médecine en 2023 qui appelle au rapprochement des maternités dont l'activité est en-dessous de 1 000 accouchements

En juin 2023, la synthèse de l'Insee concernant la mortalité infantile en France précisait que depuis une dizaine d'années, le nombre de décès d'enfants en bas âge était à nouveau en hausse.

En février 2023, l'Académie de médecine a exprimé sa position officielle concernant le regroupement des maternités ayant une activité en dessous de 1 000 accouchements en raison de la pénurie médicale et de la morbi-mortalité maternelle en France qui demeure significative, l'une des plus élevées en Europe. Le rapport de l'Académie de médecine a été salué par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) qui, comme elle, déplore la pénurie médicale pour l'ensemble des professionnels : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres et d'anesthésistes. Les difficultés énoncées dans le rapport de l'Académie de médecine, relayées entre autres par le journal Le Monde en mars 2023, ont été confirmées plus récemment en octobre 2023 par un article d'APN International[28]. Ce dernier énonçait que même de grands établissements étaient en difficultés en l'absence d'une restructuration de l'offre de périnatalité. La modélisation du regroupement des maternités de type 1 avec les maternités de type 2 et 3 les plus proches présentée par l'Académie de médecine engageaient à la fois le regroupement de la maternité du CHAC, celles du CHIVA et de Saint-Gaudens en Haute-Garonne, avec la maternité de Toulouse.

Cependant, un déport de la patientèle actuelle du CHAC pourrait permettre au CHIVA de maintenir un nombre d'accouchements annuel supérieur à 1 000 et à terme, de pouvoir potentiellement conserver une maternité dans le département de l'Ariège. Pour rappel, le CHIVA a pris en charge 989 accouchements en 2021 et 1 023 en 2022 (source : Hospidiag). La question de sa qualification en niveau 2b avec soins intensifs pourrait être sérieusement considérée, et ce, conformément à un des objectifs du schéma territorial de santé 2023-2028 qui était de favoriser la transformation des maternités de niveau 2a à 2b. C'est ainsi le département rural de l'Ariège qui bénéficierait d'une maternité avec soins intensifs.

1.2.6. Une réflexion stratégique à mener : l'évolution de la maternité en centre périnatal de proximité

L'ensemble des éléments exposés dans cette partie confirment l'importante tension sur cette maternité, associée au potentiel arrêt de l'activité chirurgie par le seul gynécologue-obstétricien disposant de cette compétence. De plus, les deux praticiens partiront à la retraite sous moins de deux ans.

Ainsi, le maintien par l'établissement de l'activité obstétrique sur ce territoire pourrait être réétudié comme une opportunité stratégique pour le CHAC de réadapter son offre de soins à la population. Un redéploiement des lits d'obstétrique au profit des soins palliatifs (autorisation de trois lits actuellement dont deux en SSR et un en MCO) ou d'un autre service pourrait être envisagé.

[28] Entreprise d'information qui apporte aux professionnels du secteur de la santé des services d'actualités.

Dans ce cadre, en liaison avec l'ARS et le CHIVA, une étude portant sur l'opportunité d'évolution de la maternité en CPP[29] pourrait être réalisée. Elle devra bénéficier par convention du concours du CHIVA, conformément à l'article R. 6123-50 du code de la santé publique, comme pour le CPP de Lavelanet. Le CHIVA a fait savoir à la chambre qu'il était en mesure d'épauler le CHAC dans cette évolution ainsi que de prendre en charge ses parturientes, celles éloignées pouvant également bénéficier du dispositif engagement maternité qu'il a déployé en avril 2023. Au vu des développements qui précèdent, la chambre recommande de :

Recommandation :

1. Proposer à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et au Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège (CHIVA) d'étudier la transformation de la maternité du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) en centre périnatal de proximité. *Non mise en œuvre.*

Si l'ARS n'a pas apporté de remarque sur cette recommandation, l'établissement a indiqué que les axes d'évolution stratégiques proposés au rapport, dont fait partie l'avenir de la maternité, devront être analysés en lien étroit avec cette dernière et les différentes parties prenantes.

1.3. Une activité en psychiatrie qui devrait évoluer

1.3.1. Les enjeux de la santé mentale

L'activité psychiatrique s'exerce par secteur. Ce dernier correspond à l'aire territoriale au sein de laquelle l'offre de soins de proximité est proposée. Les secteurs géographiques sont précisément délimités, chacun couvre en principe 70 000 adultes et 200 000 enfants et adolescents. Sur chacun des secteurs, des hôpitaux publics ou privés d'intérêt collectif (ESPIC, secteur non lucratif), sont chargés d'organiser le parcours des patients domiciliés sur leur territoire, en gérant l'hospitalisation mais aussi une multitude de services dits « hors les murs » comme les centres médico psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les appartements thérapeutiques. Les hôpitaux privés à but lucratif ne sont pas assujettis à cette obligation. Les soins en urgence ne sont pas sectorisés.

Ainsi, l'organisation de la prise en charge des patients a vocation à différencier au plus tôt les troubles légers ou modérés, comme la plupart des troubles dépressifs et anxieux, des troubles sévères, comme par exemple les troubles psychotiques, dont les schizophréniques ou les troubles bipolaires. Si les premiers concernent près du tiers de la population, les seconds n'en représentent que 7 % mais nécessitent un parcours de soins complexe impliquant des hospitalisations et pour certains d'entre eux une réinsertion longue. Par ailleurs, il est également nécessaire de différentier les patientèles suivant les classes d'âge afin d'identifier les besoins de soins spécifiques à mettre en œuvre.

[29] Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé.

1.3.2. La spécialité psychiatrique : activité principale de l'établissement, de nature départementale

La psychiatrie représente l'activité principale de l'hôpital. En 2022, elle représentait 42 % des lits en hospitalisation complète contre 27 % pour la MCO, 44 % du nombre des journées d'hospitalisation contre 26 % pour la MCO et 42 % des recettes directes de l'établissement contre 35 % pour le pôle d'hospitalisation générale.

Il est rappelé que l'une des compétences du conseil de surveillance est de se prononcer sur la stratégie de l'établissement. Pourtant la consultation des notes prises lors des conseils de surveillance entre 2018 et 2023 a démontré le faible nombre d'échanges consacrés à la psychiatrie dans l'établissement. Il y a également été relevé que malgré ses difficultés de fonctionnement, du personnel de psychiatrie a renforcé la MCO. Enfin, il ressort des comptes-rendus de CME que le thème de la psychiatrie était également peu traité depuis 2018, hormis en 2019, année du PMS. Il faut attendre l'année 2022 pour trouver une présentation sommaire de l'activité liée à la psychiatrie.

Par ailleurs, l'article R. 6144-3-2 du CSP relatif à la CME prévoit que « la répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. ». Pourtant, le règlement intérieur transmis ne précise pas ce point, en contradiction avec les prescriptions de la réglementation. Alors que l'activité en psychiatrie est majoritaire, cette discipline est sous représentée au sein des instances. En effet, en 2022, sur 28 médecins membres élus, seuls six représentaient la psychiatrie. Dans ce cadre, l'établissent doit prendre les mesures requises pour assurer l'équité de la représentation de la psychiatrie à la CME. Son règlement intérieur devra être actualisé. Concernant la constitution du directoire, l'établissement est invité à transmettre à la contradiction sa composition la plus récente.

De plus, aucun représentant de la discipline psychiatrique, pourtant activité principale, n'a été élu président de la CME depuis plus de 20 ans. Plus largement, l'établissement doit redonner à la psychiatrie la juste place qui lui revient et pour laquelle il est reconnu au niveau du département.

1.3.3. Une pénurie médicale particulièrement sévère en psychiatrie, nuisant à une bonne prise en charge des patients

1.3.3.1. Un contexte national de pénurie accentué en Ariège en médecins psychiatres et particulièrement en pédopsychiatrie[30]

En 2020, en Ariège, la densité de médecins psychiatres libéraux ou mixte était inférieure à 8,3 pour 100 000 habitants, soit un niveau plus bas que la moyenne régionale (9,8) et métropolitaine (9,5). Le cas des médecins salariés était encore plus délicat puisque leur densité en Ariège était inférieure à 7,8 quand la moyenne régionale était de 12 et de 13,2 pour la métropole. Si la densité de psychologues pour 100 000 habitants était de 48 pour le département, plutôt favorable par rapport aux départements voisins, mais moins que pour la Haute-Garonne, le département comptait 10 médecins psychiatres libéraux ou mixtes, 12 médecins psychiatres

[30] Source Atlas démographie médicale 2022 - Ordre des médecins et ORSM 2021. Rapport Cour des Comptes 01/03/2023 relatif à la pédopsychiatrie. En 2016, la France comptait 692 pédopsychiatres pour une densité moyenne de 5,1 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Leur âge moyen était de 61 ans contre 52 ans pour les médecins.

salariés et aucun pédopsychiatre. Ces indicateurs placent l'Ariège au dernier rang de la région, avec la Lozère.

En 2023, l'Ariège ne comptait plus que huit médecins psychiatres libéraux, neuf psychiatres salariés et aucun pédopsychiatre. Ainsi, la démographie médicale de cette spécialité en Ariège apparaît inquiétante pour la prise en charge du patient.

1.3.3.2. Des postes de médecins psychiatres non pourvus dans l'établissement et un important taux de rotation médical

L'établissement n'a pas pu produire l'effectif théorique/cible médical, les autorisations d'activité, le fichier SIGMED[31] par année, à l'exception de 2023. Sur cette base, entre 2018 et 2023, hors crise sanitaire, les 19 postes ouverts en psychiatrie n'ont été pourvus qu'à hauteur de 62 % en moyenne[32]. S'ils l'ont été à hauteur de 81 % en 2021 et 2022, les années 2018, 2019 et 2023 ont été particulièrement dégradées avec respectivement 45 %, 59 % et 44 % des postes pourvus en médecins psychiatres. Cette situation a un impact sur le nombre de gardes par psychiatre et la prise en charge des patients.

En 2023, seuls quatre médecins étaient des praticiens hospitaliers (PH). L'établissement a précisé que quatre médecins avaient quitté le CHAC suite à la mise en place de la loi RIST le 1er avril 2023. La situation devrait continuer à se dégrader en raison de la mise en disponibilité d'un PH et de deux autres psychiatres, dont un PH, qui partiront à la retraite en janvier 2024. Par ailleurs, en 2023, il a été relevé que l'effectif autorisé de médecins somaticien[33] dans l'établissement était de 2,5 ETP quand 1,65[34] ETP ont été recrutés, soit seulement 65 % de l'effectif autorisé.

Ces conditions ont en partie entrainé un taux de rotation qui n'a cessé de se dégrader sur la période. Pour la psychiatrie adulte, il était de 14 % en 2018 pour 51 % en 2022, soit une augmentation de 152 % et pour une moyenne de 28 % sur la période. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, il est resté en moyenne stable à 20 %. Ainsi, entre le 30 juin et le 20 décembre 2023, l'établissement a signé 28 contrats d'intérim avec 17 médecins remplaçants différents pour des durées de contrat allant de 5 à 24 jours, soit une durée moyenne de 12 jours par psychiatre. Sur l'année 2023, 68 sorties de contrats ont été comptabilisés, pour 29 psychiatres. Enfin, il est précisé que quatre chefs de pôles se sont succédé entre 2017 et septembre 2023 où un nouveau chef de pôle a été nommé.

L'établissement n'a pas été en mesure de produire la liste des vacances d'emplois par exercice ni le nombre de médecins contractuels recrutés par an. Néanmoins, selon le dernier bilan social disponible (2021), le taux de rotation de la psychiatrie générale était de 271 % et de 287 % pour la psychiatrie infanto-juvénile. Il était de 315 % pour les médecins psychiatres. En décembre 2023, la situation était particulièrement dégradée. Seulement 42 % des postes de psychiatres étaient pourvus pour une moyenne d'âge de presque 60 ans en 2023.

En réponse aux observations de la chambre, l'ARS a confirmé la situation de pénurie de ressources médicales. Celle-ci a précisé que le CHAC l'a alertée à plusieurs reprises à ce sujet. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de 2023 portant amélioration de l'accès aux soins, appelée « loi RIST », deux sujets majeurs ont été identifiés dès mars 2023 avec l'établissement :

[31] Fichier mis à jour par l'ARS à chaque demande de recrutement d'un personnel médical.
[32] Source : SAE.
[33] Source DTSM. Un médecin somaticien est un médecin spécialisé dans les troubles somatiques (troubles physiques).
[34] Source fichier SIGMED (ARS).

celui de l'hospitalisation à temps complet d'une part (avec, prioritairement le maintien de l'unité de soins intensifs), et la prise en charge de l'urgence d'autre part.

1.3.4. Une offre d'hospitalisation qui n'est pas adaptée aux besoins du territoire

1.3.4.1. Un unique établissement psychiatrique en Ariège

Le CHAC est le seul établissement en Ariège à disposer d'autorisations d'exercice en psychiatrie, faute d'offre privée sur le département. Il fait partie des deux seuls départements de la région Occitanie à en être dépourvue, avec la Lozère. Pourtant, le département frontalier de la Haute-Garonne bénéficie d'une offre de soins importante dont 75 % est privée. En 2022, pour ce département, elle était de 1 765 lits pour les prises en charge à temps complet, représentant 128 places pour 100 000 habitants et 590 places pour les prises en charge à temps partiel, représentant 43 places pour 100 000 habitants. En Ariège, il a été recensé 118 lits et 74 places, adultes et enfants et adolescents.

En réponse à la chambre, l'ARS a précisé « qu'en raison de fortes tensions sur le département de la Haute-Garonne, la notion de parcours inter départementaux est inexistante. Néanmoins, des appels à la solidarité des cliniques du département de Haute-Garonne sont réalisés de façon exceptionnelle ».

1.3.4.2. Un département moins doté en équipement global pour la psychiatrie adulte

En 2018, le PMS de l'établissement relevait que l'Ariège était moins dotée en équipement global psychiatrie adulte pour 1 000 adultes (1) que la région (1,6) et la métropole (1,4). En 2020, pour les prises en charge à temps complet, il offrait 75 lits et 36 places alors que la région Occitanie disposait de 115 lits et 44 places[35] soit seulement 69 % de la moyenne régionale. Pour les prises en charges à temps partiel, l'établissement offrait 36 places pour 100 000 habitants contre 44 en Occitanie ce qui représentait 81 % de la moyenne régionale. En revanche, le taux d'équipement global en pédopsychiatrie était légèrement plus élevé que la région et que la métropole. En 2018, il était de 1,2 lit et place pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus contre 0,9 pour la région et la France métropolitaine.

1.3.4.3. Une offre des lits d'hospitalisation déséquilibrée au détriment de l'est du département, pourtant nettement plus peuplé

L'établissement n'a pu transmettre la carte des secteurs ni les autorisations au cours de l'instruction. Ces dernières n'ont pu, de fait, être vérifiées par la chambre quant à leur réalisation. L'établissement est invité à produire ces documents à la présente contradiction.

L'organisation de l'offre de soins de la psychiatrie adulte de l'établissement comprend deux secteurs pour 122 500 habitants adultes. Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il dispose d'un seul secteur qui couvre l'ensemble du département. L'établissement assure par ailleurs les missions de services publics de prise en charge des personnes hospitalisées sans consentement et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire.

[35] Source : portrait de territoire Ariège 2022 CREAI-ORS d'après SAE 2020.

L'offre de soins d'hospitalisation se caractérise par une organisation géographique excentrée, la majorité des lits étant situés sur le site de l'établissement à Saint-Lizier. Elle se caractérise également par la dispersion des lits, tant sur le site principal, qui comprend 39 bâtiments dont six en psychiatrie, que sur plusieurs communes. Sur neuf structures d'hospitalisation[36], seules deux sont situées à l'est de l'Ariège. Il s'agit de l'hôpital de jour adultes à Pamiers et de l'hôpital de jour enfants situé dans la commune rurale du L'Herm, non desservie par des transports en commun. De plus, bien que disposant d'urgences psychiatriques armées par le CHAC, le CHIVA ne dispose pas d'unité de courte durée d'hospitalisation en sortie d'urgences pour la gestion de crise. Enfin, l'éloignement géographique de certaines structures n'incite pas à l'hospitalisation des patients, même en crise.

Pourtant, en 2020, le bassin de population du Couserans ne représentait que 20 % de la population totale du département contre 80 % pour l'est du département. L'axe Pamiers-Foix-Tarascon en représentait 52 %. La basse Ariège, la plus peuplée, recouvre la plaine d'Ariège dans le prolongement de la plaine toulousaine et représentait 36 % de la population globale. La commune la plus peuplée de la basse-Ariège qu'est Pamiers est également la plus peuplée du département, pour 10 % de sa population. Elle a connu, depuis 1982, la plus forte progression démographique et continue du département, en particulier depuis 1999. Ainsi, l'offre de soins psychiatriques, relevant en partie des implantations historiques, apparaît déséquilibrée, au détriment de l'est de l'Ariège, pourtant le plus peuplé du département.

En réponse à la chambre, l'ARS a confirmé que le projet régional de santé maintient une offre unique en psychiatrie ; par ailleurs, elle a précisé que « *dans le cadre des enjeux des réformes des autorisations et des financements mais aussi dans un contexte de pénurie médicale et soignante, une réflexion pourra être engagée sur la structuration de l'offre et des sites afin d'optimiser les moyens disponibles* ».

1.3.4.4. Une offre ambulatoire manquante pour les pathologies de l'enfant et de l'adolescent pour Foix et la Haute-Ariège

Pour les structures ambulatoires adultes, l'établissement dispose de quatre centres médico-psychologiques (CMP) situés à Saint-Girons, Foix, Pamiers et Lavelanet. Il dispose également de deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Pamiers et à Lavelanet. Pour les enfants, le CHAC dispose d'une MDA à Foix, de trois CMP à Saint Girons, Pamiers et Lavelanet et d'un CATTP situé à Saint Girons. Le seul centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) de l'Ariège est situé à Foix, près du CMP adulte et il n'y a pas d'offre d'hospitalisation à domicile spécifique, alors que ce dernier était prévu au projet de pôle psychiatrie générale en 2017. Par ailleurs, le secteur Foix-Haute-Ariège ne dispose pas de CMP infanto-juvénile. Le secteur est du département ne dispose d'aucun CATTP enfants, également prévu au projet de pôle infanto-juvénile de 2017. Cependant, afin de répondre aux inégalités de santé qui touchent les plus démunis, l'établissement a organisé une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et une équipe mobile psychiatrique précarité (EMPP) à vocation départementale. Il a aussi mis en place une équipe dédiée aux soins psychiatriques en maison d'arrêt (Foix). En revanche, et bien que cela ait été prévu au PMS et dans le projet de pôle infanto-juvénile, l'équipe mobile pédopsychiatrique n'a pas encore été mise en place.

[36] L'offre de soins était de 111 lits et 47 places pour les adultes et de sept lits et 27 places pour les enfants et les adolescents. Le secteur psychiatrie adulte dispose d'une hospitalisation complète (87 lits), d'une hospitalisation de jour (30 places à Saint-Girons et Pamiers) et d'une hospitalisation de nuit (5 places). Il dispose également d'une maison d'accueil spécialisée (24 lits), d'un accueil familial thérapeutique (12 places). La pédopsychiatrique dispose d'une hospitalisation complète (7 lits), d'une hospitalisation de jour (20 places dont 10 au L'Herm), et d'un accueil familial thérapeutique (7 places). Par ailleurs, le CHAC dispose d'un service d'urgences psychiatriques et assure en liaison celles du CHIVA par des psychiatres du CHAC.

En réponse à la chambre, l'ARS a précisé partager le constat d'un besoin de renforcement de l'offre de soins. Dans ce cadre, un montant de 384 k€ a été apporté entre 2021 et 2023. L'ARS partage également le constat d'un manque d'offre en CATTP ; selon elle, l'accompagnement financier ne pourra être envisagé qu'en aval de la mise en œuvre effective des projets déjà validés et financés. L'ARS a également indiqué qu'une lettre de mission a été adressée à l'établissement fin 2023 afin d'améliorer les modalités de collaboration entre le secteur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services médico-sociaux. Enfin, l'ARS a relevé que le plan régional de santé 2023-2028, le schéma territorial de santé et le programme territorial de santé mentale précisent le cadre de la planification et de la coordination territoriale.

1.3.5. Une augmentation de l'activité des centres médico-psychologiques qui a un impact sur la qualité de prise en charge du patient dans un contexte de pénurie médicale

1.3.5.1. Une hausse régulière et significative de l'activité de l'ensemble des CMP

Il est rappelé que les CMP sont le pivot d'un secteur psychiatrique. Ils doivent permettre de répondre aux besoins de santé mentale de la population par le dépistage, la prévention, le soin et le suivi. Pour ses centres, l'établissement n'a pu transmettre de tableau de bord comportant des indicateurs essentiels et homogènes par structure et rapporté au nombre d'ETP par spécialité. Il est invité à les produire à la présente contradiction.

Les actes réalisés dans les CMP représentaient en moyenne annuelle 83 % de l'ensemble des actes effectués en psychiatrie. Les entretiens représentaient 92 % des actes. Il a été relevé sur la période un pic de l'activité en 2021, suivie d'une légère contraction en 2022 du nombre d'actes et une stabilisation de la file active. Sur la période 2018-2022, le secteur de Pamiers a connu la plus forte progression de ses files actives adultes et enfants suivies par le CMP. Ceux du Couserans ont connu une évolution moins dynamique mais pour un nombre de patients proche. Celui de Lavelanet a également connu une évolution de son activité de 16 % pour 896 patients en 2022 et 10 927 actes en 2022 soit une augmentation de 19 %.

Ainsi, quand l'activité hospitalière n'a que légèrement progressé, celle des CMP a fortement augmenté sur la période, tant pour la file active que pour le nombre d'actes.

1.3.5.2. Un impact sur la qualité de prise en charge du patient en raison de la pénurie médicale

Compte tenu de la ressource contrainte en médecins-psychiatres, l'augmentation de l'activité des CMP a été absorbée à 50 % par les infirmiers diplômés d'État à Pamiers. À Foix, elle a été prise en charge à 50 % par l'équipe paramédicale, à 23 % par l'équipe médicale et à 21 % par les psychologues. Dans ce contexte d'augmentation de l'activité, les délais de premiers rendez-vous avec une IDE se sont allongés dans l'ensemble des CMP adultes. De plus, en 2023, l'établissement a indiqué que les durées d'entretien avec le médecin-psychiatre s'étaient raccourcis à 10 minutes pour pouvoir faire face à l'augmentation d'activité. La consultation de son agenda du mois de septembre 2023 retraçait jusqu'à 22 patients en consultation pour la seule journée du 5 septembre 2023. Cette réduction impacte la prise en charge du patient.

Concernant les délais de rendez-vous avec une IDE des CMP enfants, ils étaient de quatre à cinq mois en moyenne, sur toute la période. Enfin, malgré des délais de premiers rendez-vous qui s'allongent, l'établissement n'a pas été en mesure de communiquer d'indicateur sur les listes d'attente, en particulier pour les enfants. Il a cependant signalé que 21 patients étaient sur liste

d'attente au CMP adultes de Saint-Girons au 9 novembre 2023. Par ailleurs, il a été relevé en 2022 que l'origine des demandes de prises en charge, selon le rapport d'activité du CMP de Foix, provenait à 66 % des patients contre 21 % du personnel médical.

Cette situation traduit les difficultés pour les CMP à jouer leur rôle notamment de coordination du parcours de soins avec les acteurs de premier recours.

Les difficultés de l'établissement pour transmettre des tableaux de bord exhaustifs et homogènes, pour chaque structure ambulatoire, l'absence de rapport d'activité du pôle, la raréfaction médicale et son taux de rotation comme celui de la chefferie de pôle, dans un contexte de forte croissance d'activité, démontrent un fonctionnement subi de l'urgence et du quotidien. Ainsi, dans le cadre du pilotage de l'établissement à restructurer qui a fait l'objet d'une recommandation au présent rapport, il devra bien s'attacher à également le mettre en place pour l'ensemble des structures ambulatoires en psychiatrie pour le cas échéant adapter sa stratégie de prise en charge des patients.

Enfin, compte tenu des éléments précités, les CMP ne semblent pas en mesure de jouer pleinement leur rôle, notamment de dépistage et d'accès aux soins psychiatriques. Compte tenu des postes de médecins-psychiatres vacants, le parcours de soins du patient pourrait être soutenu par un renforcement du personnel non médical, en particulier les psychologues, en liaison étroite avec les médecins-psychiatres.

1.3.5.3. Une entrée en psychiatrie majoritairement réalisée par les urgences

Le principe général d'admission est celui d'une hospitalisation libre et programmée à partir d'une orientation par le CMP selon le secteur du patient. Pourtant, sur la période contrôlée, il a été constaté que le mode d'entrée majoritaire était les urgences. En effet, le taux de patients entrés dans le parcours de soins psychiatriques par les urgences a augmenté de 13 points de pourcentage entre 2018 (47 %) et 2022 (60 %). L'établissement n'a pu transmettre le profil des patients entrés par les urgences.

Ainsi, les CMP n'ont pu jouer pleinement leur rôle de porte d'entrée dans le parcours de soins, empêchant ainsi une approche graduée et coordonnée, notamment avec les acteurs de premier recours, en particulier les médecins traitants. Concernant le mode de sortie des patients, il était de 92 % vers leur domicile. Ces éléments illustrent une filière insuffisamment organisée et fluide, tant en amont qu'en aval.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Sur la période contrôlée, l'objectif de l'établissement de proposer une offre de soins la plus large possible apparaît peu compatible avec une réorientation stratégique qui vise à s'adapter aux besoins plus spécifiques de la population. Effectivement, au regard de la sous-activité globale en médecine, chirurgie, obstétrique, en réadaptation et à celle de certains hôpitaux de jour en psychiatrie, l'offre de soins apparaît aujourd'hui surdimensionnée en termes de personnels et d'équipements mobilisés. Les taux d'occupation des lits sont modestes, nettement inférieurs aux standards de la direction générale de l'offre de soins, malgré des durées de séjour moyen longues en médecine et en chirurgie. Les places en ambulatoire et le bloc opératoire sont également sous-utilisés. Il s'ensuit que les coûts supportés par l'établissement ne sont pas en rapport avec son activité, le CHAC devant également gérer la contrainte de la dispersion de ses implantations.

Une première réflexion à mener par l'établissement concernerait l'évolution de la maternité en centre périnatal de proximité en liaison avec l'ARS et le CHIVA, ce qui pourrait se traduire par le transfert des quatre lits d'obstétrique en soins palliatifs.

La psychiatrie constitue l'activité principale de l'établissement pour laquelle le CHAC est l'unique offre d'hospitalisation du département. Au regard des besoins de la population en ce domaine, cette spécialité psychiatrique n'a été que très peu abordée dans le cadre des instances de gouvernance et aucune présidence de CME n'a été confiée à un psychiatre en plus de 20 années.

L'offre de soins de l'établissement, et particulièrement en hospitalisation psychiatriques, n'apparaît plus adaptée aux besoins de son territoire. Cette situation est aggravée par le contexte de pénurie médicale en Ariège. Dans ce cadre, l'ARS a indiqué que « *dans le cadre des enjeux des réformes des autorisations et des financements mais aussi dans un contexte de pénurie médicale et soignante, une réflexion pourra être engagée sur la structuration de l'offre et des sites afin d'optimiser les moyens disponibles* ». L'important taux d'entrée par les urgences met également en lumière le manque de coordination entre l'établissement et les centres médico-psychologiques. Ces derniers ne peuvent pas, en l'état, jouer pleinement leur rôle de porte d'entrée dans le parcours de soins psychiatriques des patients.

2. UNE STRATEGIE ET UN PILOTAGE A RELANCER

2.1. Une réunion des instances de gouvernance qui n'est pas conforme aux prescriptions du code de la santé publique

L'ordonnance du 17 mars 2021 relative à la médicalisation des décisions à l'hôpital et ses décrets d'application n° 2021-675 et n° 2021-676, a prévu l'obligation de conclure une charte de gouvernance entre le président de la CME et le directeur, dans l'objectif d'associer le président de la CME à la gestion de l'établissement. Pour l'établissement, cette charte n'a pas encore été signée depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance le 1er janvier 2022.

Concernant la temporalité des principales instances, ces dernières doivent se réunir au moins huit fois par an pour le directoire (article D. 6143-35-5 du code de la santé publique), quatre fois par an pour le conseil de surveillance (R. 6143-8 et R. 6143-11) et la CME (R. 6144-6), une fois par trimestre pour le CTE puis CSE (R. 6144-69), et trois fois par an pour la CSIRMT[37] (R. 6146-14).

Dans ce cadre, il a été relevé que le nombre de réunions de l'ensemble de ces instances ne respecte pas ces dispositions. En réponse aux observations provisoires de la chambre deux ordonnateurs ont précisé que le climat social dégradé n'avait pas permis le bon fonctionnement des instances. Enfin, l'établissement n'a pu produire l'intégralité des comptes-rendus de réunion. Ainsi, aucun procès-verbal n'a été transmis pour les réunions du directoire et du conseil de surveillance.

L'attention de l'établissement est rappelée sur la nécessaire traçabilité des décisions prises par les différentes instances.

[37] Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.

2.2. Des orientations stratégiques à formaliser pour renforcer le pilotage

2.2.1. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2018-2023 à renouveler

Le 31 octobre 2018, l'établissement a signé un CPOM qui a pris effet au 1er janvier 2019, pour cinq ans. Conformément à l'article D. 6114-8 du CSP, les cinq objectifs retenus ont été associés à plusieurs indicateurs annuels. Cependant, l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre les annexes du CPOM qui les détaillaient. Il n'a pas non plus été transmis d'évaluation prévue au moins une fois par an et devant être conduite par le directeur général de l'ARS, le rapport annuel d'étape devant être produit par l'établissement et revue par l'ARS conformément à la circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans ce cadre, il n'a pas été transmis d'élément à la chambre.

Le CPOM est arrivé à son terme au 31 décembre 2023. S'il devait faire l'objet d'un rapport final un an avant son échéance comprenant les résultats des évaluations annuelles, aucun document n'a été présenté à la chambre. Aucun calendrier prévisionnel de renouvellement n'est prévu à ce jour. Ainsi, le pilotage du CPOM de l'établissement n'a pas été conduit, même sur les années précédant la crise de la direction. Pour l'avenir, la chambre recommande de contractualiser un nouveau CPOM avec l'ARS.

Recommandation :

2. Contractualiser un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS. *Non mise en œuvre.*

2.2.2. L'absence de projet d'établissement depuis 2016

L'article L. 6143-2 du CSP dispose que le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il est établi pour cinq ans. En 2019, l'établissement a élaboré son projet médico-soignant 2020-2025 (PMS), dans la continuité de l'élaboration du projet médico-soignant partagé du GHT des Pyrénées Ariégeoises 2018 dont il fait partie. Ce PMS a été largement inspiré des travaux menés par un cabinet conseil. Dans son précédent rapport, la chambre relevait que l'établissement avait différé l'élaboration du nouveau projet d'établissement dans l'attente de la finalisation du projet médical partagé du GHT et prévoyait la finalisation du projet d'établissement en 2018.

Pourtant, en 2024, l'établissement ne dispose toujours pas de projet d'établissement, et ce depuis 2016, le précédent projet d'établissement ayant couvert la période 2010-2015. Le précédent rapport de la chambre avait déjà recommandé à l'établissement de finaliser un nouveau projet d'établissement. Ainsi, l'établissement se retrouve sans ligne directrice d'ensemble, et ce, depuis plus de huit ans.

2.2.3. Un contrat de retour à l'équilibre financier non renouvelé malgré la dégradation de la situation

La situation financière de l'établissement, structurellement déficitaire depuis 2009, a continué de se dégrader malgré la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre (PRE) 2016-2019, et malgré les efforts de l'établissement pour réduire ses ETP. Le total des déficits figurant dans les comptes, tous budgets confondus, était de 20,4 M€ au 31 décembre 2022. En cas d'évolution d'activité défavorable, un nouveau contrat devait intervenir sur « les restructurations et les économies à réaliser ». Subissant la crise sanitaire et l'absence de dialogue de gestion depuis 2019, un second PRE n'a pas été contractualisé. Enfin, il n'a pas été présenté de bilan des actions du premier PRE.

2.2.4. Des contrats et des projets de pôle échus depuis mars 2021

En 2023, l'établissement était organisé en quatre pôles avec un pôle transverse de prestations médico-logistiques[38] et trois pôles cliniques : psychiatrie, gériatrie et réadaptation et médecine-chirurgie-obstétrique. Les contrats de pôle les plus récents, dont la durée de quatre ans est conforme à l'article L. 6146.1 du CSP, datent de 2017 pour les pôles cliniques, dont deux pour la psychiatrie (générale et infanto-juvénile). Les projets de pôles (article R. 6146-9) étaient joints à l'exception du projet de pôle de psychiatrie générale qui ne retrace qu'un avant-projet, le projet définitif n'ayant pas été transmis. Échus depuis mars 2021, sans qu'un bilan de leur mise en œuvre n'ait été réalisé, les nouveaux projets et contrats de pôle n'ont pas été formalisés.

Enfin, il n'a pas été relevé de liens organisés entre la ville et l'hôpital notamment avec le réseau associatif interprofessionnels ville hôpital Ariège Couserans (RIVHAC) qui a succédé au réseau ville-hôpital ni avec les six maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et un centre de santé répartis sur le territoire de la communauté de communes Couserans Pyrénées. Dans le cadre des réflexions qui ont précédées l'adoption du contrat local de santé de la communauté de communes Ariège Couserans contractualisé avec l'ARS, la participation de l'établissement n'a pas été significative.

Considérant l'ensemble des éléments énoncés concernant la stratégie, la chambre invite l'établissement à formaliser ses documents stratégiques, conformément à la législation.

Recommandation :

3. Formaliser les documents stratégiques actuellement manquants comme le projet d'établissement, les contrats et les projets de pôle. *Non mise en œuvre.*

2.2.5. L'absence de trios de pôle

Les articles L. 6146-1 à L. 6146-3 du CSP précisent le rôle du chef de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Cette fonction de collaborateurs de chefs de pôle n'est pas réglementairement définie, mais de manière générale les établissements ont maintenu le trio de pôles (médecin-soignant-administratif) plutôt que le binôme de pôle (médecin-cadre de santé). C'est ainsi un directeur référent administratif qui peut assurer l'interface avec la politique générale de l'établissement et le pôle. Pour l'établissement, jusqu'à une période récente, le fonctionnement des trios de pôles n'apparaît pas fonctionnel, tout comme les réunions de bureau et de trios de pôles. Le directeur unique nommé pour l'ensemble des pôles en 2018 ne pouvait pas piloter

[38] Ce pôle gère le service d'imagerie médicale, le laboratoire de biologie médicale, la pharmacie à usage interne (PUI).

l'ensemble. Fin 2023, les trios de pôles ont été reconstitués. Ils devraient permettre d'asseoir le pilotage de ces derniers.

2.2.6. Un pilotage déstructuré depuis 2018

À l'instar des documents stratégiques du CPOM, PRE et des contrats et des projets de pôle, l'établissement n'a pu transmettre de comptes-rendus de comités de suivi pour le projet médico-soignant et le projet médical partagé du GHT.

De même, en plus des défauts de pilotage présentés précédemment au rapport, les rapports annuels du DIM et des chefs de pôles, intégrés dans le rapport annuel de l'établissement, n'ont pas été produits pour la période contrôlée. L'établissement n'a pu transmettre pour la période 2018-2022 d'élément relatif aux procédures de contrôle qualitatif des données codées et au rythme de codage ni d'audit réalisé sur la fonction codage. Un état des lieux du codage de la psychiatrie réalisé en 2023 relève néanmoins un besoin d'amélioration. Compte tenu de sa situation financière, un codage efficient est incontournable pour l'établissement. Il devra prendre les mesures nécessaires pour tracer cette fonction et les améliorations à apporter notamment des sensibilisations périodiques des équipes, encore plus incontournables dans un contexte de rotation élevée des effectifs.

Les rapports annuels d'activité, documents d'analyse et de synthèse de l'ensemble des activités hospitalières, n'ont plus été réalisés depuis 2017 alors qu'il s'agit de documents obligatoires sur lesquels le conseil de surveillance doit délibérer conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas été en mesure de produire les comptes rendus des réunions de pôle et de dialogue de gestion interne, manquants et remis en place en septembre 2023. Enfin, les comptes de résultat analytique n'étaient diffusés qu'à la demande des chefs de pôle ou de la direction. Cette pratique est en contradiction avec l'un des objectifs des contrats de pôle qui prévoient l'évaluation et l'analyse trimestrielle médico-économique des activités du pôle. Enfin, l'établissement ne disposait pas d'un tableau retraçant la liste des structures extra hospitalières avec leur lieu d'implantation. Ce dernier a été élaboré à la demande de l'équipe de contrôle durant l'instruction.

Le site principal de Rozés à Saint-Lizier compte 39 bâtiments. Pour l'établissement dans son ensemble, la surface hors d'œuvre nette[39] est de 57 933 m² et de 50 065 m² pour la surface dans œuvre[40]. Malgré l'importance du patrimoine bâti, il n'a pas été présenté de plan pluriannuel d'investissement.

Enfin, il n'a pas été relevé d'indicateur relatif aux soins somatiques. Pourtant, la loi du 5 juillet 2011 a imposé un examen somatique obligatoire des patients lors des premières heures de l'hospitalisation sous contrainte. Cependant, le manuel de certification de la Haute Autorité de santé en fait une exigence essentielle de qualité des soins et l'étend à l'ensemble du séjour. L'établissement a indiqué que les examens somatiques sont réalisés par le service des urgences lors des prises en charge en hospitalisation et/ou par les urgences. Il n'a pu transmettre d'indicateur relatif aux examens somatiques réalisés par rapport aux prises en charge des patients ni de procédure. Cette obligation n'a ainsi pas pu être confirmée par la chambre. Considérant

[39] La surface hors œuvre nette est égale à la somme des surfaces des planchers de chaque niveau moins tout ce qui n'est pas aménageable (sous-sols et combles non aménageables, toitures-terrasses, balcons, loggias, surfaces non closes du rez-de-chaussée et garages).

[40] La surface dans œuvre (SDO) correspond, en architecture, à la surface utile additionnée de l'emprise des circulations et des locaux techniques à l'exclusion des surfaces des ouvrages construits (éléments structurels du bâtiment).

l'ensemble de ces éléments, l'établissement doit restructurer l'ensemble de son pilotage, qui est encore plus crucial pour des activités multisites comme la psychiatrie.

2.3. Des axes d'amélioration pour répondre aux besoins et améliorer la qualité et la sécurité des soins

L'établissement n'atteignant pas les 100 M€ de produits sur son budget principal, il n'est pas soumis à la certification du commissaire au compte. En revanche, il est soumis à la certification comme dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tous les établissements de santé, effectuée tous les 4 ans par des professionnels mandatés par la HAS ; depuis 2020, il est également soumis à la procédure de certification pour la qualité des soins dégageant des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), recueillis tous les ans.

La certification la plus récente de l'établissement par la Haute Autorité de santé a été rendue par décision du 19 décembre 2017 pour une durée de 4 ans. Son niveau de certification était B (référentiel 2014) c'est-à-dire avec recommandations d'amélioration. Il n'y a pas eu de contrôle depuis lors mais une certification est programmée en 2024. Cependant, en raison de la période d'instabilité des équipes de direction qu'a connu l'établissement, la nouvelle direction disposera de peu de temps pour préparer cette certification.

2.3.1. Une étude stratégique à mener concernant l'activité des soins de suite et de réadaptation et le centre de réadaptation neurologique

La gériatrie constitue le troisième pôle du CHAC avec un rôle déterminant en raison de la population vieillissante du bassin de vie. L'orientation a été favorable puisque la majorité des projets définis au projet médico-soignant en cours ont été réalisés. L'hôpital de jour a notamment été ouvert en 2023 et il faut souligner l'action des équipes mobiles gériatriques.

Concernant l'ensemble de la chaîne gériatrique comprenant les lits de court de séjour, les soins de suite et de réadaptation (SSR gériatrique pour les plus de 75 ans et polyvalent pour les moins de 75 ans), l'unité de soins de longue durée (USLD) et les EHPAD, les taux d'occupation sont dans l'ensemble satisfaisants à l'exception du SSR polyvalent et du centre de réadaptation neurologique qui subit le manque de personnel paramédical. Dans l'article « les établissements de soins de suite et de réadaptation » publié en 2022 par la DREES, l'Ariège faisait partie des 18 départements avec un nombre de lits et places pour 100 000 habitants du département âgés de 50 ans ou plus les plus faibles. Si le taux d'occupation du SSR gériatrique de l'établissement apparaissent annuellement supérieur à 100 % avec une DMS moins élevée que la moyenne nationale (27 jours en 2022 au CHAC pour 35,1 jours pour la moyenne nationale[41]), le SSR polyvalent a des taux d'occupation depuis 2020 entre 60 et 80 %. Une réflexion quant à la répartition entre ces deux services pourrait être menée.

Concernant le court séjour gériatrique, le CHAC dispose d'une autorisation de 10 lits mais le défaut de personnel médical et paramédical ne permet à ce jour que l'ouverture de 5 lits. Un projet à court terme envisage une ouverture totale. Enfin, deux points mériteraient un rapprochement entre l'établissement et le CHIVA. Le service gériatrie souffre d'une hospitalisation à domicile presque inopérante sur le bassin en dépit d'une population vieillissante dans le Couserans. Les liens avec l'unité d'hospitalisation renforcée (UHR), départementale, installée à Pamiers, tout comme la disponibilité des lits n'apparaissent à l'heure actuelle pas assez renforcés pour que l'établissement puisse y adresser des patients.

[41] Les établissements de soins de suite et de réadaptation » publié en 2022 par la DREES.

2.3.2. Une prise en charge clinique de la psychiatrie à améliorer

2.3.2.1. Les indices de satisfaction des patients

En 2022, l'appréciation globale des patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine chirurgie obstétrique (MCO) était de 73 %, plaçant l'établissement dans le 3ème quart national et dans la moyenne nationale (73 %). Ainsi, 70 % des patients recommanderaient l'établissement. Si la prise en charge par le personnel soignant apparaît favorable (82 % pour la prise en charge infirmer/aide-soignant et 83 % pour les médecin/chirurgien et sage-femme), ce résultat a été dégradé en raison des critères de chambre (73 %), d'accueil (71 %), de sortie (64 %) et de repas (60 %).

Concernant la chirurgie ambulatoire, l'appréciation globale des patients a été plus favorable à 81 % (score national à 78 %) notamment pour les critères de prise en charge (88 %), d'accueil le jour de l'hospitalisation (87 %), de l'avant hospitalisation (84 %). Le résultat a été dégradé en raison de la chambre et du repas/collation (78 %) et de la sortie et du retour à domicile (73 %). Cette appréciation se situe dans le 1er quart national qui représente 32 % des établissements (278 établissements dont le CHAC). 76 % des patients recommanderaient certainement cet établissement.

Dans ces deux cas, ce sont principalement les critères de chambre, de repas et de sortie qui ont affecté le score de l'établissement.

2.3.2.2. La prise en charge clinique

Concernant la MCO et les soins de suite et de réadaptation (SSR), les indicateurs[42] présentaient des résultats stables entre 2021 et 2022, dans le second tiers national. Pour la prise en charge clinique de la psychiatrie, ils apparaissaient insuffisants[43] bien en deçà des moyennes nationales :

- le résultat de la prise en charge de la douleur au CHAC en psychiatrie n'apparait qu'à 6 % quand la moyenne nationale était de 59 % ;
- le score du repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes est de 14/100 au CHAC quand la moyenne nationale était de 54/100 ;
- le score de l'évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes est de 38/100 au CHAC quand la moyenne nationale était de 60/100.

[42] MCO et SSR : prise en charge de la douleur ; MCO : évènements thrombo-emboliques après la pose d'une prothèse total de genou et de hanche.
[43] Indicateurs de prise en charge de la douleur, repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes, évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes.

2.3.2.3. La coordination des prises en charge

En 2022, deux points d'amélioration importants concernaient la qualité de la lettre de liaison à la sortie pour le domaine de la chirurgie ambulatoire (62 % pour le score moyen national et 13 % au CHAC) et de la psychiatrie (19 % au CHAC quand le score moyen national est de 44 %). Pourtant, la faiblesse des scores de ces critères avait déjà été soulignée respectivement en 2017 et 2018, avec un résultat insuffisant. Ils n'ont pas abouti à une meilleure évaluation en 2022. Le CHAC pourra définir des actions spécifiques pour les améliorer.

2.3.2.4. La prévention des infections associées aux soins

Pour la MCO, deux points d'amélioration sur cinq étaient identifiés pour les bonnes pratiques de précautions complémentaires contact et l'information au patient des pratiques de précautions complémentaires contact. Enfin, pour la consommation des solutions hydroalcooliques, la médiane régionale était à 95 % quand celle de l'établissement était de 66 %. Cette donnée déjà recueillie en 2017 et 2018, n'a pas vu son résultat progresser.

2.3.3. Les actions recommandées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté

Les soins sans consentement sont régis par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013. En 2022, pour 602 prises en charges dans l'établissement, les soins à la demande du directeur en représentaient 44 %, 32 % pour les soins à la demande d'un tiers, 12 % pour les soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) et 12 % pour les soins pour périls imminents. Les soins à la demande du représentant de l'État ont connu la plus forte progression (+ 25 %) entre 2018 (59) et 2022 (74). Pour la période, la moyenne du nombre de prises en charge était de 558.

Le rapport provisoire du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a été adressé le 08 octobre 2021. Il comportait 50 recommandations. L'établissement n'a pas adressé à la chambre de rapport définitif. Le rapport concluait que les 2/3 des observations faites lors du précédent rapport de 2015 n'avaient pas été suivies et que les atteintes aux droits fondamentaux demeuraient importantes. Les évolutions législatives et soignantes en matière d'isolement et de contention n'avaient pas été prise en compte. Il mettait également en exergue l'impératif besoin de mettre en œuvre une politique de ressources humaines pour attirer et fidéliser les agents et plus spécifiquement les médecins psychiatres. Des conditions d'isolement et de contention indignes avaient également été relevées.

L'établissement n'a pas transmis de bilan des actions entreprises pour répondre aux recommandations du CGLPL ce qui peut être lié au défaut de pilotage de l'établissement dans son ensemble. L'établissement est invité à les adresser à la CRC à la présente contradiction. Il a néanmoins transmis deux fiches de procédure relatives à la prise en charge et aux droits des patients sans consentement (2022) et à la gestion des fugues (2019) et une note technique (2022) relative aux signalements des dépassements des durées de contentions et d'isolement au Juge des Libertés, ainsi qu'une demande de financement à l'ARS afin de créer un espace d'apaisement dans l'unité de soins intensifs en psychiatrie.

En l'état, la chambre n'a pas pu mesurer le degré de réalisation des recommandations portant sur l'unité des soins sans consentement.

En réponse à la chambre, l'administrateur provisoire a indiqué que la mise en œuvre effective des deux chambres d'isolement a été réalisée au second semestre 2022. De plus, sur le sujet de l'isolement et de la contention, l'ARS a précisé qu'elle partagera ce constat avec la FERREPSY[44] qui est missionnée sur une durée de deux ans afin d'accompagner les établissements de santé dans le respect des nouvelles règlementations en la matière.

2.3.4. Une coordination entre les acteurs d'amont et d'aval à structurer en psychiatrie

La coordination entre les acteurs est l'une des réponses pour adapter l'offre aux besoins en soins dans un contexte de multiplicité des intervenants[45]. Les partenariats de l'établissement reposent sur des relations interpersonnelles, comme le relevait le diagnostic territorial de santé mentale en 2020.

Ainsi, le cloisonnement entre les services, le défaut de pilotage, de réunions des bureaux de pôle et des trios de pôle élargis, tout comme l'absence de compte-rendu des réunions de trios de pôle n'ont pas permis de rapprocher les différents services de l'intra et de l'extra-hospitalier. Leur liaison n'apparaît pas à ce jour fluide, ce que les taux d'occupation des HDJ excentrés objectivent.

Par ailleurs, en psychiatrie, les signes précurseurs d'une crise sont généralement progressifs et détectables par l'entourage du patient. Dans ce cadre, le recours aux urgences pallie majoritairement l'absence de prise en charge en amont des patients.

Enfin, l'objectif de gradation des soins doit conduire à une diminution des durées de séjour en hôpital et au développement de prises en charge « hors les murs ». Pourtant, l'augmentation de la DMS en psychiatrie traduit certaines absences de partenariats avec des structures d'aval, notamment médico-sociales et sociales, conduisant à des hospitalisations plus longues. Pourtant, l'article R. 6123-10 du CSP précise que « *le titulaire de l'autorisation concourt à la réinsertion et à l'inclusion sociale du patient pris en charge, en lien notamment avec d'autres établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, services ou personnes mentionnés au code de la santé publique et au code de l'action sociale et des familles* ».

Il a été relevé que le PTSM n'a pas assez pris en compte l'importance des conventions de partenariat qui auraient l'avantage de formaliser des parcours des patients en identifiant le rôle de chacun des acteurs extérieurs d'amont et d'aval en psychiatrie. De plus, la liaison entre les structures d'intra et d'extra hospitaliers en psychiatrie n'a pas été inscrite au PTSM. Cette liaison serait un gage de qualité pour la prise en charge du patient et la continuité du parcours de soins.

La chambre recommande que l'ensemble des éléments cités ci-dessus pourraient être considérés par l'établissement dans ses documents stratégiques : projet d'établissement (non formalisé), contrats et projets de pôle (échus) et projet médico-soignant (en cours).

[44] La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale de Midi-Pyrénées puis d'Occitanie (FERREPSY Occitanie), est ouverte à l'ensemble des établissements sanitaires œuvrant en psychiatrie et santé mentale de la région : CHU, CHS, CH, ESPIC, cliniques privées. Elle favorise et soutient les actions qui visent à améliorer la santé mentale et la qualité des soins en psychiatrie

[45] Établissements de santé, structures relevant du médico-social et du social, psychiatres et généralistes libéraux, médecine du travail, ainsi que des acteurs plus éloignés comme l'éducation nationale, la police, le judiciaire, les bailleurs sociaux, les assistantes sociales etc.

Recommandation :

4. Prendre en compte dans les documents stratégiques psychiatriques de l'établissement le parcours de prise en charge des patients avec les partenaires concernés d'amont et d'aval, intra et extrahospitalier, le cas échéant par des conventions. *Non mise en œuvre.*

2.3.5. Une offre de soins à adapter à l'évolution du besoin en soins de santé mentale

2.3.5.1. Une prise en charge des troubles mentaux des personnes âgées qui serait à renforcer

Le PMS, comme le Diagnostic Territorial de Santé Mentale (DTSM), ont fait le constat en 2019 d'un territoire marqué par l'isolement et la dépendance d'une population vieillissante et qui va s'amplifier d'ici 2035. En conséquence, le PMS prévoyait de compléter l'offre gériatrique par le développement d'une filière transverse géronto-psychiatrique et de la filière psychiatrie du sujet âgé. Il prévoyait notamment la création d'une unité mobile des troubles du comportement géronto-psychiatrique qui n'a pas été mise en place. Pourtant, le CHAC disposait déjà d'une équipe mobile psycho-gériatrie départementale réduite mais dont l'activité a cessé fin 2021, suite au départ à la retraite du médecin psychiatre. L'établissement a peu de liens avec les ESMS de son environnement, même immédiat.

En réponse à la chambre, l'ARS a précisé que le CHAC ne s'est pas positionné lorsqu'un appel à projet pour une équipe mobile de soins psychiatriques pour personnes âgées a été lancée en 2023, avec le département de l'Ariège comme territoire cible.

Le développement de la filière psychiatrie du sujet âgé prévoyait également la spécialisation en psychiatrie de l'EHPAD « Orée du bois » situé au CHAC et son intégration au pôle psychiatrie (20 lits). Cependant, les éléments concernant la mise en œuvre de ces projets n'ont pas été transmis par l'établissement au cours de l'instruction. L'établissement est invité à les préciser à la présente contradiction.

Depuis 2017, l'établissement ne dispose plus d'unité psychiatrique dédiée aux malades mentaux de plus de 70 ans. Cette situation a généré leur prise en charge dans les unités d'hospitalisations des malades adultes, aggravant les temps d'attente. En 2017, le projet du pôle psychiatrie constatait l'insuffisance des lits réservés aux malades mentaux vieillissants. En effet, il ne dispose toujours que de trois lits pour l'ensemble du département. S'il précisait qu'un projet de réseau avec les EHPAD et les services gériatrie du CHAC et du CHIVA était en cours de rédaction, le CHAC n'a pas été transmis d'éléments concernant sa mise en œuvre.

Ainsi, au regard de ces éléments, la prise en charge des troubles mentaux des personnes âgées sur le territoire apparaît insuffisante et serait à renforcer.

2.3.5.2. Un recours aux soins à améliorer

Pour la période 2017 à 2019, l'Ariège affichait un taux moyen annuel standardisé de suicide chez les plus de 10 ans de 183 pour 100 000 habitants. Ce niveau est plus élevé que la moyenne régionale (110) et de la France métropolitaine (147). Ce taux place le département en 2ème position en Occitanie derrière le département du Tarn et Garonne (197). L'Ariège connaît des niveaux de précarité et de familles monoparentales plus élevés que les moyennes régionale et nationale accentuant le besoin en prévention.

L'analyse de la santé mentale réalisée par Santé Publique France (SPF) a constaté une dégradation continue de la santé mentale sur la période 2020-2023, et ce, malgré la sortie de la crise sanitaire. Santé Publique France a par ailleurs mené une étude sur la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans[46], considéré comme l'angle mort de la recherche sur la santé mentale. Publiée en juin 2023, il a été relevé que pour les enfants de 6 à 11 ans, 13 % de l'échantillon (15 000 enfants) présentaient un trouble probable psychiatrique, soit quatre enfants sur une classe scolaire de 30 élèves.

Pourtant, sur le département, entre 2018 et 2022, le taux de recours en soins psychiatriques[47] pour les hospitalisations à temps plein a connu un recul (- 16 %) deux fois plus élevé que celui de la région (- 8%) et de la métropole (- 7 %). Il était de 9,74 patients pour 1000 habitants en 2018 contre 8,15 en 2022. S'il a logiquement baissé durant la crise sanitaire, il n'a pas retrouvé son niveau de 2018. De plus, le recul du taux de recours en ambulatoire en Ariège (- 5 %) a été légèrement plus élevé que celui de la région (- 4 %) et de la métropole (- 4 %).

2.3.5.3. Des projets d'extension et de localisation de l'offre d'hospitalisation en perspective

Dès 2017, l'avant-projet du pôle de la psychiatrie générale relevait que la poussée démographique de l'axe Toulouse-Andorre avait changé l'équilibre démographique des deux secteurs et préconisait son équilibrage. Le projet de pôle pédopsychiatrique prévoyait déjà la relocalisation de l'HDJ la Vergnière à Foix, et les créations d'un HDJ adolescents et d'un CATTP à Foix.

Le diagnostic territorial en santé mentale (DTSM) établi en 2019 en prélude du projet territorial de santé mentale (PTSM) 2021-2026, relevait que l'implantation de lits sur l'est du département permettrait de répondre en particulier aux crises suicidaires. Il soulignait également la nécessité de créer un hôpital de jour pour adolescents et jeunes adultes à Foix. Par ailleurs, le PMS prévoyait d'évaluer la faisabilité médico-économique pour la création d'unité de courte durée en sortie d'urgences et constatait également le besoin d'une unité de soins spécifiques adolescents, comme le projet de pôle en 2017. En effet, en 2012, 82 % des jeunes de moins de 21 ans étaient situés sur le secteur est de l'Ariège et 42 % sur le bassin de santé de Pamiers. L'établissement n'a pas transmis d'éléments relatifs au pilotage de ces projets qui ne semblent pas avoir été réalisés.

Dans le même temps, certaines unités d'hospitalisation excentrées de l'axe principal de l'ouest de l'Ariège ont présenté des taux moyens d'occupation relativement bas, entre 50 % et 70 %. Cela a été le cas des HDJ adultes et enfants du Couserans et de l'HDJ enfants de la Vergnière alors que celui de Pamiers apparaît saturé depuis quelques années.

Pourtant, si le diagnostic territorial de santé mentale, les projets de pôle et le projet médico-soignant prévoyaient un équilibrage nécessaire pour l'offre de soins en psychiatrie à l'est du département, le PTSM n'en pas a fait état. En tout état de cause, l'offre actuelle d'hospitalisation en psychiatrie n'apparaît pas cohérente avec l'implantation de la population.

[46] L'étude nationale sur le bien-être des enfants (ENABEE) menée par SPF en France métropolitaine entre mai et juillet 2022. Les auteurs d'ENABEE ont interrogé 15 000 enfants, leurs parents et leurs enseignants dans près de 400 écoles. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic clinique mais d'un croisement de points de vue.

[47] Les taux de recours PSY mesurent la consommation de soins hospitaliers en psychiatrie des habitants d'une zone géographique donnée (quel que soit le lieu de réalisation des soins), rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Ils sont exprimés en nombre de patients ou journées pour 1000 habitants et déclinés selon les modes de prise en charge (hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire) par catégorie de diagnostic principal. (Source : ScanSanté).

2.3.5.4. D'autres projets à concrétiser

En réponse à l'évolution des besoins de santé en psychiatrie, le PMS prévoyait notamment la création d'une équipe pluridisciplinaire périnatalité sur la base d'une convention avec le CHIVA, la création d'une plateforme départementale de diagnostic pour la petite enfance, et la création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie pour les adolescents. Il prévoyait également la constitution d'une unité de soins spécifiques pour les adolescents offrant des consultations externes, un CATTP et un hôpital de jour à Foix. Enfin, pour les adultes, il prévoyait la création d'une unité de crise ainsi que la construction d'un bâtiment dédié annexé aux urgences du CHIVA à Foix. Le projet de pôle prévoyait également la mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire, un partenariat avec le CHIVA pour l'addictologie, la mise en place d'une HAD[48] sur le Couserans.

Les éléments concernant la mise en œuvre de ces projets n'ont pas été transmis par l'établissement au cours du contrôle. En réponse à la chambre, l'ARS a précisé que l'établissement bénéficie d'un financement de 250 k€ pour le projet d'une équipe mobile adolescents complexes depuis 2022 ; ce projet n'a pas pu être lancé en 2023 « en raison de la tension sur les ressources humaines ». De plus, l'ARS a indiqué avoir soutenu la mise en place d'une création d'offre pour les adolescents à Foix.

2.4. Des équipes qui ont été fragilisées, ce qui a impacté le fonctionnement de l'établissement

2.4.1. Un taux de rotation des équipes de direction particulièrement élevé

Sur la période contrôlée, le CHAC a connu un taux de rotation particulièrement élevé de ses équipes de direction. Entre 2018 et 2023, son organigramme de direction a été modifié à 16 reprises. Huit directeurs se sont succédé dont six depuis 2022. L'établissement a connu quatre périodes d'intérim et une période d'administration provisoire. Le directeur actuel a été nommé le 16 août 2023. Cette crise qui a marqué l'établissement s'est également matérialisée par l'audit managérial réalisé en décembre 2021 relatif à la nécessité de remettre en place une gouvernance participative ; un audit a également été réalisé le 9 février 2022 par des intervenants indépendants, à la demande de l'ARS, sur l'évaluation de la gouvernance et des pratiques managériales.

De même, la direction des services administratifs a connu une forte instabilité. Au final, l'équipe de direction a été renouvelée à 67 % depuis un an.

En ce qui concerne la direction logistique-achats, elle a été fusionnée en février 2021 avec la direction des finances, générant la suppression du poste de directeur adjoint. Enfin, le secrétariat de direction (2 agents) a été temporairement réduit à un unique agent, suite au déplacement de l'une des secrétaires à la DAM. Cela a également impacté la rédaction des comptes rendus de réunion des instances de gouvernance et entraîné l'arrêt de la production des rapports d'activité annuels de l'établissement. Fin 2023, les postes de directeur des finances et de directrice des soins faisaient l'objet d'un intérim.

[48] Il est précisé que l'hospitalisation à domicile en psychiatrie n'existe plus dans le cadre de la réforme des autorisations et du financement. Les soins à domicile en psychiatrie se réalisent seulement en ambulatoire et constituent une modalité de prise en charge devant être proposée par les détenteurs d'une autorisation en psychiatrie, soit directement soit par conventionnement.

Au final, après la gestion de la crise Covid entre 2020-2021, le CHAC a connu 19 mois de crise de gouvernance, dont l'établissement et ses agents doivent se relever. Une de ses priorités devra être de stabiliser les équipes de direction.

En réponse à la chambre, l'administrateur provisoire a précisé qu'à l'automne 2022, un accord local a été signé avec l'organisation syndicale ; il a vocation à favoriser l'attractivité des emplois hospitaliers pour le personnel non médical.

2.4.2. Une direction des ressources humaines et des affaires médicales qui n'est pas en capacité de remplir l'ensemble de ses missions

La direction des ressources humaines et des affaires médicales est constituée de deux pôles : RH et affaires médicales. Son nombre d'ETP était de 9,66 en 2023 (8,7 en 2020). Par rapport à la taille de l'établissement, le nombre d'ETP de la DRH-DAM apparaît limité. Aucun tableau des postes théoriques et pourvus n'ayant été présenté pour les services, la chambre n'a pas été en mesure de vérifier leur adéquation, principalement pour la DRH.

Concernant spécifiquement la DAM, deux agents y étaient dédiés jusqu'en 2019 puis une seule, renforcée périodiquement mais sans être de la spécialité. Pourtant cette fonction apparaît comme centrale pour cet établissement qui exerce à la fois les fonctions d'un hôpital départemental en psychiatrie et d'un hôpital général. En 2024, l'arrivée prévu d'un agent expérimenté sera précieuse, après une vacance du poste de plusieurs mois. Néanmoins, considérant les caractéristiques de l'établissement, un unique agent à cette fonction apparaît insuffisant.

Cet écart entre ETP et missions de la DRH-DAM, ainsi que le taux de rotation et les vacances de poste comme celle du directeur DRH-DAM de 11 mois entre 2022 et 2023 expliquent les dysfonctionnements de ce service. Ainsi, il a été relevé un défaut de pilotage RH de l'établissement. À titre d'exemple, il n'existe aucun indicateur de pilotage de la masse salariale qui représente pourtant 77 % des charges de l'établissement ; de même, aucun bilan social n'a été formalisé en 2022. Pourtant la mise en place des outils permettant d'assurer un meilleur pilotage des ressources humaines était une recommandation de la chambre au rapport précédent. Elle n'a pas été mise en œuvre. Il n'y a pas de note d'organisation interne de la RH, de stratégie pluriannuelle RH, de projet social et de lignes de gestion applicables au 1er janvier 2021. Sont également manquants les outils qui relèvent de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GMPC). Dans ce cadre, l'établissement est privé d'une action pouvant permettre d'attirer et de fidéliser de nouveaux praticiens pour pallier le déficit et le turnover des agents. Des recrutements de personnel médical ont échoué faute de réactivité alors que le contexte est contraint sur la ressource médicale, principalement psychiatrique. Une partie du travail courant n'est pas en mesure d'être traité comme les avancements de grade traité (deux ans de retard), ou le paiement des frais de déplacement (jusqu'à un an de retard). Les agents ne sont pas binômés, ce qui multiplie les difficultés en période de congés, d'arrêt maladie ou de départ, ce qui est le cas également au contrôle de gestion. Il a également été relevé des arrêts maladies imputables au service comme pour l'unique agent qui était en charge de la DAM. Enfin, il a été relevé l'absence de formalisation spécifique concernant les dispositions prises par l'établissement concernant le télétravail à mettre en place[49].

[49] Pour les postes qui le permettent, ces dispositions ont été encadrées par le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 modifié par le décret n° 2020-524 du 5 mai 2020 et le décret n° 2021-1725 du 21 décembre 2021 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature ainsi qu'à l'accord relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique signé le 13 juillet 2021. L'établissement devra mettre en place les conditions d'application du télétravail. Conformément à l'instruction du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures de sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du « Ségur de la santé » pour la fonction publique hospitalière, un accord interne devra être négocié par l'établissement.

De plus, la tension liée à la charge de travail sur l'équipe a engagé un taux d'absentéisme important de cette direction de 13 % en 2023 contre 3,79 en 2022 alors que le taux d'absentéisme dans l'établissement était stable sur la période à une moyenne de 8 %, et de 3,45 % pour le personnel médical.

Enfin, il a été relevé entre janvier 2018 et avril 2022 un élément variable de paie a été accordé à la présidente de CME sortante, pourtant élue en janvier 2016 et pour lequel une procédure au tribunal administratif est actuellement en cours. Au total, le montant brut[50] versé par l'établissement à l'agent entre la mise en place de cet élément variable et l'arrêt de son versement a été de 105 664 €.

Au final, en l'état actuel, la DRH-DAM n'est pas en mesure de faire face à l'ensemble des missions qu'elle devrait porter, et encore moins de mener une politique de ressources humaines pour attirer et fidéliser les agents.

2.4.3. Un établissement qui a fait reculer son nombre d'ETP

Malgré les conditions nationales de tension sur les hôpitaux, l'établissement a réduit ses effectifs. Pour la période, le nombre d'ETP a diminué de 2,4 %, soit presque 23 ETP. Il s'est réduit de 936,08 ETP en 2018 à 913,35 ETP en 2022. En 2022, le personnel non médical en constituait 94 %, et le personnel féminin 72 %. L'âge moyen était de 46 ans. .

2.4.4. Des indicateurs d'absentéisme et de taux de rotation très dégradés

Selon une étude de la Fédération hospitalière de France publiée en 2022, le taux d'absentéisme moyen dans les établissements de santé hors CHU était de 9,8 % en 2021. Cette même année, l'établissement avait un taux d'absentéisme de 9,83 % (source : bilan social 2021), démontrant l'engagement des équipes de ce petit établissement.

Si ce taux s'est réduit entre 2018 et 2021 de près de 79 % pour le personnel médical, il a augmenté de 16 % pour le personnel non médical qui constitue 94 % de l'effectif total. De plus, si le nombre de jours de maladie ordinaire a diminué de 15 500 à moins de 10 000 entre 2017 et 2019, année au nombre le plus bas, il a dépassé les 16 000 en seulement deux années : 2020 et 2021. Dans ce cadre, la part des maladies ordinaires dans la répartition totale par type d'absence a augmenté de 33 % en 2019 à 49 % en 2021. Pour la période, le détail fourni par l'établissement présentait des taux d'absentéisme en moyenne inférieurs à 5 % pour les pôles psychiatrie et MCO, et entre 7 % et 9 % pour le pôle gériatrie.

En revanche, les services supports de la direction ont des taux périodiquement importants sur les années les plus récentes pour la DRH-DAM (13 % en 2023), qualité et gestion des risques (19 % en 2023), logistique et achats (14 % en 2022) et contrôle de gestion (38 % en 2022). Dans le même temps, le taux de rotation a augmenté annuellement de 18 % en 2018 à 55 % en 2021. Ces mouvements ont impacté des pôles à l'absentéisme bas, principalement le pôle MCO dont le taux pour les médecins anesthésistes-réanimateurs était de 5 400 % en 2021 et la psychiatrie adulte dont le taux était de 315 % pour les médecins psychiatres en 2021.

[50] Hors charges patronales, avec cotisations sociales.

Il touche aussi les services supports de la direction dont le turnover a augmenté entre 2018 et 2023 de 182 % pour atteindre 14 % en 2023. La difficulté de l'établissement à recruter a contraint ce dernier à fermer des lits périodiquement.

Par ailleurs, en 2021 et 2019, l'établissement a présenté des bons taux concernant la fidélisation du personnel infirmier (hors infirmiers spécialisés) entre 88 % et 93 %. Leur taux était de 8,64 % en 2021 pour 243 ETP moyen même s'il reste un métier sous tension, mais il était de 25 % pour les infirmiers anesthésistes (7,81 ETP moyen). Cette même année, le métier de masseur-kinésithérapeute était également en tension avec un taux de 46 % pour 8,25 ETP moyen.

Dans ce cadre, il a été relevé que le document unique d'évaluation des risques professionnels n'a pas été actualisé depuis 2012. L'établissement devra veiller à le mettre à jour en prenant en compte les risques cognitifs liés aux situations de stress et d'épuisement professionnel.

2.4.5. Une augmentation des heures supplémentaires et des jours de CET du personnel non médical mais un temps de travail non conforme au cadre réglementaire

Entre 2018 et 2022, le nombre total d'heures supplémentaires du personnel non médical a augmenté de 317 %, de 7 658 en 2018 à 31 974 en 2022. Leur coût a été multiplié par six, de 166 k€ en 2018, a été porté à 1,2 M€ en 2022, pesant sur les charges de l'établissement.

Le coût des heures supplémentaires du personnel médical a diminué de 33 % sur la période, de 346 k€ en 2018 à 233 k€ en 2021.

Dans le même temps, le total du nombre de jours de CET a augmenté de 34 %, de 6 122 en 2018 à 8 223 en 2021. Si le nombre de jours de CET du personnel médical a progressivement diminué de 21 % sur la période, se réduisant de 1 233 en 2018 à 979 en 2021, celui du personnel non médical a presque doublé, portant à 7 244 le nombre de jours total de CET en 2021. Si une provision avait été constituée en 2018 et 2019 (1,2 M€), aucun montant n'a été provisionné quand l'instruction M21 énonce qu'un établissement doit constituer des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes aux jours épargnés sur CET pour l'ensemble des personnels de l'établissement.

Cependant, une partie de ces heures supplémentaires et augmentation de jours de CET ont relevé d'un temps de travail qui n'est en partie pas conforme. Le respect du temps de travail dans l'établissement avait fait l'objet d'une recommandation au rapport précédent de la chambre. Dans ce cadre, la note de service 83-2019 concernant le temps de travail est entrée en vigueur au 1er janvier 2020. Elle porte une durée annuelle de travail 1 575 heures pour les agents en poste fixe et de 1 547 heures pour les agents en repos variable. Or, la législation applicable dans la fonction publique hospitalière, aux termes des dispositions du décret 2002-9 du 4 janvier 2002, modifié par le décret 2007-826 du 11 mai 2007, ne diffère pas des deux autres fonctions publiques pour les repos fixes ; elle diffère pour les repos variables. Dans un établissement public hospitalier, la durée annuelle de travail effectif d'un agent en repos variable est fixée à 1 582 heures et demeure 1 607 heures dans les autres cas (hors spécificités du travail de nuit 1 560 heures, servitude d'internat, personnel de direction).

Cette note de service sur le temps de travail devrait être revue pour se conformer dispositions législatives. Si cette note de service apparaît officiellement favorable aux agents, la chambre n'a pas pu juger du temps réellement travaillé qui peut être en pratique bien au-delà de la législation en raison des postes vacants dans l'établissement et des congés maladie.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Sur la période contrôlée, l'établissement n'a pas été en mesure de définir des orientations stratégiques claires, ce qui a nui par voie de conséquence à leur pilotage rigoureux. Dans ce cadre, il n'a transmis aucun suivi quant aux réalisations du projet médico-soignant ainsi que des projets et contrats de pôles.

Afin de renforcer la qualité des soins en psychiatrie, la prise en charge clinique et la qualité des lettres de liaisons sont à améliorer. Les actions recommandées par le contrôleur général des lieux de privation des libertés ne sont toujours pas mises en œuvre. Afin d'adapter l'offre de soins aux besoins, particulièrement en hospitalisation, une meilleure prise en charge des troubles mentaux de la personne âgée comme celle de l'enfant ou de l'adolescent serait à organiser. En ce sens, la question de la coordination avec les acteurs, dont les CMP, aurait toute sa place. Dans ce cadre, l'ARS a précisé soutenir la mise en place d'une création d'offre pour les adolescents à Foix, ce qui permettrait de répondre aux besoins de la majorité de la population, située à l'est du département, alors que l'établissement est implanté à l'ouest.

3. UNE SITUATION FINANCIERE CRITIQUE QUI APPELLE UNE EVOLUTION DU MODELE DE L'HOPITAL

Le CHAC dispose d'un budget principal (budget H) et de trois budgets annexes : l'USLD (budget B), les EHPAD (budget E), et les autres services relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (P : maison d'accueil spécialisée MSA)[51]. En 2016 et 2019, l'établissement a été placé en plan de retour à l'équilibre donnant lieu à un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). S'il remplit toujours les critères déficitaires le justifiant, un second PRE n'a pas été contractualisé en raison de la crise sanitaire et de ses conséquences.

En 2022, les produits d'exploitation consolidés étaient d'un montant de 76 M€ dont 90 % étaient portés par le budget principal, 2 % par l'USLD, 6 % par les EHPAD et 3 % par le budget P. Dans ce cadre, l'analyse de la situation financière de l'établissement portera sur les agrégats consolidés avec une attention particulière aux produits et aux charges du budget principal H.

Concernant spécifiquement la fiabilité des comptes, il a été relevé la tenue des comptes est perfectible. Le détail est précisé en annexe. Dans ce cadre, l'inventaire n'est pas mis à jour des biens devenus obsolètes et une discordance des valeurs nettes de plus de 50 % a été relevée entre l'actif du comptable public et l'inventaire, pour 25 M€. Il apparaît que la situation s'est fortement dégradée depuis le dernier contrôle de la chambre, le travail d'ajustement en partenariat avec le comptable n'ayant pas été mené. De plus, le rattachement des séjours portant sur deux exercices et qui ont débuté avant le 31 décembre N et se sont achevés après le 1er janvier N+1 devra être valorisé pour la fraction propre à l'exercice N.

[51] Dont les structures d'accueil et d'accompagnement social, d'accueil des situations de handicap, favorisant l'insertion sociale et professionnelle, médico-social etc.

3.1. Un déficit structurel sous-estimé qui se creuse malgré le soutien financier croissant de l'ARS

3.1.1. Un déficit structurel conséquent

Un plan de retour à l'équilibre avait été formalisé dès 2010 par l'établissement, et mentionné au rapport de la chambre régionale Midi-Pyrénées en 2011. Le rapport précédent de la chambre publié en 2019 précisait que le déséquilibre financier était structurel depuis 2013, selon la définition du code de la santé publique (article D. 6143-39).

L'activité de l'hôpital est structurellement déficitaire. Le résultat d'exploitation consolidé a présenté un déficit de 7 M€ entre 2018 et 2022. Aux termes de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique[52], cet établissement est en déséquilibre financier annuel. Sur la période, le déficit majeur porte sur le budget principal (- 13 M€). Enfin, les EHPAD n'ont affiché qu'un déficit cumulé de 1,3 M€ sur cinq années.

Les comptes de report à nouveau 2022 du compte de gestion ont présenté un résultat cumulé déficitaire de 20,4 M€ (compte 119), les reports cumulés excédentaires étant à zéro (compte 110). En effet, si la marge d'exploitation était positive pour la période, à l'exception de l'année 2019, la capacité de financement brute, grevée en partie par son résultat financier, a été trop faible, voire négative, pour couvrir l'annuité de la dette.

Depuis une dizaine d'année, la CAF brute s'est dégradée progressivement. Elle était de 2 M€ en 2012, 1,2 M€ en 2015, et son cumul sur la période a été négative à - 388 k€. Son montant le plus favorable sur la période a été de 977 k€ en 2018. Comme conséquence, entre 2018 et 2022, la capacité d'autofinancement nette a été tous les ans négative et comprise entre - 580 k€ et - 3,4 M€ pour un total cumulé de - 8 M€ pour la période. Les charges de personnel représentaient la majorité des charges, à hauteur de 81 % du total en 2022. L'établissement n'est pas en mesure de dégager assez de produits par rapport à ses charges. Sur la période, leurs augmentations moyennes respectives ont accru cet écart, celle des produits ayant été de 3,9 % quand celle des charges était de 4 %.

3.1.2. Un déficit qui n'est pas correctement évalué dans les comptes

En raison de la tenue des comptes perfectible, le déficit inscrit dans les comptes est sous-évalué. En effet, il a été relevé que l'établissement minore le déficit de son résultat par des amortissements non comptabilisés. Leur montant a été évalué entre 620 k€ et 1,5 M€ au total. Il en est de même pour des montants de provisions minorées (URSSAF), estimées à 1,3 M€ et/ou non constatées comme pour les comptes épargne-temps des personnels médicaux et les provisions pour gros entretien. En raison de l'absence de documents à jour, la chambre n'a pas été en mesure d'évaluer ces deux derniers montants. Ainsi, le déficit apparaît à l'heure actuelle minoré, a minima de 10 %, le déficit en 2022 étant de 20,4 M€.

[52] • le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire supérieur à 3 % du total des produits du compte de résultat principal ;
• le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire et la capacité d'autofinancement (CAF) représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues ;
• la capacité d'autofinancement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

3.1.3. Une dégradation de la situation malgré l'augmentation des soutiens financiers de l'ARS

Le montant des crédits non reconductibles de l'ARS a été multiplié par six, de 895 k€ en 2018 à 6,6 M€ en 2022. Leur part dans le total des produits a ainsi augmenté de 1 % en 2018 à 9 % en 2019. En quatre années, leur montant (2019 non inclus, chiffre non communiqué) a dépassé les 15 M€. L'établissement est invité à préciser à la présente phase de contradiction leur montant exact en 2019 et en 2023.

Sans ces crédits non reconductibles, le déficit de l'établissement aurait été de plus de 35 M€, sans prendre en compte sa minoration en raison des enregistrements comptables non réalisés exposés ci-dessus.

3.2. Les résultats excédentaires du pôle psychiatrie qui financent annuellement les activités déficitaires de l'établissement

En 2022, sur un total de 74 M€ de dépenses cumulées enregistrées en comptabilité analytique pour les trois pôles, 39 % l'ont été pour le pôle MCO, 29 % pour le pôle de psychiatrie adulte, 8 % pour la psychiatrie infanto-juvénile et 24 % pour le pôle gériatrie et réadaptation.

Les comptes de résultat analytique transmis par l'établissement (2020 non communiqué) ont présenté des déficits sur certaines activités qui devraient faire l'objet d'une étude stratégique sur les pôles hospitalisation générale et gériatrie et réadaptation. Plus précisément, il s'agit des activités de chirurgie et de médecine ambulatoire, des consultations et soins externes et de la maison de repos et de soins. Leurs postes de dépenses se distinguent par des dépenses induites qui ont été importantes. Dans ce cadre, une analyse des clés de répartition de la comptabilité analytique pourra être réalisée par l'établissement pour les ajuster le cas échéant. Interrogé sur ce point pour les activités susmentionnées, l'établissement n'a pas apporté de complément. De plus, le fichier structure de l'établissement n'est pas en conformité avec le découpage en pôle.

Il est précisé que l'activité de gynécologie/obstétrique a bénéficié d'une allocation annuelle au titre d'établissement isolé, de 685 k€ en 2022, ce qui lui permet de limiter son déficit. Sans ce soutien, son déficit sur quatre années aurait été de plus de 3,5 M€, soit le deuxième secteur le plus déficitaire de l'hôpital après les consultations et soins externes.

Concernant l'activité de psychiatrie, cette dernière a été excédentaire de plus de 10,5 M€ sur quatre années (années 2020 non communiquée), finançant par là-même d'autres activités de l'établissement, déficitaires : - 16 M€ en MCO et - 9 M€ en gériatrie et réadaptation. La spécialité psychiatrique est pourtant la spécialité majeure de l'établissement, identifiée comme telle au niveau départemental. Elle pourrait alors s'engager dans davantage de projets, en ayant le financement, sous couvert de personnel médical pour les mener. Ce point avait notamment été déjà souligné au rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté en 2021. Sa première recommandation était que les dotations affectées aux soins de psychiatrie devaient être réservées aux besoins de la psychiatrie. Dans son droit de réponse, l'établissement avait juste précisé que le contrôleur n'avait pas demandé les comptes de résultat analytique qui permettaient de mesurer la consommation de la dotation de fonctionnement de la dotation de financement. Ne la considérait pas comme objectivée, le CHAC avait demandé à ce qu'elle soit retirée.

Néanmoins, l'établissement n'a procédé à aucune analyse ni réorientation stratégique puisque c'était bien annuellement et historiquement que la dotation de psychiatrie a financé la MCO. Ainsi, délibérément, l'établissement choisi de compenser une partie importante du déficit annuel des pôles hospitalisation générale et gériatrique plutôt que de réorienter sa stratégie.

Au final, sans le financement de l'activité MCO par les crédits de la psychiatrie, sans les crédits non reconductibles de l'ARS, en ajoutant les données actuellement manquantes des crédits non reconductibles par l'ARS en 2020 et une qualité des comptes ajustés, le déficit cumulé de l'établissement en 2022 aurait dépassé les 50 M€.

3.3. Un effet de ciseaux qui se creuse entre l'évolution des produits et des charges

3.3.1. Des financements relevant majoritairement de dotations en raison de la structure des activités de l'établissement

En 2022, 60 % des produits de l'établissement étaient des dotations et des participations (43 M€) en raison du montant des dotations annuelles de fonctionnement de 26 M€ pour la psychiatrie et de 7 M€ pour les soins de suite et de réadaptation. Ces dotations et participations ont augmenté en moyenne annuelle de 4 % sur la période (+ 6,1 M€ sur la période), augmentation supérieure à celle des produits financés par l'activité (+ 2,7 %). En 2022, ces produits financés par l'activité représentaient 30 % des produits pour 21 M€.

Pour un établissement comme le CHAC, l'importance du codage et de la facturation est cruciale. Les créances d'exploitation ont été en moyenne de 9,1 M€ pour la période, relativement stables, et pourraient constituer un levier d'action en réduisant le délai de recouvrement au maximum. Ce délai de recouvrement était de 78 jours en 2021 et de 69 jours en 2022. L'établissement pourrait également poursuivre l'optimisation de la chaîne de facturation. En effet, l'indice de facturation (source : Hospidiag) était de 5,7 en 2022, et s'est dégradé par rapport à 2019 (3,2). Dans ce cadre, la recommandation du précédent rapport de la chambre régionale des comptes qui encourageait à réorganiser le circuit de facturation de manière à respecter les délais cibles, sans dégrader la qualité, n'a pas été mise en œuvre.

Enfin, sur la période, l'augmentation des produits a été en moyenne annuelle de 3,9 %, en raison des crédits non reconductibles.

3.3.2. Une augmentation des charges plus importante que les produits malgré la baisse du nombre d'ETP

Entre 2018 et 2022, les charges de l'établissement ont augmenté de 3,2 % en moyenne annuelle, de 63 M€ à 72 M€. En 2022, les charges de personnel en représentaient le poste majeur à 77 %, puis les charges à caractère hôtelier et général pour 11 % et les charges à caractère médical pour 7 %. Cette répartition a évolué dans le temps puisque les charges de personnel ne représentaient que 74 % des charges en 2018. L'établissement a fait des efforts pour diminuer sa masse salariale. Sur la période, elle s'est réduite de plus de 22 ETP, soit une réduction de 2,4 % du nombre d'ETP (942 ETP en 2019, nombre le plus haut sur la période, (936 en 2018, à 913 ETP en 2022). Malgré cette réduction des effectifs, le total des charges de personnel a augmenté de 8 M€ sur la période pour une augmentation en moyenne annuelle de 4,3 %. Les autres variations des postes de dépenses se sont équilibrées entre l'augmentation des charges à caractère hôtelier et général et la réduction des autres charges, et la stabilité des charges à caractère général.

Enfin, l'augmentation moyenne annuelle des charges a été de 4,7 % sur la période, supérieure à celle des produits, diminuant la marge brute d'exploitation.

tableau 1 : la CAF consolidée

En €	2018	2019	2020	2021	2022	*Var. annuelle moyenne*
Produits de l'activité et de la tarification (a)	59 869 844	58 505 659	61 262 711	67 138 069	69 722 271	*3,9%*
+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges	7 046 915	6 549 937	6 846 239	6 375 518	6 556 453	*-1,8%*
= Produits de gestion (c=a+b)	**66 916 759**	**65 055 597**	**68 108 950**	**73 513 587**	**76 278 724**	***3,3%***
Dont produits non reconductibles	**895 759**	NC	**3 574 749**	**4 760 920**	**6 646 247**	
Part des produits non reconductibles dans les produits de gestion	**1%**	/	**5%**	**6%**	**9%**	
Charges de personnel nettes	51 534 234	52 807 299	54 321 489	58 179 906	61 910 059	*4,7%*
Autres charges de gestion nettes	13 488 770	13 449 234	12 968 733	14 024 241	14 141 763	*1,2%*
= Charges de gestion nettes	65 023 004	66 256 533	67 290 222	72 204 147	76 051 822	*4,0%*
Marge brute d'exploitation	1 893 755	-1 200 936	818 728	1 309 440	226 902	*-41,2%*
Taux MB en % des produits de gestion	2,8%	-1,8%	1,2%	1,8%	0,3%	
Marge brute retraitée des produits non reconductibles	997 996	NC	-2 756 021	-3 451 481	-6 419 345	
(+/-) Résultat financier	-666 157	-591 050	-539 232	-511 189	-483 823	*-7,7%*
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)	346 573	189 147	661 163	210 328	351 642	*0,4%*
- Charges exceptionnelles réelles	**596 429**	**295 782**	**709 796**	**432 671**	**369 510**	***-11,3%***
= Capacité d'autofinancement brute	**977 742**	**-1 898 621**	**230 863**	**575 907**	**-274 789**	
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	**1,5%**	**-2,9%**	**0,3%**	**0,8%**	**-0,4%**	
CAF brute retraitée des produits non reconductibles	**81 983**	NC	**-3 343 886**	**-4 185 013**	**-6 921 036**	
- Annuité en capital de la dette	1 558 375	1 560 839	1 563 383	1 566 009	1 508 721	*-0,8%*
Dont remboursement d'emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	0	0	0	
= Capacité d'autofinancement nette	-580 633	-3 459 460	-1 332 520	-990 102	-1 783 509	*32,4%*
CAF nette retraitée des crédits non reconductibles	-1 476 392	NC	-4 907 269	-5 751 022	-8 429 757	

Source : CRC, d'après le compte financier

3.4. Une incapacité à investir qui accentue la dégradation des bâtiments de l'établissement

3.4.1. Un endettement trop lourd pour les capacités actuelles de l'établissement

Concernant les ratios règlementaires de dette[53], seul celui d'encours de dette rapporté au total de ses produits d'activité, inférieur au seuil de 30 % depuis 2020 (20 % en 2022) répond aux critères. Le ratio d'autonomie financière était légèrement au-dessus du seuil attendu de 50 % (55 % en 2022 et d'une moyenne de 59 % sur la période). En revanche, la capacité de désendettement est très dégradée en raison de la faiblesse de la CAF brute, voire son montant négatif, le seuil étant de 10 années. En comparaison, celle du CHAC est au mieux de 20 ans en 2018, de 73 ans en 2020 et négative pour les autres années. Néanmoins, l'encours de dette s'est réduit progressivement de 30 % entre 2018 et 2022, de 20 M€ en 2018 à 14 M€ en 2022, l'annuité de la dette étant de 1,5 M€ en 2022. Ce montant de 14 M€ représentait cette même année 67 % des produits financés directement par l'activité toutes activités confondues.

[53] Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

3.4.2. Une incapacité à investir en propre malgré un taux de vétusté des installations très élevé

Compte tenu de ses difficultés et de son incapacité à emprunter sans autorisation de la tutelle au plan réglementaire[54], les dépenses d'investissement de l'établissement ont été de 5 M€ sur la période. Dans ce cadre, il a été soutenu par des aides exceptionnelles : des compléments de dotations MIGAC et FIR à hauteur de 8 M€ pour la période et une dotation au titre du dispositif de soutien prévu à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 de 3,5 M€. Malgré ces aides exceptionnelles qui ont été ajoutées aux crédits non reconductibles dont l'établissement a bénéficié, le CHAC a dû faire face à un besoin de financement total de 1,1 M€ sur la période, prélevé sur son fonds de roulement déjà négatif pour l'ensemble de la période au 31 décembre de l'année. En cause, une CAF nette qui a été trop négative (- 8 M€ pour la période).

Conséquence de cette incapacité à investir pourtant nécessaire à la qualité de prise en charge des patients, le taux de vétusté est très élevé, de l'ordre de 87 % en 2018. Il a augmenté progressivement sur la période atteignant jusqu'à 89 % en 2022. Le taux de renouvellement des immobilisations a été seulement d'une moyenne de 1,1 % entre 2018 et 2022. Si les bâtiments de l'hôpital général sont plus récents, les autres bâtiments du site, certains historiques, se dégradent.

Le modèle d'hôpital psychiatrique de type asilaire, opérationnel en 1969 sur le site de Rozés avec une multitude de bâtiments est aujourd'hui synonyme de surcoûts et l'établissement n'a plus l'assise financière pour leur renouvellement. Le cas est identique pour les structures ambulatoires. Si un dommage majeur devait avoir lieu sur le site (chaudière, toiture notamment), l'établissement serait incapable d'y faire face.

En réponse à la chambre, l'ARS a précisé que le CHAC a trois projets d'investissement pour un montant total de 14,2 M€. Elle a ajouté que deux projets devraient être aidés financièrement pour 8,3 M€. Néanmoins, elle a relevé que les projets immobiliers « *se heurteront vraisemblablement aux travaux nécessaires de mise en sécurité des bâtiments de sécurité existants à porter par le CHAC pour 1,5 M€* ».

3.5. Des indicateurs bilanciels très dégradés

Le fonds de roulement d'investissement, qui mesure l'excédent des ressources stables sur l'actif immobilisé, a été positif pour l'ensemble de la période (14 M€ en 2022). En revanche, le fonds de roulement d'exploitation (FRE) qui mesure la différence entre les ressources stables liées à l'exploitation et les créances stables a été négatif pour l'ensemble de la période. Cette situation s'est dégradée notamment en raison des résultats annuels comptables négatifs (- 13 M€ sur la période). Ce fonds de roulement d'exploitation négatif a plus que doublé sur la période, passant de - 8 M€ en 2018 à - 18 M€ en 2022. Dans ce cadre, le fonds de roulement net global de l'établissement a été négatif pour l'ensemble de la période, d'une moyenne de - 3,1 M€. Il était de - 3,8 M€ en 2022, correspondant à un défaut de 18 jours de charges courantes.

[54] L'article D. 6145-70 du code de la santé publique subordonne en effet, le recours à l'emprunt à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé pour les établissements dont la situation financière répond à au moins deux des trois critères suivants : ratio d'indépendance financière excédant 50 % ; durée apparente de la dette excédant dix ans ; encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, supérieur à 30 %.

Les dettes d'exploitation ont été d'une moyenne de 3,4 M€ pour la période, en augmentation de 43 %, permettant à l'établissement de moins dégrader sa trésorerie. Il en a été de même pour le montant des autres dettes qui a augmenté sur la période de 23 % (5 M€), favorisant le BFR et donc la trésorerie. Le délai moyen de paiement de l'établissement était d'une moyenne de 55 jours en 2021 et s'est dégradé à 63 jours en 2022. Le CHAC ne remplit donc pas les conditions règlementaires de 50 jours[55] pour les établissements publics de santé ce qui a exposé l'établissement au versement d'intérêts moratoires. Pourtant, ces intérêts, dus de droit, n'ont été que de 216 € entre 2018 et 2022. De plus, le paiement par le comptable public n'est intervenu qu'en 5 jours en 2022 quand ce dernier en dispose de 15 pour les établissements publics de santé[56]. Le comptable public comble ainsi en partie l'allongement des délais de paiement de l'établissement. Sans cela, ce délai global de paiement aurait été encore plus long.

Il faut relever que la situation de l'établissement s'est encore détériorée depuis le contrôle précédent de la chambre, malgré le soutien de l'ARS et des aides exceptionnelles. Le précédent contrôle relevait un fonds de roulement positif et un BFR, certes faible, mais qui abondait la trésorerie. Désormais, le fonds de roulement est négatif, avec un BFR qui grève la trésorerie pour deux exercices sur cinq.

Pour la période, la trésorerie était d'une moyenne de - 2,4 M€ au 31 décembre. Si elle était déjà négative au précédent contrôle, d'une moyenne de - 1,6 M€ entre 2012 et 2016, elle s'est dégradée, malgré l'augmentation des crédits non reconductibles. Considérant ses difficultés financières, l'établissement est suivi par le dispositif interministériel de comité régional de veille active sur la situation de trésorerie (COREVAT) par les services de la direction régionale des finances publiques et de l'ARS. Ce dispositif complète celui du réseau d'alerte des établissements publics de santé.

Enfin, le poste des autres dettes a augmenté de 23 % entre 2018 (21 M€) et 26 M€ en 2022. Dans ce cadre, depuis des années, l'établissement n'est pas à jour de ses contributions et cotisations sociales. En décembre 2023, le montant de cette dette était de 6,2 M€ au titre des exercices 2018 à 2020 et de 3,3 M€ de pénalités dont 2 M€ provisionnés.

En résumé, l'établissement, qui ne dispose plus de fonds de roulement disponible pour financer son besoin en fonds de roulement, se crée artificiellement de la trésorerie depuis des années en ne réglant pas notamment ses cotisations et contributions sociales. Par ailleurs, l'allongement du délai global de paiement de ses fournisseurs diminue les tensions sur la trésorerie du CHAC qui mobilise toujours les lignes de trésorerie (2 M€ sur la période dont 1 M€ en 2022).

En réponse à la chambre, l'ARS a précisé avoir soutenu l'établissement par des aides en trésorerie sur la période. Elle a ajouté que 3,5 M€ sont alloués par dixième sur la période 2021-2029, « *le CHAC s'étant engagé à retrouver en 2030 une CAF nette positive et un taux de marge suffisant pour financer les investissements souhaités et nécessaires à son bon fonctionnement par le biais de mesures d'efficience à mettre en œuvre* ».

Toutefois, la chambre est réservée sur la capacité de l'établissement à atteindre cet objectif, sans entamer de profondes réformes sur les points relevés dans le présent rapport.

[55] Fixé à l'article R. 2192-11 1° du code de la commande publique

[56] Article 12 du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique et circulaire relative à l'application dans le secteur public local et hospitalier du décret précité.

tableau 2 : l'évolution de la trésorerie au 31 décembre de chaque exercice et sa composition

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Fonds de roulement net global	-2 776 085	-3 084 194	-3 582 241	-2 336 704	-3 797 802
-Besoin en fonds de roulement	1 284 106	-3 518 062	-898 337	1 375 401	-1 672 912
=Trésorerie nette	**-4 060 191**	**433 868**	**-2 683 904**	**-3 712 105**	**-2 124 890**
Trésorerie en nombre de jours de charges courantes	**-23**	**2**	**-15**	**-19**	**-10**

Source : CRC, d'après les comptes financiers

3.6. La nécessité de revoir le modèle

La stratégie financière du CHAC n'apparaît plus soutenable car la situation financière de l'établissement est critique. Le fait de maintenir une offre de soins large pour un bassin de vie de 30 056 habitants, empêche l'établissement de mener en liaison avec l'ARS une étude stratégique objective dans la perspective d'un nouveau « CHAC 2035 » avec une offre ajustée au profit de la population et de sa structure démographique. Si l'évolution de l'offre de soins n'est pas réalisée, en tirant toutes les conclusions de son activité principale qui est la psychiatrie, la ligne qu'il suit année après année pénalisera à terme mécaniquement son activité future notamment par la dégradation de son patrimoine.

3.6.1. Les mutualisations insuffisantes avec le GHT

Les GHT ont été créés par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé. Juridiquement, ils sont encadrés par les articles L. 6132-1 à L. 6132-7 et R. 6132-1 à R. 6132-24. Le CHAC fait partie du « *groupement hospitalier de territoire des Pyrénées-ariègeoises* », constitué par arrêté du 31 août 2016 (pour 10 ans). L'établissement support du GHT est le CHIVA fusionné avec celui de Lavelanet en 2018. Les petits centres hospitaliers de Tarascon-sur-Ariège et d'Ax-les-Thermes en sont également membres.

3.6.1.1. Un projet médical partagé qui reste à réaliser

Concernant les documents obligatoires, la convention constitutive a été adoptée le 29 juin 2016 pour les conditions d'organisation. Le projet médical partagé du GHT a également été adopté le 13 janvier 2022. Sa durée maximale est de cinq ans (article R. 6132-4 du code de la santé publique).

Ce document présentait des projets de mutualisation intéressants concernant la gynécologie-obstétrique avec une équipe commune de territoire et un dimensionnement de l'offre de psychiatrie sur le territoire. Ce projet mettait également en valeur les difficultés pour maintenir la chirurgie au CHAC à temps plein, nécessaire pour la maternité et notamment l'astreinte chirurgicale nocturne. Si ce projet portait de projets d'action dans de nombreuses spécialités, il n'a pas été présenté de document attestant de leur réalisation ni même de leur suivi. Dans ce cadre, la recommandation du précédent rapport de la chambre régionale des comptes qui encourageait à s'appuyer sur le GHT pour repenser l'offre de soins en chirurgie et en obstétrique n'a pas été mise en œuvre.

3.6.1.2. Des fonctions mutualisées obligatoires lacunaires

Les fonctions mutualisées obligatoires sont référencées au I de l'article L. 6132-3[57] du CSP. À la date de la convention constitutive, les fonctions qui étaient dévolues à l'établissement support comme fonctions mutualisées obligatoires étaient conformes à l'article L. 6132-3 en vigueur. La biologie était déjà territoriale autour d'un GCS existant. Une réflexion territoriale était à mener concernant la pharmacie, l'imagerie et le GHT poursuivait un projet pour la mutualisation de la fonction de mandataire judiciaire.

En 2023, les fonctions mutualisées du GHT correspondaient au système d'information hospitalière, au responsable sécurité du système d'information hospitalier, à la fonction achat, à la fonction de coordination de l'institut de formation, des plans de formation continue et de DPC, à la fonction de *bed manager*[58] et enfin à celle du secrétariat général du GHT.

À cette date, la fonction DIM n'était pas mutualisée pour le CHAC avec le GHT, ce dernier disposant de son propre DIM, recruté en 2019. Pourtant, le précédent rapport de la chambre régionale des comptes recommandait de renforcer le suivi de la qualité et de l'exhaustivité du codage dans le cadre du futur département d'information médicale (DIM) territorial de l'Ariège. Elle a été transmise bien avant le recrutement du médecin DIM actuel du CHAC, quand le CHIVA était en mesure de prendre en charge cette mission. Enfin, il a été relevé que si les éléments dédiés au GHT en 2016 pouvaient paraître en avance compte tenu du dossier informatique patient déjà constitué tout comme le GCS de biologie, la mise en place d'une équipe territoriale des systèmes d'information n'a été effective qu'en septembre 2023.

Néanmoins, il n'est fait aucun état des éléments législatifs en vigueur depuis le 1er janvier 2022 à savoir que l'établissement support assure pour le compte des établissements parties au groupement « la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels. Ces orientations, établies en cohérence avec la stratégie médicale du groupement, sont soumises au comité stratégique pour approbation. L'établissement support veille à leur respect par les établissements partis. »

Concernant les fonctions mutualisées optionnelles, (II de L. 6132-3), à l'exception de la mise à disposition de pédiatres par le CHIVA et de la biologie médicale, des équipes médicales communes n'ont pas été créées bien que le PMS du GHT en faisait mention.

De plus, bien que le projet du GHT prévoyait des collaborations fédératives menées pour les urgences générales et psychiatriques, il n'y a pas eu de rapprochements organiques (fusions d'équipes ou d'établissement, pôles inter-établissements, regroupements d'activités) et une absence de projets de structuration de l'offre de soins pour le territoire. De plus, le service des urgences de l'établissement dispose de 12 postes ouverts de praticiens hospitaliers quand 8,5 étaient pourvus pour assurer deux lignes de garde, soit 70 %. Cet état impacte également l'appui que peut fournir l'établissement au service des urgences du CHIVA dans le cadre de la fédération des urgences en place depuis 2015, les deux services n'ayant pas encore été mutualisés. En moyenne, le service des urgences de l'établissement, qui prend en charge une trentaine de patients sur 24 heures, a dû réguler son accès sur 28 plages de 12 heures en 2022 et 31 plages en 2023, chiffres au 15 décembre 2023.

[57] Le système d'information hospitalier (notamment le dossier patient), le département de l'information médicale (DIM) du territoire, la fonction achats, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, et des plans de formation continue et de développement personnel continu du personnel des établissements membres et enfin les orientations stratégiques communes en RH (gestion des compétences, recrutement, rémunération, temps de travail etc.).
[58] Optimisation de la disponibilité des lits.

Compte tenu des éléments précédemment exposés, le GHT n'apparaît pas assez intégré, quand la coordination CHAC-CHIVA prenait à son compte 92 % des financements du groupement (1,4 M€ au total en 2021).

3.6.2. La perspective d'une fusion des établissements CHAC-CHIVA à explorer

Le département de l'Ariège, d'une population de 152 340 habitants, majoritairement rurale, avec trois établissements hospitaliers dont deux de petite taille, associé à une difficulté de recrutement et à la raréfaction de la ressource médicale nationale pourrait prendre un tournant définitivement intégratif et organique pour une meilleure cohérence de l'action médicale.

La notion de fusion entre établissements a été mise en avant précédemment par des recommandations spécifiques à la fois :

- par la Cour des comptes dans son rapport portant sur les GHT[59] en 2020 qui appelait à encourager, à l'initiative de l'ARS, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique, à défaut des directions communes renforcées,
- par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son bilan d'étape des GHT en décembre 2019. Elle appelait les directeurs généraux d'ARS, sur la base d'un inventaire conjoint des fusions possibles par les ARS et les GHT de définir par région une liste des établissements concernés et un calendrier de mise en œuvre.

Ce rapport constatait également la lenteur des mouvements de recomposition institutionnelle que sont les fusions d'établissements et les directions communes, tout comme celle du scénario d'établissement territorial de santé, et par là-même la non résolution des problématiques de l'offre de soins.

Ce tournant stratégique pourrait être saisi en Ariège par une fusion des établissements. Le CHAC et le CHIVA sont concernés pour l'ensemble des fonctions d'un hôpital de premier recours, psychiatrie comprise. Le rapprochement des deux organigrammes permettrait de couvrir plus favorablement les fonctions incontournables à assurer au sein d'un établissement alors même que le recrutement est en tension pour tout le département. Distants de 47 km par voie routière et séparés par un col de faible altitude, cette liaison est n'est pas soumise aux difficultés de circulation des grandes villes.

En effet, le présent rapport a mis en valeur que le modèle du CHAC doit évoluer : la dispersion des activités, leur nature, les contraintes de permanences 24h/24, et la dispersion géographique démultiplient les difficultés qui deviennent insurmontables pour un établissement de la taille du CHAC.

Il a également été présenté l'importance de l'échelon départemental tant pour le CHAC que le CHIVA, également sous plan de redressement, avec des opportunités permettant :

[59] Le rapport de la Cour des comptes soulignait que les GHT n'ont pas eu d'impact significatif sur l'offre et la consommation de soins et que l'hypothèse selon laquelle les GHT seraient la cause d'un appauvrissement de l'offre de soins des plus petits établissements au profit des établissements support ne semble pas vérifiée, tant en termes de volume que d'éventail des prises en charge proposées ou de niveau de complexité de ces prises en charge.

- une coopération médicale départementale visant à mieux répartir l'offre de soins générale et psychiatrique au niveau du département dans son ensemble,
- des équipes plus étoffées autant administratives que médicales,
- une mutualisation notamment des services de pharmacie, blanchisserie, restauration.

Avec un établissement territorial unique, les projets qui n'ont pu aboutir au niveau du GHT seraient facilités, plus structurants au niveau du territoire et déclinant les objectifs d'efficacité de l'offre de soins publique par une mise en commun des fonctions et des activités et une continuité des soins plus robuste. Associé à sa gouvernance imbriquée au niveau départemental, c'est la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient.

Dans l'attente de cet objectif de moyen terme, la mise en place d'une direction commune entre le CHAC et le CHIVA permettrait de réunir les conditions de cette fusion. Cette démarche intégrative de fusion des établissements pourrait se faire accompagner par des experts de la conduite du changement. Ces dispositions devraient être également fédératives des petits établissements d'Ax-les-Thermes et de Tarascon-sur-Ariège, ce dernier étant déjà en direction commune avec le CHIVA.

L'ensemble permettrait d'aboutir à un centre hospitalier départemental unique à même de proposer une meilleure offre de soins au patient ariégeois.

Ainsi la chambre recommande d':

5. Engager un rapprochement avec le CHIVA sous des modalités à fixer (fusion, direction commune) afin de structurer une offre de soins plus adaptée aux besoins. *Non mise en œuvre.*

Concernant cette recommandation, ni l'établissement ni l'autorité de tutelle n'ont apporté à ce stade d'élément complémentaire.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière du CHAC s'avère critique sur la période contrôlée. Malgré sa petite taille et le soutien financier croissant de l'ARS (représentant plus de 15 M€ d'aides en quatre années, le déficit apparent était de plus de 20 M€ en 2022). De plus, en n'amortissant pas correctement ses biens et ne provisionnant pas conformément à la règlementation, les charges du CHAC sont sous-évaluées, ce qui conduit l'établissement à minorer, année après année, son déficit réel.

Au final, sans le soutien de l'ARS, les fonds excédentaires de la psychiatrie, le déficit cumulé aurait été de plus de 50 M€ en 2022, les comptes comportant en outre des inexactitudes qu'il convient de redresser.

Disposant d'un patrimoine vétuste, l'établissement n'a, en propre, plus aucun moyen de financer le renouvellement de ses immobilisations, ni de recourir à l'emprunt depuis plusieurs années. Ce défaut d'entretien du patrimoine a des incidences sur la qualité de la prise en charge du patient. Si le CHAC s'est engagé auprès de l'ARS à redresser la situation d'ici 2030, la chambre relève que cette perspective ne saurait être atteinte sans engager de profondes restructurations pour faire évoluer le modèle stratégique de l'établissement.

Dans ce cadre, la question de la fusion entre le CHAC et le CHIVA, afin de constituer un établissement hospitalier départemental unique pourrait constituer une piste à explorer. À terme, cet établissement hospitalier départemental, pourrait associer les petits établissements d'Ax-les-Thermes et de Tarascon-sur-Ariège déjà en direction commune avec le CHIVA. Cette organisation pourrait permettre d'aboutir à une offre de soins structurée pour le territoire dans son ensemble et plus adaptée aux besoins de la population afin de juguler la fuite des patients vers le département de la Haute-Garonne.

***

ANNEXES

annexe n°1 : glossaire sigles.....58

annexe n°2 : suivi des recommandations du précédent contrôle.....61

annexe n°3 : les caractéristiques du territoire de la zone d'attractivité de l'établissement.....63

annexe n°4 : rappels législatifs et réglementaires relatifs à l'activité des maternités 70

annexe n°5 : activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) 73

annexe n°6 : la fiabilité des comptes.....75

annexe n°7 : analyse financière.....81

annexe n°1 : glossaire sigles

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADESM	Association des Établissements participant au service public de Santé Mentale
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AIPD	Association Information Prévention Addiction de l'Ariège
AIT	Accident Ischémique Transitoire
AJ	Accueil de Jour
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Atelier Santé Ville
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
BAL	Boîte Aux Lettres (messagerie)
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAPPA	Coordination et Appui des parcours précoce en autisme
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDU	Commission des Usagers (en établissement de santé), ex CRUQPC
CES	Centre d'Examen de Santé (de l'Assurance Maladie)
CFPPA	Conférence des Financeurs de la Prévention de la perte d'Autonomie
CHVA	Centre Hospitalier du Val d'Ariège
CHAC	Centre Hospitalier Ariège Couserans
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CLIC	Centre Local d'information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPEA	Centre Médico Psychologique Enfant & Adolescent
CMPP	Centre Médico-Psychopédagogique
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPT	Communautés Psychiatriques de Territoire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRA	Centre Ressource Autisme
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
CTS	Conseil Territorial de Santé (instance locale de démocratie sanitaire)
DDARS	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DMP	Dossier Médical Partagé
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSPP	Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie
EHAD	Établissement d'Hospitalisation à Domicile

EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA	Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie
EMG	Équipes Mobiles de Gériatrie
EMGP	Équipes Mobiles de Géronto Psychiatrie
EMH	Équipes Mobiles d'Hygiène
EMIHP	Équipe mobile d'intervention du handicap psychique
EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
EN	Éducation Nationale
EPM	Établissement pour mineurs
EPS	Éducation pour la santé
ES	Établissements Sanitaires
ESA	Équipes Spécialisées Alzheimer
ESMS	Établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ESP	Équipe de Soins Primaires
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
H DJ	Hôpital de jour
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IDEC	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Coordonnateur(trice)
IDEE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Libéral
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MA	Maison d'arrêt
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MND	Maladies Neuro Dégénératives
MSP	Maison de Santé Pluri professionnelle
MT	Médecin Traitant
PA	Personne Âgée
PAAJIP	Pôle Agglomération Adolescence Jeunesse Information Prévention
PAEJ	Point Accueil et Écoute Jeunes
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEC	Prise en charge
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Servie Aide Médicale Urgente
SATED 09	Service d'accompagnement pour les personnes avec des troubles envahissants du développement
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS	Service Départemental d'incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Éducation et de Soins Spécialisés A Domicile
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SISM	Semaine Information Santé Mentale
SMUR	Servie Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPASAD	Service polyvalent d’aide et de soins à domicile
SPIP	Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SS R	Soins de Suite et de Réadaptation
SSR PAP	Soins de Suite et de Réadaptation pour Personnes Âgées Polypathologiques
SSRA	Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
UCC	Unité Cognitivo Comportementale
UCRM	Unité Cépière Robert Monnier
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

annexe n°2 : suivi des recommandations du précédent contrôle

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes a été publié en mars 2019 et portait sur les exercices 2012 et suivants. Six recommandations avaient été émises. L'établissement n'a pas été en mesure d'y apporter réponse, à l'exception de deux d'entre elles concernant les provisions et le respect de la durée du temps de travail.

En effet, concernant les trois premières recommandations, le GHT n'a pas permis de repenser l'offre de soins en chirurgie et en obstétrique, le département d'information médical territorial n'a pas été concrétisé, le CHAC disposant d'un médecin DIM, et l'indice de facturation apparait plus dégradé qu'en 2018 et 2019 :

1. S'appuyer sur le groupement hospitalier de territoire (GHT) pour repenser l'offre de soins en chirurgie et obstétrique. *Non mise en œuvre*.

2. Renforcer le suivi de la qualité et de l'exhaustivité du codage dans le cadre du futur département d'information médicale (DIM) territorial de l'Ariège. *Non mise en œuvre.*

3. Réorganiser le circuit de facturation de manière à respecter les délais cibles, sans dégrader la qualité. *Non mise en œuvre.*

Concernant la recommandation sur les provisions pour créances douteuses, si aucune méthodologie n'a été formalisée, l'établissement a précisé qu'en 20018, une provision de 372 k€ a été constatée pour les créances antérieures à 2016. Cette provision est reprise en fonction des admissions en non-valeur constatées chaque année. Pour les créances postérieures à 2016, chaque année, deux à trois réunions sont réalisées avec la trésorerie pour lister les créances et faire le point sur les relances et les risques de non recouvrement. En fin d'exercice, un fichier est transmis par la trésorerie pour analyser les créances qui font l'objet d'une provision. Il est également décidé des créances admises en non valeurs. Les provisions sont ainsi étudiées au cas par cas.

4. Établir une méthode d'évaluation des dépréciations des créances douteuses pour ajuster le montant des provisions inscrites au compte 491. *Mise en œuvre partielle.*

Concernant les deux recommandations portant sur les ressources humaines, aucun outil de pilotage n'a été mis en place, même en ce qui concerne la masse salariale. Concernant le respect de la durée légale du temps de travail, l'établissement a mis en place la note de service 83-2019 concernant le temps de travail au 1er janvier 2020. La durée annuelle de travail qui y est énoncée est de 1 575 heures pour les agents en poste fixe et de 1 547 heures pour les agents en repos variable.

La législation applicable, aux termes des dispositions du décret 2002-9 du 4 janvier 2002, modifié par le décret 2007-826 du 11 mai 2007, ne diffère pas du reste de la fonction publique pour les repos fixes, elle diffère pour les repos variables. Dans un établissement public hospitalier, la durée annuelle de travail effectif d'un agent en repos variable est fixée à 1 582 heures et demeure 1607 heures dans les autres cas (hors spécificités du travail de nuit 1 560 heures, servitude d'internat, personnel de direction). Ainsi, l'écart de temps de travail non effectué entre la législation et l'organisation interne du CHAC est de 32 heures par an de plus que les conditions de la note de service pour le temps fixe, et 35 heures pour le taux variable

En prenant le minimum d'écart entre les dispositions de la note et la législation soit 32 heures, rapporté au nombre d'agents du CHAC de 938,77 ETPT en 2022, cela équivaut à 30 016 heures de travail non effectuées soit l'équivalent de 18 ETP pour une durée de travail de 1 607 heures. Le coût moyen de travail étant de 65 948 € (charges de personnel nettes/ ETP) au CHAC, cela représente une enveloppe financière perdue de 1,2 M€.

Cette note de service sur le temps de travail devrait être revue, conformément aux dispositions législatives. Si cette note de service apparait officiellement favorable aux agents, il n'a pas été jugé du temps réellement travaillé qui peut être bien au-delà de la règlementation en raison des postes vacants dans l'établissement et des congés maladie.

5. Mettre en place les outils permettant d'assurer un meilleur pilotage des ressources humaines. *Non mise en œuvre.*

6. Respecter la durée légale du temps de travail. *Non mise en œuvre.*

annexe n°3 : les caractéristiques du territoire de la zone d'attractivité de l'établissement

Un département caractérisé par une population plus âgée que la moyenne régionale et nationale

En Ariège, l'indice de vieillissement (rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans) a atteint 118,2 en 2020, contre 95,1 en Occitanie et 79,3 en métropole. Celui du Couserans était encore plus élevé à 148,7, soit 125 % de l'indice départemental. Les personnes de plus de 60 ans y représentaient 33,9 % de la population, pour 29,3 % en Occitanie et 26,4 % en métropole. L'Ariège comptait 34 % de retraités pour 29,3 % en Occitanie et 27,2 % en métropole mais 36,3 % dans le Couserans. La population des 75 ans et plus était 12,8 % contre 10,9 % pour la région et 9,8% sur le territoire national.

Des indicateurs de précarité supérieurs aux moyennes régionales et nationales

En 2020, le taux de chômage départemental était de 10,7 % contre 10,2 % en Occitanie et de 9,5 % en métropole mais de 11,7 % pour le Couserans. Le taux de pauvreté était de 17,9 % contre 16,8 % en Occitanie et 14,4 % en métropole mais de 22,3 % pour le Couserans. La part des ménages non imposés était de 57 % quand celle de la région était de 53 % et de 50 % pour la métropole. Les allocataires du RSA représentaient 9,8 % de la population ariégeoise contre 8,2 % au niveau régional et 6,5 % au niveau national. Enfin, en 2018, la population comptait 10 % de personnes en situation de handicap et les familles mono parentales représentaient 28 % de la population, contre 26,3 % en Occitanie et 24 % en France métropolitaine. En 2019, l'Ariège comptait trois quartiers prioritaires de la politique de la Ville : Foix, Pamiers et Saint-Girons dont les deux premiers ont signé des contrats de Ville.

Un taux de mortalité plus élevé que celui du département et caractérisé par les pathologies de cancer, cardiovasculaires et psychiatriques

Le diagnostic établi dans le cadre du projet régional de santé 2018-2022 constatait que l'état de santé général de la population ariégeoise était proche des constats nationaux. Les taux de mortalité générale, prématurée ou évitable ne diffèrent pas significativement de ceux de la France métropolitaine contrairement à l'Occitanie qui connaît une sous-mortalité, à structure par âge comparable.

En revanche, le Couserans connaît en 2020 un taux de mortalité (15,2 %) supérieur à celui du département (12,1 %) et de la région (9,9 %). De même, en 2018, le taux de mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant 65 ans[60], est supérieur (368) à la moyenne départementale (330), régionale (302) et de la France métropolitaine (319).

En 2018, selon le projet médical de santé 2025 de l'établissement, les pathologies prévalentes en Ariège étaient les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies infectieuses et parasitaires et les suicides.

L'Ariège se caractérisait également par un taux de mortalité infantile pour 1 000 enfants nés vivants le plus élevé à 4,2 % contre 2,9 % en région Occitanie. Par ailleurs, le pourcentage de surcharge pondérale des élèves de 6ème (20 % dont 5 % en obésité) était significativement plus élevé que celui de l'académie de Toulouse (15 %). Enfin, le département et le Couserans en particulier ont eu des taux supérieurs aux moyennes régionale et métropolitaine pour le nombre d'IVG pratiqués, le nombre d'hospitalisés pour lésions traumatiques et les pathologies pour les pathologies psychiatriques et cardiovasculaires des 15-64 ans.

L'Ariège était le département où le nombre de personne d'au moins 75 ans se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé était le plus important de la région avec 32 % contre 22 %

[60] Taux de mortalité prématurée pour 100 000 habitants.

pour la région et 21 % pour la métropole. De même, 19 % des personnes âgées de 75 ans et plus se déclarent très dépendantes contre 14 % en Occitanie.
Une densité médicale qui connaît une baisse continue de ses effectifs et de l'ensemble des spécialités depuis 2010[61]

Bien que l'effectif des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ait globalement augmenté de 2010 à 2022 en France, l'Ariège a connu sur la même période une baisse régulière de - 9,4 % du nombre de ses médecins en activité totale. Entre 2021 et 2022, elle a été le département le plus touché des onze qui ont connu une variation négative de leur nombre (- 1,2 %) malgré nombre de primo-inscrits parmi les plus élevés (166,7 %) de métropole. Selon l'ARS Occitanie, le département était sous forte tension sur l'ensemble de ses communes, voire en zone d'intervention prioritaire (ZIP) pour 27 % d'entre elles, dont la ville-centre de Saint-Girons.

Le département recourt également à des médecins étrangers : le taux d'origine des diplômes obtenus en France par les primo-inscrits en Ariège (75 %)[62] était inférieur à la moyenne régionale (86,5 %) et nationale (84,3 %).

En 2018, la densité pour 100 000 habitants de médecins généralistes libéraux (162) était inférieure à celle de la région (220) et de la métropole (200). Il en était de même pour les spécialistes à 109 contre 181 pour la région et la métropole. En effet, par rapport à la moyenne nationale, l'offre libérale de spécialiste était déficitaire de 8 % pour les spécialités médicales, principalement l'anesthésie-réanimation (-32 %), la cardiologie (- 21 %), la gynécologie médicale (- 15 %), la rhumatologie (- 12 %), la pédiatrie et la gastroentérologie (- 11 %) et la dermatologie (- 10 %). Le déficit des spécialités chirurgicales (- 17%) portait essentiellement sur la gynécologie-obstétrique (- 41 %), l'ophtalmologie (- 24 %) et l'ORL (- 17 %). Le déficit des psychiatres était de - 20 %. Enfin, si la part des plus de 55 ans était dans la moyenne nationale pour les médecins généralistes, elle s'élevait à 66 % chez les spécialistes, faisant craindre la disparition rapide de la médecine de spécialité libérale dans le territoire. En 2021, 599 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre des médecins de l'Ariège répartis entre 227 généralistes, 135 spécialistes et 237 retraités.

En 2022, l'Ariège comptait 81 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 83,6 sur le territoire national. Par ailleurs, en 2019, l'Ariège faisait partie des départements où la part des patients qui ont effectué des consultations sans passer par un médecin traitant était la plus élevée (15 %), la moyenne nationale était de 10,2 %. Dans ce contexte contraint, l'établissement a publié, entre mars et août 2023, 11 postes de médecins, soit 19 % de l'effectif médical.
Une accessibilité aux médecins de moins de 62 ans dans le Couserans inférieure à la moyenne nationale comme pour les infirmiers et les sages-femmes libérales

Dans ce contexte, en 2021, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée[63] (APL) du département de l'Ariège aux médecins généralistes de moins de 65 ans était de 3,42 consultations par an et par habitant standardisé. Il était dans la moyenne des départements ruraux de la région Occitanie (source : Soins et territoires/ScanSanté). En 2021, pour le Couserans, ce taux était de 3,44 pour une moyenne nationale de 3,85 consultations par an et par habitant standardisé (source : Soins et territoires/ScanSanté).

En revanche, ce taux se réduit à 2,72 pour les médecins de moins de 62 ans et à 2,97 (3,03 pour la moyenne nationale) pour les médecins de moins de 65 ans, portant à terme un risque important de désertification médicale. De plus, selon les codes géographiques, l'APL aux médecins généralistes apparait volatile. Elle était de seulement 0,77 à Sainte-Croix-Volvestre au

[61] Source : atlas de la démographie médicale (Conseil national de l'ordre des médecins) et projet médico-soignant du GHT, p10.
[62] 12,5 % des diplômes sont obtenus dans la zone Union Européenne (UE) et 12,5 % sont obtenus extra UE.
[63] Cet indicateur, l'accessibilité potentielle localisée (APL), tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande.

nord du bassin quand elle était de 4,79 à Saint-Girons, désavantageant ainsi certaines communes rurales et les patients ne pouvant pas se déplacer.

Pour l'APL aux infirmiers et infirmières libérales, le taux moyen était de 100,81 ETP accessibles pour 10 000 habitants standardisés dans le Couserans quand la moyenne nationale était de 156. Le taux moyen du Couserans ne correspondait ainsi qu'à 64 % du taux moyen national. Le cas est identique pour les sages-femmes libérales. Le taux moyen de l'APL était 9,67 en 2021 pour 100 000 habitants standardisés dans le Couserans quand la moyenne nationale était de 19,56, soit plus du double. De plus, comme pour les médecins généralistes, l'APL aux infirmiers et aux sages-femmes n'était pas uniformément répartie sur la zone géographique et des disparités sont marquées, notamment au nord du Couserans. L'APL aux EHPAD est quant à lui également dans la moyenne régionale.

Enfin, ce département fait partie des deux départements de la région Occitanie dont la proportion de la population à plus de 30 minutes d'un service d'urgences, des structures mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) ou médecins correspondants SAMU (MCS) est la plus élevée. Elle était de 7,3 %, la moyenne étant de moins de 3 % (source : rapport de la Cour des comptes : ARS Occitanie).

L'absence d'unité de soins intensifs neurovasculaires (USINV) et d'unité neurologique vasculaire (UNV) en Ariège en 2023

L'accident vasculaire cérébral : une pathologie d'urgence médicale absolue, première cause de mortalité chez la femme

La fondation pour la recherche sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'ARS ont estimé le nombre de nouveaux cas d'AVC à environ 150 000, soit un AVC toutes les quatre minutes. C'est une atteinte fréquente, autant que l'infarctus du myocarde. Il est estimé qu'une personne sur cinq aura un AVC au cours de sa vie et qu'autant en décèdera dans le mois suivant.

L'AVC constitue la première cause de mortalité chez la femme, devant le cancer du sein. Elle est la troisième chez les hommes, après le cancer du poumon et les causes externes (accident, suicide). Il est la première cause de handicap acquis de l'adulte. En effet, parmi les patients qui survivent à un AVC, 60 % conservent des séquelles neurologiques plus ou moins importantes sous forme de déficit moteur, de troubles du langage, de troubles sensitifs ou visuels pour ne citer que les plus fréquents, et 33 % deviennent dépendants. 30 % des patients sont atteints de dépression après un AVC. Il a été estimé qu'un tiers des actifs ne seront pas en mesure de reprendre une activité professionnelle après un AVC.

L'AVC est aussi la deuxième cause de démence après Alzheimer. En effet, la survenue d'un AVC multiplie par deux le risque de développer des troubles cognitifs et une démence.

Les AVC cliniquement parlant ne représentent toutefois que la partie émergée de l'iceberg que constitue la pathologie vasculaire cérébrale. Elle est également caractérisée par la survenue d'AVC dits « silencieux » et par des lésions cérébrales progressives décelables par les techniques modernes de neuro-imagerie. Ils sont responsables de l'installation insidieuse de troubles de la marche, de chutes, de troubles de l'humeur, de crises d'épilepsie et surtout de déclin cognitif.

Un quart des personnes touchées ont moins de 65 ans dont 10 000 à 15 000 ont moins de 45 ans, la moitié ont entre 65 à 84 ans et le dernier quart touche des personnes à partir de 85 ans. Devant son importance pour la santé publique, un plan d'actions national AVC 2010-2014 avait

notamment été mené. Enfin, depuis 2003, a été instituée le 29 octobre la journée mondiale de lutte contre l'AVC.

Une population vieillissante et modeste à risque et un taux de létalité départemental à 30 jours parmi les plus importants

Le département de l'Ariège fait partie des quinze départements qui présentaient le taux d'accidents vasculaires cérébraux les plus importants avec 190,5 hospitalisations pour 100 000 habitants. De plus, en 2020, Santé publique France, par son bulletin épidémiologique, estimait que la létalité nationale à 30 jours s'élevait à 10,4%. L'Ariège faisait partie des départements les plus touchés (13,4 %) avec les Vosges (14,2 %), le Cher (13,8 %), la Nièvre (13,6 %), le Vaucluse (13,6 %), l'Indre-et-Loire (13,6 %), la Dordogne (13,5 %), les Alpes-Maritimes (13,4 %), la Creuse (13,4 %), et le Var (12,9 %). À titre d'exemple, ce taux était de 8,1 % à Paris.

De plus, la DREES, dans son étude de février 2022 a confirmé qu'entre 2014 et 2017, à âge et sexe donnés, la fréquence de survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) parmi les personnes du quartile de niveau de vie le plus modeste est 40 % plus élevée que parmi les personnes du quartile le plus aisé. Ces disparités sont encore plus marquées chez les 45-64 ans, puis s'estompent aux grands âges (plus de 85 ans).

Enfin, la conclusion de l'étude de Santé publique France en 2020 précisait qu'il existait des différences territoriales significatives de létalité à 30 jours. Une part était liée à la défaveur sociale de la zone de résidence du patient, un quart de la variabilité interdépartementale s'expliquait par des facteurs individuels et 17 % par des différences de prise en charge notamment l'admission ou non en USINV. Cette admission était liée à une répartition encore inhomogène des UNV/USINV sur le territoire métropolitain, ces unités faisant défaut dans le département de l'Ariège.

L'efficacité des traitements et l'importance des unités neurovasculaires et des unités de soins intensifs neurovasculaires

L'AVC est une urgence médicale absolue pour laquelle chaque minute compte. Un patient touché par un AVC perd un million de neurones par minute. Les traitements sont d'autant plus efficaces pour les AVC ischémiques qu'ils sont administrés le plus rapidement possible. Ils doivent être administrés au plus tard 4h30 (thrombolyse, depuis 2003, qui est une injection de médicament) ou 6 heures (thrombectomie, depuis 2016, qui nécessite un passage au bloc opératoire) après l'apparition des symptômes de l'AVC et permettent de détruire le thrombus à l'origine de l'AVC.

Ce délai inclut le transport, l'accueil en soins intensifs neurovasculaires ou unité neurovasculaire, l'acte d'IRM ou de scanner, et une éventuelle intervention en bloc opératoire. En ce qui concerne l'AVC hémorragique, seule la chirurgie permet de rétablir un écoulement sanguin normal. Un traitement anticoagulant peut ensuite être prescrit afin de fluidifier le sang et réduire les risques de récidives. Les unités neurovasculaires (UNV) de soins spécialisés permettent une prise en charge en urgence, et constituent le pilier de la prise en charge à la phase aiguë qui a démontré son efficacité. Par cette prise en charge, l'ARS a estimé une diminution de la mortalité de 20 % et une augmentation du nombre de patients ne gardant pas ou peu de séquelles de 20 %. En 2017, tous les indicateurs de qualité de prise en charge des AVC étaient meilleurs dans les établissements disposant d'une UNV, soulignant l'intérêt de l'inscription dans cette filière (HAS, 2017). En 2017, 14,2 % des patients présentant un AVC ischémique ont bénéficié d'une thrombolyse (contre 1 % en 2010) (HAS, 2017). Même si cette part a considérablement augmenté depuis 2010, elle reste encore limitée, le plus souvent du fait des délais de prise en charge. La thrombectomie était réalisée dans 4 % des cas (HAS, 2017). Si la thrombolyse améliore de 15 % le pronostic vital et fonctionnel des patients traités, la thrombectomie mécanique améliore quant à elle de 37% le pronostic vital et fonctionnel des patients traités.

L'accès à ces traitements apparait encore insuffisant pour les patients victimes d'AVC ischémique. Entre 2014 et 2017, la DREES avait analysé que la moitié des patients présentant un AVC ischémique (52,9 %) ont été pris en charge en UNV, l'autre moitié le plus souvent dans des services d'hospitalisation conventionnelle. Ce chiffre paraît encore insuffisant à la HAS puisque la quasi-totalité des patients présentant un AVC ischémique pourrait justifier d'une prise en charge. De plus, il a été constaté une moindre prise en charge en UNV pour les plus âgés et les plus modestes, deux éléments qui impactent également le département ariégeois en raison de ses caractéristiques de sa population vieillissante, l'âge étant un facteur de risque supplémentaire, et de population plus modeste.

Pour les personnes les plus modestes, le risque de séquelles est également apparu plus important. La disparité de prise en charge hospitalière semble expliquer en partie la différence de séquelles entre le quartile le plus aisé et le plus modeste. Globalement, un peu plus d'un patient victime d'AVC ischémique sur deux a été pris en charge en unité spécialisée. Et appartenir au quartile le plus modeste diminue de 10 % la chance d'être pris en charge en UNV. En revanche, le niveau de vie ne semble pas avoir d'influence sur l'accès aux soins de suite et de réadaptation des patients présentant des séquelles à la sortie de l'hospitalisation.

Ainsi, le département de l'Ariège est prédisposé par ses caractéristiques populationnelles et économiques à cette pathologie médicale et la rapidité de prise en charge demeure un facteur primordial afin de réduire le risque de séquelles et de mortalité.

L'organisation de la prise en charge de l'AVC en Ariège

Au schéma régional de santé Occitanie 2018-2022, le département de l'Ariège bénéficiait uniquement d'une unité de soins intensifs respiratoires au CHAC et ne bénéficiait d'aucun plateau technique spécialisé. Les urgences du CHIVA disposent uniquement de box permettant de réaliser des thrombolyses et dont le diagnostic neurologique peut être effectué en télé AVC.

Le CHIVA ne dispose pas à ce jour d'unité neurovasculaire bien qu'il soit l'hôpital pivot du groupement hospitalier de territoire GHT.

Une perte de chance caractérisée pour le patient en Ariège victime d'un AVC mais qui a été prise en compte dans le nouveau schéma régional de santé

Dans ses recommandations de bonnes pratiques concernant l'accident vasculaire cérébral, prise en charge précoce, la HAS précisait que tout patient ayant un AVC doit être proposé à une UNV. Dans son rapport 22-11 publié en 2022, l'Académie de médecine soulignait également que les dysfonctionnements de la prise en charge de cette pathologie étaient responsables de 5 000 décès ou dépendances évitables par an, notamment le déficit en nombre de lits de soins intensifs de neurologie vasculaire avec des inégalités territoriales, et que l'UNV était la mesure qui apporte le bénéfice le plus important à l'échelon de la population.

De plus, l'enquête des sociétés européennes et des associations de patients à laquelle ont participé 44 pays européens a montré que la France se classait bien en deçà de la moyenne européenne pour la prise en charge de l'AVC.

L'inégalité territoriale pour le département de l'Ariège semble avoir été prise en compte par l'ARS aux schémas régional et territorial de santé 2023-2028. Ce dernier précisait comme projet structurant « l'orientation et la prise en charge en unités neurovasculaires des AVC/AIT ». Il porte l'objectif d'une unité neurovasculaire et de soins intensifs de neurologie vasculaire pour les soins critiques dans le département de l'Ariège.

Cet objectif pourrait se heurter à une démographie médicale et paramédicale fragile notamment la spécialité de neurologue et d'infirmiers mettant déjà en péril le maillage régional des UNV. Ce constat pourrait être également rapproché de la petite taille du GHT du département de l'Ariège, associée à la difficulté d'attractivité du personnel médical et non médical dans ce département. Ce projet devra être piloté de près pour aboutir à sa réussite.

Un département sans unité de soins intensifs de cardiologie (USIC), perte de chance pour le patient, mais qui constitue un des objectifs du schéma régional de santé 2023-2028

En Ariège, les deux EPCI situés à l'ouest du département présentaient des surmortalités significatives comparées à celle de la France hexagonale, à structure par âge comparable : la CC Arize Lèze et la CC Couserans-Pyrénées (source : portrait de territoire 2022, ARS et CREAI ORS).

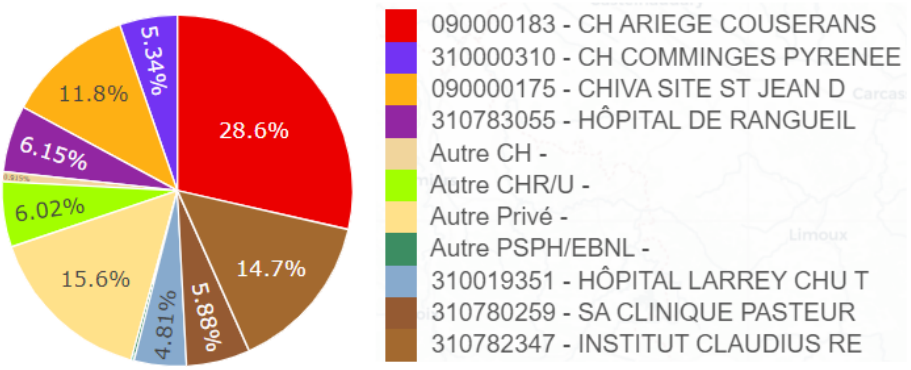
Concernant les maladies cardiovasculaires, elles causaient en moyenne chaque année plus de 480 décès en Ariège, soit 26 % du total des décès. Le département (taux comparatif de mortalité (TCM) de 238) présentait une mortalité significativement plus élevée que celle de la France hexagonale (TCM de 227), à structure par âge comparable, contrairement à la région (TCM de 224) où l'on observer une sous-mortalité significative par maladies cardiovasculaires. La CC Couserans Pyrénées (TCM de 276) et la CC Arize-Lèze (TCM de 276) étaient les plus particulièrement touchées.

Le tableau de bord de la santé 2016 relevait que pour la région Occitanie, les mortalités par cardiopathie ischémique (taux standardisés sur la population nationale et pour 100 000 habitants) étaient les plus importantes et significativement plus élevées en Ariège et dans les Pyrénées-Orientales que celles observée en métropole. De plus, le schéma régional de santé 2018-2022 présentait un nombre de cardiologues en Ariège pour 100 000 habitants le plus faible de la région avec le Gers (2,6), les autres départements étant a minima au double de ce rapport.

Tous les départements occitans disposent d'une ou plusieurs unités de réanimation, adossées à une unité de surveillance continue. En revanche, le maillage reste à ce jour incomplet concernant les soins intensifs de cardiologie (Ariège, Gers, Lot, Lozère) qui prennent notamment en compte les infarctus du myocarde. Pourtant, aucun territoire ne devrait se trouver à plus d'une heure de l'USIC la plus proche, considérant la perte de chance pour le patient. En 2023, l'Académie de médecine, dans son rapport 23-20 sur la prise en charge des urgences coronaires soulignait que presque l'entièreté du département de l'Ariège était à plus d'une heure de route d'un centre de soins avec USIC.

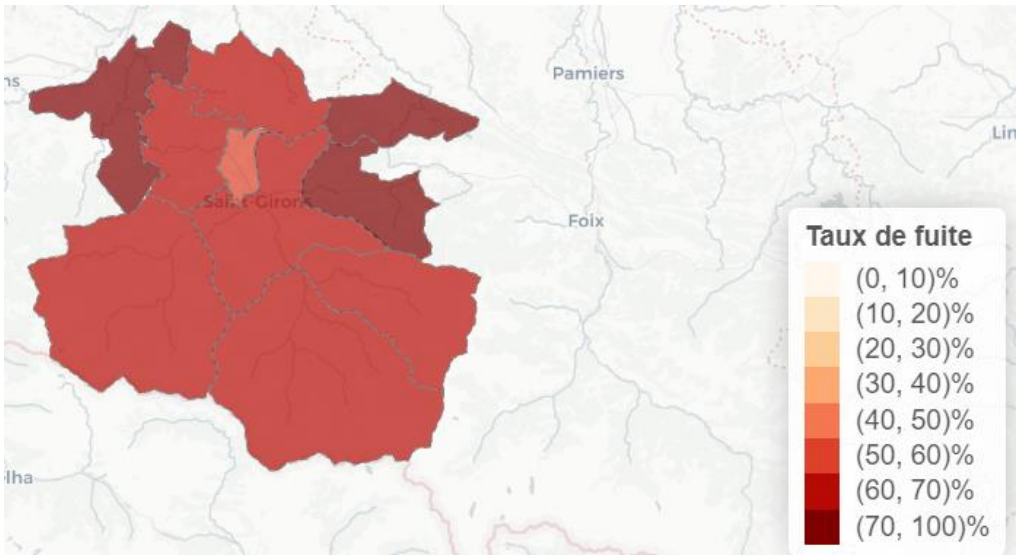
Ainsi, considérant les éléments énoncés ci-dessus, l'absence d'unité de soins intensifs de cardiologie en Ariège constitue une perte de chance pour le patient. Néanmoins, cette dernière a été prise en compte dans les schémas régional et territorial de santé 2023-2028. Cependant, comme pour la prise en charge de l'AVC, ce projet risque d'être mis à mal par la raréfaction médicale et paramédicale et devra, lui aussi, être piloté de près pour sa réussite.

graphique 3 : synthèse de la part d'activité du CHAC sur sa zone d'attractivité en 2022



Source : repères et territoires

carte 2 : taux de fuite des patients de la zone d'attractivité du CHAC en 2022



Source : repères et territoires

annexe n°4 : rappels législatifs et réglementaires relatifs à l'activité des maternités

Les maternités de moins de 300 accouchements annuels peuvent bénéficier d'autorisation dérogatoire à condition qu'elles répondent aux conditions techniques de fonctionnement telles qu'énoncées à la législation

La législation concernant les maternités s'appuie sur :

- le décret n° 98-899 du 09 octobre 1998 relatif d'une part aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie ou la réanimation néonatale,
- le décret n° 98-900 du même jour relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

Ils s'inscrivaient dans un plan d'ensemble visant à améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à assurer des soins de qualité aux nouveau-nés.

Par sa circulaire DH/EO3 n° 98-681 du 18 novembre 1998 relative à l'application des décrets du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale, les services de l'État attiraient l'attention des directeurs des agences régionales de l'époque sur la règle relative au seuil des 300 accouchements. Ce seuil était considéré comme un objectif correspondant aux conditions de fonctionnement qui étaient apparues, lors des travaux préparatoires avec la communauté scientifique, comme permettant d'assurer une prise en charge satisfaisante.

Ce seuil a été établi sur le principe selon lequel une activité trop faible ne permet pas aux équipes la pratique nécessaire à la sécurité des soins pour faire face à un incident au cours de l'accouchement.

Toutefois, lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population, des autorisations dérogatoires pour des établissements à activité plus modeste sont possible conformément à l'article R. 712-88 du code de la santé publique. Cependant, ces établissements doivent répondre aux conditions techniques de fonctionnement énoncées dans le décret n° 98-900, notamment en ce qui concerne la qualification et la présence des personnels médicaux et paramédicaux.

Les décrets précités ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil.

Trois types de maternités pour le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né

Trois types de maternités sont ainsi définis dont les spécificités sont énoncées à l'article R.712-86 du code de la santé publique.

Un établissement est dit de « type 1 » s'il dispose d'un service d'obstétrique. Dans ce cadre, l'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. L'unité participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

Un établissement est dit de « type 2 » s'il a un service de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique. L'unité de néonatologie assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au II de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatologie. Si l'unité de néonatologie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement apte à délivrer les soins appropriés. Un établissement est de type 2a pour la prise en charge des troubles d'intensité moyenne, et de 2b s'il offre l'accès aux soins intensifs néonatals.

Un établissement est dit de type 3 » s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de néonatologie et d'un service de réanimation néonatale. L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au III de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité doit être associée à un secteur de soins intensifs de néonatologie sur le même site.
Des modalités spécifiques de prise en charge de l'éloignement géographique des patientes dont le financement est pris en charge par l'Assurance Maladie pour l'hébergement et les frais de transport

Dans un contexte d'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer issues de territoires isolés, des travaux spécifiques ont été engagés par le Ministère de la santé et de la prévention dès 2019. Il s'agissait de compenser les désavantages qui peuvent être associés à ces situations d'éloignement géographique et de permettre un hébergement en proximité de la maternité la plus proche en amont du terme prévu de l'accouchement, ainsi que la prise en charge des frais de transport pour les trajets des derniers mois vers la maternité.

Dans ce cadre, plusieurs dispositifs législatifs se complètent. Ils reposent sur le décret d'application du 25 août 2021 et l'arrêté du 25 août 2021 prévoyant l'extension à l'ensemble des établissements de santé de tous statuts de la possibilité de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour patients, en amont ou en aval de leur hospitalisation ou d'une séance de soins. Les conditions sont un éloignement du domicile par rapport à l'établissement de santé, l'inadaptation entre le logement ou l'environnement du fait de l'état de santé de la patiente et l'isolement géographique et social de la patiente.

Un axe maternité a été spécifiquement établi par le décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants. L'arrêté du 29 avril 2022 fixe les conditions d'accès à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants prévus par le décret n° 2022-555 du 14 avril 2022. Enfin, l'instruction n° DGOS/R3/2022/134 du 9 mai 2022 (page 52 à 73 du Bulletin Officiel de Santé du 31/05/2022) est relative à la mise en œuvre d'un hébergement non médicalisé en proximité des maternités et à la prise en charge des transports correspondants, au bénéfice des femmes issues de territoires isolés.

Dans ce cadre, les femmes enceintes qui habitent à plus de 45 minutes d'une maternité[64]peuvent bénéficier de la prise en charge d'un hébergement temporaire à proximité de la maternité à l'approche du terme de l'accouchement ainsi que la prise en charge des transports correspondants. L'objectif de cette aide est de sécuriser et de faciliter l'accompagnement des femmes enceintes. Il s'agit du dispositif « engagement maternité ».

[64] Correspondant à l'état de santé de la femme enceinte qui est recommandée par l'équipe soignante.

Grâce à cette aide, il est possible de séjourner pendant les 5 nuits précédant la date prévue de l'accouchement dans un hébergement à proximité de la maternité (hôpital, autre établissement de santé, hôtel etc.). En cas de nécessité, cette aide peut être prolongée jusqu'à l'accouchement par le médecin de la maternité qui suit la patiente. Pour une grossesse à risque (pathologique), ce lieu d'hébergement pourra être proposé à la patiente par le médecin qui la suit à la maternité à n'importe quel moment de la grossesse pour une ou plusieurs nuits, dans la limite de 21 nuits au total. L'Assurance Maladie prend en charge l'hébergement non médicalisé à hauteur de 80 € par nuit.

La femme enceinte peut bénéficier d'une prise en charge des frais de transport à 100 %, que sa grossesse soit pathologique ou non. Il peut s'agir du transport pour se rendre aux examens médicaux obligatoires réalisés au cours des 8ème et 9ème mois de grossesse ou pour se rendre sur le lieu d'hébergement temporaire. Pour les grossesses pathologiques, le nombre de trajets pris en charge est limité à 23 allers et retours entre le domicile et le lieu de l'hébergement temporaire non médicalisé pour la date d'accouchement prévue et les examens obligatoires.

Si la femme enceinte choisit une maternité différente de celle recommandée par son gynécologue ou la CPAM, la prise en charge est plafonnée au montant correspondant au trajet jusqu'à la maternité la plus proche indiquée par le gynécologue ou la CPAM.

Enfin, l'Assurance Maladie peut prendre en charge les frais de transports à d'autres moments de la grossesse, si l'état de santé de la femme enceinte le nécessite et sous conditions.

annexe n°5 : activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

tableau 3 : indicateurs relatifs à l'activité en obstétrique

	Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne	Évolution 2018-2022	Catégorie 2022 2ème décile	Catégorie 2022 8ème décile
Obstétrique	Part d'activité en obstétrique sur la zone d'attractivité	71,3	77,3	82,7	72,5	74,8	75,7	5%		
	Nombre d'accouchements	170	179	202	178	160	177,8	-6%		
	IP DMS obstétrique (hors ambulatoire)	0,927	0,953	0,863	0,911	0,897	0,9	-3%	0,9	1,0
	Nombre de RSA (Résumé de sortie anonymisée) d'obstétrique hospitalisation complète : durée égale ou supérieur à un jour	191	214	227	187	174	198,6	-9%		
	Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire) durée inférieure à un jour : date de sortie = date d'entrée	26	129	146	175	160	127,2	515%		
	Taux d'occupation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	47,5	53,4	48,4	43,2	41,2	46,7	-13%	41,3	74,1
	Taux de césarienne	12,94	18,99	16,34	16,29	22,5	17,4	74%	16,4	22,6
	Taux de péridurale (accouchement par voie basse)	67,57	64,14	65,68	70,47	66,13	66,8	-2%	65,2	82,4
	Nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien et sage-femme	16	18	NC	18	15	16,8	-6%	2,0	38,0
	Compte de résultat analytique (CREA) activité obstétrique		-209 161,92	-336 604,99	-318 279,83	-334 836,11	-299 721	-59%		

Source : Hospidiag

tableau 4 : l'évolution des maternités dont le nombre d'accouchements était inférieur au seuil de 300 en 2013

Maternité	Nbre accouchements en 2013	Situation actuelle	Évolution si la maternité a été fermée	Nombre d'accouchements en 2022	Maternité de prise en charge la plus proche	Niveau de la maternité prenant le déport des patients si fermeture ou en cas de fermeture	Temps supplémentaire pour rejoindre la maternité si déport	Variation en % du nombre d'accouchements entre 2013 et 2022
CH Ussel	249	En activité	/	139	Tulle	2a	48 minutes	-44%
CH Ariège Couserans	219	En activité	/	160	Saint-Jean-de-Verges	2b	46 minutes	-27%
CH Saint-Affrique	249	En activité	/	188	Millau	1	35 minutes	-24%
CH Bourg-Saint-Maurice	237	En activité	/	191	Albertville-Moûtiers	2a	47 minutes	-19%
CHU Brest Hôpital de Carhaix-Plouguer	252	En activité	/	223	Morlaix	2a	50 minutes	-12%
Clinique Porto-Vecchio	240	En activité	Transformation en CPP à l'étude	230	Ajaccio	2a	2 heures 41 minutes	-4%
Clinique Saint-Louis Ganges	249	Fermée depuis décembre 2023 par défaut de médecins. Réouverture dans la nouvelle clinique prévue en 2026.		301	Montpellier	3	54 minutes	21%
CH Saint Palais	231	En activité		362	Bayonne	3	51 minutes	57%
CH Die	137	Fermée au 31 décembre 2017	Transformée en centre périnatal de proximité	/	Montelimar	2a	1 heure 12 minutes	
CH Lourdes	234	Fermée au 1er octobre 2015		/	Tarbes	2b	31 minutes	
CH Privas	238	Fermée au 1er août 2019		/	Aubenas	2a	37 minutes	
CH Apt	291	Fermée au 31 décembre 2016		/	Cavaillon	1	37 minutes	
CH Decazeville	296	Fermée en juillet 2017		/	Rodez	2b	45 minutes	

Source : CRC

annexe n°6 : la fiabilité des comptes

Un travail de fiabilisation du suivi des immobilisations qui n'a pas été mené

Un travail de fiabilisation de l'inventaire et de l'état de l'actif qui vient de reprendre en lien avec le comptable

Au 31 décembre 2022, le montant total des immobilisations à l'actif du comptable public était de 91,90 M€ (54,20 M€ en valeur nette), dont 83,6 M€ d'immobilisations corporelles et incorporelles. Il a été relevé des discordances pour 2,6 M€ en faveur de l'inventaire de l'établissement pour la valeur totale d'acquisition. Cet écart était de 23,5 M€ pour la valeur nette. Les différences concernaient 94 % des comptes pour les valeurs d'acquisition et 82 % pour les valeurs nettes.

Il a été relevé que 36 % des fiches immobilisation[65] dans l'état de l'actif étaient clôturées alors qu'elles présentaient des soldes. Par ailleurs, dans l'inventaire, le nombre de fiches d'immobilisation corporelles dont le montant était à zéro représentait 52 % et 40 % concernait des fiches antérieures à 2010.

Cette situation traduit une absence de mise à jour régulière de l'inventaire par identification des biens à réformer car devenus obsolètes.

De plus, les décisions transmises par l'établissement ne précisaient pas le mode d'amortissement et l'amortissement par composant ne semble pas être utilisé. Pourtant, lorsque les éléments composant une même immobilisation ont des durées d'utilisation significativement différentes, l'intérêt de l'établissement serait d'amortir selon des durées adaptées à chacun de ces éléments. L'établissement devrait y prêter attention.

Au final, les différences cumulées relevées au précédent contrôle de la chambre, de 110 k€, ont fortement progressé de 2 310 %.

La fiabilisation de l'inventaire en partenariat avec le comptable n'a pas été menée et devrait désormais être réalisée d'un commun accord en 2024. Pour ce faire, la chambre invite l'établissement à désigner un référent pour ce travail conjoint avec le comptable.

[65] 1296 fiches clôturées indument sur 3591 fiches à l'actif.

tableau 5 : inventaire des immobilisations corporelles et incorporelles et état de l'actif au 31 décembre 2022

Actif 2022				Inventaire CHAC 2022			Différence Valeurs brute Actif et Inventaire	Différence VNC actif et Inventaire
Situation au31/12/2022	Valeur brute	Amortissement	VNC	Valeur brute	Amortissement	VNC		
Immobilisations incorporelles	1 170 333	1 021 799	148 534	1 261 572	1 104 344	157 228	-91 239	-8 694
Immobilisations corporelles	82 526 806	36 675 459	45 851 347	85 086 466	62 826 313	22 260 154	-2 559 660	23 591 193
Dont terrains	1 523 643	31 410	1 492 233	162 175	0	162 175	1 361 468	1 330 058
Dont constructions et agencements	56 557 539	35 087 698	21 469 841	62 516 559	41 677 274	20 839 286	-5 959 020	630 555
Dont installations techniques, matériel et outillages	15 705 056	575 932	15 129 124	14 081 836	12 987 080	1 094 757	1 623 220	14 034 368
Dont autres immobilisations corporelles	8 740 568	980 419	7 760 149	8 325 134	8 161 959	163 174	415 434	7 596 974

Source : état de l'actif du comptable et l'inventaire du CHAC

tableau 6 : nombre fiches d'immobilisation corporelles et incorporelles à l'état de l'actif en anomalies

État des fiches d'actif	Nombre
Fiches en attentes d'information	5
Fiches complétées	2 295
Fiches clôturées alors que qu'elles n'étaient pas soldées	1 296
Total fiches à l'actif	3 591
Taux de fiches clôturées indument	36%

Source : état de l'actif du comptable

Des acomptes sur constructions en cours anciens qui ne sont toujours pas transférés et amortis

Le compte 23823 « Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles » retrace la valeur des immobilisations non terminées, ni mises en service, à la fin de chaque exercice. Il doit être apuré par transfert aux comptes 21 dès la mise en service des biens. Ce transfert permet en outre de calculer leurs amortissements et ainsi de retracer leur obsolescence et d'anticiper sur le financement de leur renouvellement.

Au 31 décembre 2022, le compte 23823 « Acomptes sur constructions en cours sur sol propre » présentait un solde débiteur de 3,4 M€. Il a été relevé que 72 % (34) des 47 écritures en stock relevaient d'exercices antérieurs à 2019. En montant, elles représentaient 88 % (3 M€) du total dont 2,3 M€ au seul titre de l'exercice 2009 au titre des travaux de l'EHPAD les Tilleuls.

L'ancienneté des écritures révèle un défaut de suivi. Cette situation ne permet pas de donner une image fidèle du bilan et de fait, aboutit à minorer les dotations aux amortissements afférents et au final à majorer indûment le résultat.

Compte tenu des durées et des taux d'amortissement retenus par l'établissement[66], les dotations aux amortissements seraient minorées *a minima* de 620 k€ et au maximum de 1,5 M€ pour les opérations entre 2018 et 2022. Enfin, la situation de ce compte s'est dégradée de 315 % depuis le précédent contrôle qui avait déjà relevé ce défaut d'apurement régulier. La chambre invite à nouveau l'établissement à régulariser ces opérations anciennes et à organiser le suivi régulier des immobilisations en cours afin que ces dernières puissent être intégrées dans les comptes d'immobilisations définitives (21) dès leur de mise en service.

[66]Conformes aux préconisations de l'instruction comptable M21.

tableau 7 : dotation aux amortissements afférentes aux comptes sur constructions en cours

Années	Montant compte 23823	Application du taux d'amortissement au 31/12/2022			
		Bâtiments taux 4%	*Montant cumulé*	Agencements et installations taux 10%	*Montant cumulé*
2018	3 736 855	149 474	*149 474*	373 685	*373 685*
2019	4 426 806	177 072	*326 546*	442 681	*816 366*
2020	3 671 887	146 875	*473 422*	367 189	*1 183 555*
2021	3 671 887	146 875	*620 297*	367 189	*1 550 743*
sous total		*620 297*	*315 %*	*1 550 743*	*315 %*
2022	3 426 958	137 078	*757 376*	342 696	*1 893 439*

Source : compte financier

tableau 8 : pourcentage des fiches d'immobilisations en cours antérieures à 2022

% en nombre et en montant des fiches antérieures à 2022	Nombre	Montant
Fiches antérieures à 2022	34	3 028 356
Total Fiches	47	3 426 958
% de de fiches antérieures à 2022	72%	88%

Source : Compte financier

Des rattachements des charges et des produits à l'exercice à améliorer en particulier sur les produits

Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent afin de dégager un résultat sincère. Sur la période, le taux moyen de rattachement des charges à l'exercice effectué par l'établissement (13 %) était supérieur au taux cible de 5 %, avec un taux particulièrement élevé en 2020 (17 %). Le rattachement des charges de personnel représentait en moyenne 3 % des charges de personnel et en baisse de 29 % entre 2018 (1,8 M€) et 2022 (1,5 M€).

Concernant le rattachement des produits à recevoir, ils représentaient en moyenne 1 % des produits d'exploitation entre 2018 (68 M€) et 2022 (70 M€). Il est néanmoins constaté une baisse significative et régulière de leur montant, à hauteur de 75 % entre 2018 (1,7 M€) et 2022 (444 k€). Il a été relevé que l'établissement n'a pas rattaché les séjours portant sur deux exercices, à l'exception des patients en service de soins intensifs respiratoires, contrairement aux prescriptions de la nomenclature comptable et budgétaire M21. Elle prévoit en effet que les séjours « à cheval » sur deux exercices, qui ont débuté avant le 31 décembre N et se sont achevés après le 1er janvier N+1, doivent être valorisés pour la fraction propre à l'exercice N.

Enfin, le taux de report de charges sur exercices antérieurs, effectué uniquement en 2022 pour la période, n'appelle pas d'observations (6728 : charges sur exercices antérieurs - autres charges).

tableau 9 : taux de rattachement des charges au titre des factures non parvenues des fournisseurs à l'exercice

Rattachements à l'exercice	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne
Fournisseurs, factures non parvenues	1 613 679	2 227 991	1 547 268	1 373 400	1 651 933	1 682 854
Charges d'exploitation (cpte 60 à 62)	12 779 269	12 884 793	12 704 474	13 472 978	13 621 837	13 092 670
Taux de rattachement en %	13%	17%	12%	10%	12%	13%

Source : ANAFI d'après le compte financier

tableau 10 : rattachement des charges de personnel à l'exercice

Rattachements à l'exercice des charges de personnel	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne annuelle
64	43 402 422	44 407 161	45 393 266	47 993 639	50 513 060	46 341 910
Rattachement paie	1 888 409	1 866 359	1 338 112	1 267 103	1 565 380	1 585 072
Taux de rattachements	4%	4%	3%	3%	3%	3%

Source : ANAFI d'après le compte financier

tableau 11 : rattachement des produits à recevoir à l'exercice

Produits à recevoir	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne annuelle
Produits à recevoir (418, 4287, 4687)	1 792 637	1 649 789	612 268	483 475	444 496	996 533
Total produits d'exploitation	68 500 921	83 521 882	62 288 114	66 450 673	70 011 072	70 154 532
Taux de rattachement	3%	2%	1%	1%	1%	1%

Source : ANAFI d'après le compte financier

tableau 12 : taux de rattachement des charges sur exercices antérieurs

Rattachement des charges sur exercices antérieurs	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne annuelle
Total charges d'exploitation	63 777 603	64 875 372	65 805 148	69 517 471	72 785 271	67 352 173
Remboursement des CRPA (7087)	1 399 544	1 418 833	1 313 792	1 217 785	1 221 158	1 314 222
Total charges d'exploitation retraitées des remboursements des CRPA	62 378 059	63 456 539	64 491 356	68 299 685	71 564 113	66 037 950
Taux de charges sur exercices antérieurs	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%

Source : ANAFI d'après le compte financier

Une méthodologie du suivi des provisions à élaborer

Des provisions règlementées dont l'utilisation n'a pu être justifiée par les arrêtés d'attribution ou un suivi précis par dotation de l'ARS

Conformément à la nomenclature M21, l'objet des provisions réglementées est l'attribution par l'ARS d'une « allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées ». Ainsi, l'établissement doit s'assurer que ces crédits ne sont pas utilisés à d'autres fins. La reprise de ces provisions au compte de résultat permet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou des charges financières liées aux biens financés.

Au 31 décembre 2022, le solde des provisions règlementées était de 749 k€. Les provisions réglementées prises entre 2018 et 2022 étaient de 106 k€ et ne représentait que 14 % des provisions en solde, traduisant leur ancienneté. Dans son précédent rapport, la chambre préconisait d'améliorer le suivi de ces provisions. Pourtant, bien qu'ayant mis en place un tableau de suivi de ces dernières, le surcoût d'exploitation financé par l'ARS n'est pas systématiquement indiqué par nature de provision tout comme leur rythme de reprise. L'établissement n'a d'ailleurs pas pu produire les arrêtés de l'ARS qui permettent un véritable suivi individualisé. Au final, il n'est toujours pas possible de contrôler l'utilisation de ces dotations au seul surcoût d'exploitation des biens auxquels elles étaient destinées ni le rythme de leur reprise.

Un faible niveau de constatation de provisions pour litiges pour un établissement de cette taille

Ces provisions sont constituées en cas de risques de paiement de dommages-intérêts, d'indemnités ou de frais de procès. Conformément à la nomenclature M21, elles doivent être constituées dès l'apparition du risque en cas de charge probable. L'établissement n'a pas mis en place de procédure relative à l'organisation de la gestion des risques afin de suivre les provisions à prendre. Pour la période, il a communiqué l'existence d'un seul contentieux avec un agent pour

lequel une provision de 38 608 € a été constituée en 2022. Une procédure pourrait néanmoins être mise en place afin de sécuriser la détection des potentiels risque et permettre au service des finances d'inscrire les provisions idoines et suivre leur ajustement et reprises.

Les autres provisions pour risques qui n'ont pas été ajustées malgré le caractère prévisible de l'augmentation des risques

En 2019, l'établissement a pris des provisions d'un montant de 2 M€ au titre des pénalités à devoir pour les cotisations URSSAF non payées entre 2018 à 2020, d'un montant de 6,2 M€. Bien que ces cotisations ne soient toujours pas payées, l'établissement n'a pas réévalué les provisions prises depuis 2020 alors que le non-paiement des pénalités génère des majorations de retard complémentaires[67] par mois de retard. Le montant de ces dernières était de 1,297 M€ au 31 décembre 2022.

L'inscription de ces provisions complémentaires ainsi que celles dues au titre de 2023 devrait être réalisée par l'établissement, dans l'attente du règlement de cette dette à l'URSSAF.

tableau 13 : montant provisions complémentaires à prendre pour les pénalités et majorations de retard au titre de la dette URSSAF

Etats des débits des majorations de retard des URSSAF au 31/12/2022	
Majoration provisionnées	2 072 289
Majoration à provisionner au 31/12/2022	1 297 994
Total majorations au 31/12/2022	3 370 284

Source : établissement

Les provisions pour comptes épargne-temps (CET) du personnel qui ne sont plus constatées depuis 2020 pour les CET du personnel médical

La nomenclature comptable M21 prévoit deux comptes pour retracer ces provisions, l'un pour les CET des personnels médicaux et l'autres pour ceux des personnels non médicaux. La liquidation des provisions doit être documentée afin de respecter le principe d'image fidèle.

Le solde des provisions pour le personnel non médical était de 1,7 M€ au 31 décembre 2022. Alors que le nombre de jours des comptes épargne-temps progressait de 48 % entre 2018 (4889) et 2021 (7244), le solde des provisions a progressé de 223 % entre 2018 (499 k€) et 2021 (1,6 M€). L'établissement a pu justifier les provisions constatées au titre de l'exercice 2022 mais pas les années antérieures.

Au 31 décembre 2021, le solde des provisions pour le personnel médical était de 664 k€ pour 979 jours. Ce solde était inchangé au 31 décembre 2022. Il a progressé de 45 % entre 2018 (457 k€) et 2022 provenait principalement de provisions prises en 2019 (258 k€), par ailleurs sans pièces justificatives. Pourtant, le nombre de jours déposés sur les comptes épargne-temps s'est réduit de 21 % entre 2018 (1233) et 2021 (979), ce qui est en contradiction avec l'augmentation des provisions.

Par ailleurs, le turnover du personnel médical a fortement progressé (+ 268 %) entre 2018 (153 %) et 2021 (563 %), traduisant un nombre important de départs, pouvant générer des indemnisations des jours de CET.

[67] L'article R243-16 du Code de la Sécurité Sociale précise « I.-Il est appliqué une majoration de retard de 5 % du montant des cotisations et contributions recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et L. 752-4 qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité. II.-A cette majoration s'ajoute une majoration complémentaire de 0,2 % du montant des cotisations et contributions dues, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date d'exigibilité des cotisations et contributions. ».

Pourtant, l'établissement a quasiment cessé de provisionner depuis 2020 en raison de l'arrêt de la mise à jour des données des CET du personnel médical depuis 2020.

Au final, le solde de 664 k€ au 31 décembre 2022 ne peut être justifié. Cette gestion des comptes épargne temps devrait être fiabilisée pour régulariser ces provisions et améliorer la sincérité du résultat comptable.

Des provisions pour gros entretien (PGE) sans plan pluriannuel d'entretien

La règlementation prévoit que des dépenses prévisibles, dont la nature et l'importance ne sauraient être supportées sur un seul exercice, justifie leur étalement dans le temps. Les provisions pour gros entretien sont destinées à couvrir des charges d'exploitation très importantes dont le but est de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans toutefois prolonger leur durée de vie. Ainsi, elles doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien (PPE) d'une durée de cinq années, sauf si l'établissement a décidé d'intégrer les gros entretiens en composant dans l'immobilisation, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le montant des provisions correspond à celui des travaux identifiés dans le PPE par immeubles ou groupe d'immeubles.

Pourtant, l'établissement ne dispose pas PPE, bien que des provisions antérieures à 2018 soient toujours en solde mais de très faible montant (139 k€) en comptabilité au 31 décembre 2022. Considérant la ressource immobilière de l'établissement, un PPE devrait être formalisé et des provisions inscrites.

Les provisions pour dépréciations de comptes de tiers

L'établissement n'a formalisé aucune méthodologie pour les constituer. En 2018, il a cependant enregistré une provision de 372 k€ pour les créances antérieures à 2016. Des admissions en non-valeur sont désormais constatées tous les ans depuis 2018 et la provision est reprise chaque année depuis 2020. Sur la base d'un partenariat resserré entre le comptable et l'établissement, il a été relevé que le montant des comptes de redevables en contentieux a connu une baisse significative de 81 % entre 2018 (280 k€) et 2022 (53 k€) suite aux inscriptions en non-valeur.

tableau 14 : évolution des restes à recouvrer en contentieux, des non-valeurs et des reprises de provisions

Restes à recouvrer en contentieux	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Redevables contentieux	280 455	232 543	97 204	52 729	53 147	-81%
Non-valeur	97 925	13 834	105 621	97 635	46 179	-53%
Reprises de provisions	0	0	95 549	90 748	45 704	#DIV/0!

Source : ANAFI d'après le compte financier

annexe n°7 : analyse financière

tableau 15 : les résultats d'exploitation de l'établissement

En €	2018	2019	2020	2021	2022	*Var. annuelle moyenne*	*Total sur la période*
Résultat d'exploitation budget principal H	-1 481 513	-6 153 027	-1 765 935	-1 477 326	-1 998 592	7,8%	-12 876 394
Résultat d'exploitation budget B USLD	24 589	63 620	67 062	-13 118	-31 435	-41,8%	110 717
Résultat d'exploitation budget E EHPAD	-144 935	-228 805	-342 705	-22 602	-586 156	134,9%	-1 325 202
Résultat d'exploitation budget P article L.312-1 CSP	5 229	6 457	121 313	166 915	159 220	NC	459 133
Résultat d'exploitation agrégé	*-1 596 630*	*-6 311 756*	*-1 920 266*	*-1 346 131*	*-2 456 963*	*NC*	*-13 631 746*
Résultat d'exploitation consolidé (avec neutralisation d'opérations entre comptes de résultat)	*-531 762*	*-5 054 538*	*-588 337*	*2 141*	*-1 191 024*	*22,3%*	*-7 363 519*

Source : ANAFI, d'après le compte financier

tableau 16 : les comptes de résultat analytique par pôle

Résultat en € par pôle	2018	2019	2020	2021	2022
Pôle hospitalisation générale	-3 515 931	-5 208 674	NC	-3 350 193	-3 700 287
Pôle gériatrie et réadaptation	-2 101 165	-2 053 657		-2 270 631	-2 410 588
Pôle psychiatrie générale	3 240 010	2 429 871		3 023 395	2 746 478
Pôle psychiatrie enfants et adolescents	78 251	-569 375		-107 999	-198 982

Source : CRC d'après les CREA transmis par le CHAC

tableau 17 : les comptes de résultat analytique par unité fonctionnelle

	Résultat en €	2018	2019	2020	2021	2022	*Total sur la période*
Hospitalisation générale	Chirurgie hospitalisation complète	84 926	-426 615	NC	-67 228	-172 130	-581 048
	Médecine hospitalisation complète	306 411	-193 554		493 357	356 351	962 565
	Surveillance médicale continue/Soins intensifs respiratoires	-597 666	-1 007 188		-169 357	-959 661	-2 733 872
	Chirurgie et médecine ambulatoire	-465 929	-623 255		-488 499	-423 172	-2 000 856
	Gynécologie/obstétrique	-209 162	-336 605		-318 280	-334 836	-1 198 883
	Consultations et soins externes	-1 926 250	-1 725 191		-1 576 219	-1 951 553	-7 179 213
	Total résultat hospitalisation générale	**-2 807 671**	**-4 312 408**		**-2 126 226**	**-3 485 002**	**-12 731 307**
Pôle urgence (Permanence santé, SMUR, urgences, UHCD)		**-704 466**	**-1 038 510**		**-1 129 349**	**-202 297**	**-3 074 623**
EHPAD	MRS	-581 004	-615 199		-819 190	-932 343	**-2 947 736**
	Résidence Saint-André	-128 642	-142 382		-16 602	-333 785	**-621 412**
	Total EHPAD	**-709 646**	**-757 581**		**-835 792**	**-1 266 128**	**-3 569 148**
USLD		Ouverture novembre 2018	**-86 508**		**-224 377**	**-182 587**	**-493 472**
Maison d'accueil spécialisée (MAS)		**6 869**	**-222 417**		**-215 496**	**-156 312**	**-587 356**
Court séjour gériatrique		**292 334**	**354 269**		**73 289**	**-287 717**	**432 175**

Source : CRC d'après les CREA transmis par le CHAC

tableau 18 : les produits du budget principal H

En €	2018	2019	2020	2021	2022	*Var. annuelle moyenne*
Produits financés directement à l'activité	18 676 673	18 955 299	18 700 655	20 822 764	20 787 925	*2,7%*
Produits de l'activité financés par dotations et participations	36 308 277	34 048 609	36 597 601	39 746 977	42 422 348	*4,0%*
dont dotation annuelle de financement PSY	*22 774 895*	*22 804 309*	*23 260 758*	*25 157 694*	*25 891 876*	*3,3%*
dont dotation annuelle de financement SSR	*5 717 528*	*5 698 602*	*5 787 688*	*6 493 357*	*7 036 624*	*5,3%*
Produits annexes à l'activité	3 951 241	4 065 883	4 035 359	3 715 738	3 983 303	*0,2%*
Autres produits de gestion	1 414 539	1 183 471	1 482 833	1 232 007	1 154 935	*-4,9%*
Produits financiers et exceptionnels	1 926 691	1 812 003	2 530 271	1 959 862	1 972 242	*0,6%*
Total des produits de fonctionnement	**62 277 421**	**60 065 265**	**63 346 719**	**67 477 347**	**70 320 754**	***3,1%***
Part des produits financés directement à l'activité	30%	32%	30%	31%	30%	*-0,4%*
Part des produits de l'activité financés par dotations et participations	58%	57%	58%	59%	60%	*0,9%*
Part des produits annexes à l'activité	6%	7%	6%	6%	6%	*-2,8%*
Part des autres produits de gestion	2%	2%	2%	2%	2%	*-7,8%*
Part des produits financiers et exceptionnels	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	*-0,3%*

Source : ANAFI, d'après le compte financier

tableau 19 : détails des charges de l'établissement

En €	2018	2019	2020	2021	2022	*Var. annuelle moyenne*
Total des charges de fonctionnement	**63 758 934**	**66 218 293**	**65 112 654**	**68 954 673**	**72 319 346**	***3,2%***
Total des charges de personnel net	46 853 834	47 896 334	48 896 534	52 335 436	55 446 743	*4,3%*
Total des charges de personnel brut	47 442 833	48 470 807	49 454 242	52 764 269	55 863 477	*4,2%*
dont total des charges de personnel non médical	*37 235 158*	*37 672 131*	*38 706 035*	*40 852 371*	*42 701 984*	*3,5%*
dont total des charge de personnel médical	*9 086 307*	*9 668 696*	*9 695 893*	*10 512 453*	*11 527 717*	*6,1%*
dont charges de personnel externe	*873 187*	*962 136*	*918 439*	*1 253 317*	*1 482 228*	*14,1%*
Total des charges à caractère médical	5 496 495	5 299 581	5 231 183	5 399 310	5 382 568	*-5,2%*
Total des charges à caractère hôtelier et général	6 792 766	7 082 924	6 697 019	7 542 782	7 902 682	*3,9%*
Total des autres charges	4 026 840	5 364 980	3 730 211	3 248 311	3 170 619	*-5,8%*

Source : ANAFI, d'après le compte financier

tableau 20 : détail de la répartition des charges de l'établissement par nature

En €	2018	2019	2020	2021	2022	*Var. annuelle moyenne*
Charges de personnel	74%	73%	76%	77%	77%	*0,9%*
Charges à caractère médical	9%	8%	8%	8%	7%	*-3,6%*
Charges à caractère hôtelier et général	11%	11%	10%	11%	11%	*0,6%*
Charges financières	1%	1%	1%	1%	1%	*-11,0%*
Charges exceptionnelles	1%	0%	1%	1%	0%	*-18,9%*
Dotations aux amortissements et provisions	5%	7%	4%	4%	4%	*-6,8%*

Source : ANAFI, d'après le compte financier

tableau 21 : les ratios réglementaires de la dette

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Ratio d'indépendance financière (en %)	65,81%	56,51%	64,36%	56,16%	55,61%
Capacité de désendettement (en années)	20,5	-9,8	73,4	26,7	-50,5
Encours de dette sur produits d'activité (en %)	33,47%	32,17%	27,81%	23,59%	20,43%

Source : ANAFI, d'après le compte financier

tableau 22 : le financement des investissements

En €	2018	2019	2020	2021	2022
CAF nette (a)	**-580 633**	**-3 459 460**	**-1 332 520**	**-990 102**	**-1 783 509**
+ Apports en capital	704 973	3 000 000	1 501 200	5 505 449	750 000
+ Subventions d'équipement reçues	1 052 273	1 688 089	179 577	163 411	57 151
+ Produits de cession	15 750	10 100	1 150	13 650	5 980
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	1 772 997	4 698 189	1 681 927	5 682 510	813 131
= Financement propre disponible (a+b)	**1 192 364**	**1 238 729**	**349 407**	**4 692 408**	**-970 379**
Financements dispo / Dépenses d'investissement (y c. tvx en régie) en %	96	78	41	725	-114
- Dépenses d'investissement réelles (y c. tvx en régie)	1 240 818	1 593 054	847 731	646 889	847 947
Dont immobilisations incorporelles	76 083	113 917	59 307	82 018	124 734
Dont terrains, constructions et agencements	128 942	16 652	375 145	144 014	209 069
Dont autres immobilisations corporelles	**492 103**	**671 703**	**287 958**	**420 857**	**454 064**
Dont immobilisations en cours	**543 690**	**790 782**	**125 321**	**0**	**60 079**
- Intégration PPP, dons, subventions et prises de participation en nature, reçus ou donnés	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
- Prises de participations nettes	0	0	0	0	0
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	0	0	0	2 805 359	-343 621
- Charges à répartir	0	0	0	0	0
+/- Variation autres dettes (dettes PPP)	0	0	0	0	0
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	**-48 454**	**-354 324**	**-498 323**	**1 240 160**	**-1 474 704**
+ Nouveaux emprunts de l'année	30 061	34 419	3 979	14 155	47 252
Dont emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	0	0	0
Dont autres obligations et dettes financières	0	0	0	0	0
Dont autres dettes et cautionnements	30 061	34 419	3 979	14 155	47 252
Dont remboursements temporaires d'emprunts (par ponction de la trésorerie active)	0	0	0	0	0
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	**-18 393**	**-319 906**	**-494 344**	**1 254 315**	**-1 427 452**

Source : ANAFI, d'après le compte financier

Réponses aux observations définitives
en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 4 juillet 2024 de Monsieur Olivier PONTIES, directeur du centre hospitalier Ariège Couserans

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».

Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie
sont disponibles sur le site :
https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie

Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie@crtc.ccomptes.fr
@crcoccitanie