



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE
SANTÉ MENTALE
DE VILLE-EVRARD

(Seine-Saint-Denis)

Exercices 2018 et suivants

Observations délibérées le 30 novembre 2023

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS DE RÉGULARITÉ ET DE PERFORMANCE	7
PROCÉDURE	8
OBSERVATIONS	9
1 L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ, AU CŒUR DES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE EN SEINE-SAINT-DENIS	9
1.1 L'histoire de l'EPSVE s'inscrit dans l'évolution de la prise en charge de la psychiatrie en France.....	9
1.2 Une organisation hospitalière répartie sur plusieurs sites, complétée par deux écoles de formation et une maison d'accueil spécialisée	9
1.2.1 Sept sites d'hospitalisation	9
1.2.2 Une soixantaine de sites de prise en charge	10
1.2.3 Une activité en diminution, mais un nombre de patients relativement stable	10
1.2.4 Les écoles de formation au sein l'EPSVE, un des leviers de la politique d'attractivité	12
1.2.5 Une maison d'accueil spécialisée : « Le Mas de l'Isle ».....	12
1.3 Un établissement au rôle clé sur son territoire.....	13
1.4 Le projet d'établissement et sa déclinaison opérationnelle.....	13
1.4.1 Les grands axes du projet d'établissement	13
1.4.2 Des contrats de pôles à formaliser.....	14
1.5 Les instances de l'établissement	14
1.5.1 Le conseil de surveillance	15
1.5.2 Le directoire.....	15
1.5.3 Le comité social d'établissement.....	15
1.5.4 La commission des usagers	16
1.6 Les réponses aux dysfonctionnements en matière de droits des usagers.....	17
1.6.1 La satisfaction des usagers	17
1.6.2 Une commission des usagers associée à la politique de sécurité et de qualité des soins	18
1.6.3 Une diminution des réclamations, mais des délais de réponse encore longs	18
1.6.4 La certification de l'établissement.....	19
2 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES CONFRONTÉE À UN DÉFICIT D'ATTRACTIVITÉ	20
2.1 L'évolution des effectifs et de la masse salariale.....	20
2.1.1 Une croissance de la masse salariale en dépit d'une légère diminution des effectifs ..	20
2.1.2 L'évolution des effectifs	21
2.2 Les incidences d'un défaut d'attractivité	23
2.2.1 Un taux de rotation en forte augmentation	23
2.2.2 Un absentéisme en diminution mais demeurant au-dessus de la moyenne	24
2.2.3 Des dépenses de personnel intérimaire en forte hausse.....	24

2.2.4	Le recours aux contractuels	25
2.3	La gestion du temps de travail	26
2.3.1	L'organisation du temps de travail en 12 heures.....	26
2.3.2	Les heures supplémentaires des personnels non médicaux	26
2.3.3	Le temps travail additionnel du personnel médical.....	27
2.4	La politique d'attractivité et la fidélisation du personnel	28
2.4.1	Les freins au recrutement pérenne du personnel soignant et médical	28
2.4.2	Les mesures de fidélisation du personnel.....	29
2.5	L'absence d'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels	29
3.2	La gestion du patrimoine, le suivi des stocks et autres écritures	31
3.3	Les provisions	31
3.4	Des délais de paiement satisfaisants	32
4	UNE SITUATION FINANCIÈRE EXCÉDENTAIRE, UNE TRÉSORERIE MOMENTANÉMENT ABONDANTE MAIS PLACÉE	32
4.1	Une exploitation en excédent sur toute la période	33
4.1.1	Les produits	33
4.1.2	Les charges	34
4.1.3	Du résultat à la capacité d'autofinancement.....	35
4.2	Le financement des investissements	36
4.3	L'analyse bilancielle	37
4.3.1	Un fonds de roulement dont la forte progression repose pour l'essentiel sur l'accroissement de l'endettement	37
4.3.2	Un besoin en fonds de roulement en forte contraction.....	38
4.3.3	Une trésorerie momentanément surabondante... ..	38
4.4	...ayant vocation à être mobilisée pour le financement d'opérations foncières de grande ampleur	39
4.5	L'incidence incertaine de la réforme du financement de la psychiatrie	40
4.6	Un plan global de financement pluriannuel des investissements reposant sur des hypothèses volontaristes	40
5	LA GESTION OPÉRATIONNELLE DE LA CRISE SANITAIRE PAR L'EPSVE	42
5.1	Les enjeux de la crise sanitaire	42
5.2	La gouvernance institutionnelle face à la crise	42
5.2.1	Le cadre juridique de la gestion de crise	42
5.2.2	Le plan blanc de l'établissement	43
5.2.3	La gestion institutionnelle de la crise	43
5.3	Une nécessaire adaptation de l'établissement : entre continuité des soins et sécurité des patients et du personnel.....	44
5.3.1	La réorganisation des flux et la création de zones tampons	44
5.3.2	Le maintien des soins en ambulatoire grâce à des protocoles sanitaires très stricts.....	44
5.4	Une hausse de l'absentéisme et un besoin en renforts humains	45

5.5	La mise en place de nouveaux modes de travail et dispositifs spécifiques	46
5.5.1	L'information du personnel	46
5.5.2	Les dispositifs exceptionnels et temporaires	46
5.6	L'aménagement des droits des usagers pendant l'état d'urgence sanitaire	47
5.6.1	Le droit à un procès équitable : l'accès au juge et à un avocat a été maintenu mais ses conditions dégradées sur quelques mois en 2020	47
5.6.2	La préservation de la liberté d'aller et venir	47
ANNEXE	49

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Île-de-France a contrôlé les comptes et la gestion de l'établissement public de santé mentale de Ville-Évrard (EPSVE), situé dans le département de la Seine-Saint-Denis, pour les exercices 2018 et suivants.

L'EPSVE, un établissement psychiatrique majeur en Île-de-France

L'EPSVE est un établissement psychiatrique majeur en Île-de-France couvrant 80 % des besoins de la Seine-Saint-Denis.

Il est organisé en 16 pôles cliniques, avec 833 lits et places et 90 structures de soins installées dans 23 communes. Il dispose par ailleurs de deux écoles de formation, l'une en soins infirmiers et l'autre pour les cadres de santé.

La période récente est marquée par un développement des prises en charge ambulatoires, avec une réduction du nombre de lits d'hospitalisation de 2 000 dans les années 1970, à 414 aujourd'hui, en avance sur les orientations récemment décidées par le gouvernement. Cette progression de l'ambulatoire n'a toutefois pas permis de compenser la diminution de l'hospitalisation complète.

Les instances de l'EPSVE se réunissent à échéances régulières et fonctionnent de façon satisfaisante. Par ailleurs, bien que bénéficiant d'une dérogation qui lui permet de n'être membre d'aucun groupement hospitalier de territoire, l'EPSVE participe activement à l'organisation des soins psychiatriques dans le territoire et s'implique dans les appels à projets de l'agence régionale de santé (ARS).

La haute autorité de santé (HAS) a révélé des dysfonctionnements en matière de droits des patients qui ont conduit, dans un premier temps, à un sursis à statuer sur la décision de certification, avant que l'établissement ne fasse valoir les diligences menées pour répondre aux problèmes soulevés, aboutissant à sa certification, avec obligation d'amélioration concernant le parcours patient et recommandation sur les droits des patients et la prise en charge médicamenteuse.

Un manque d'attractivité pour les personnels soignants, qui s'explique par des facteurs externes et internes

L'évolution des effectifs de l'EPSVE se caractérise par un relatif maintien s'agissant des personnels non médicaux et par une diminution marquée (- 9,3 %) s'agissant du personnel médical. L'évolution des effectifs soignants est néanmoins hétérogène, la diminution du personnel infirmier étant compensée par la hausse des aides-soignants.

Ces évolutions reflètent les difficultés de recrutement auxquelles est confronté l'EPSVE qui s'expliquent à la fois par un facteur national (la faible attractivité du secteur de la santé mentale) et des facteurs locaux : une faible attractivité départementale conjuguée à une crise du logement.

Cela se traduit par un recours accru aux personnels contractuels, un taux de rotation en forte hausse, un nombre élevé de postes vacants (dont, selon les années, 40 à 50 postes médicaux et 75 à 80 postes d'infirmiers), un recours exponentiel aux heures supplémentaires accru par la crise sanitaire.

L'EPSVE a déployé en réponse un important plan d'attractivité et de fidélisation (pour un montant de 1 821 545 € en 2022), mais n'a pas encore établi de bilan permettant d'attester de l'efficacité de ces mesures.

Une situation financière excédentaire, une trésorerie momentanément abondante, mais placée

L'EPSVE affiche un excédent sur l'ensemble de la période sous revue, l'importante progression des charges ayant été compensée par la forte dynamique des produits.

Bien que fragilisée sur la période, la capacité d'autofinancement demeure au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie.

En dépit d'une politique d'investissement volontariste (l'EPSVE investit chaque année l'équivalent de 5 % à 10 % de son actif immobilisé brut), son besoin de financement est demeuré limité (13,5 M€).

L'EPSVE a néanmoins contracté pour 56 M€ de nouveaux emprunts, abondant ainsi son fonds de roulement de plus de 42,5 M€. Il justifie cette sur-couverture du besoin de financement par ses programmes d'investissement futurs et les faibles taux d'intérêt sur la période.

La forte progression du fonds de roulement conjuguée à une contraction du besoin en fonds de roulement a engendré le triplement du niveau de trésorerie depuis 2018, laquelle représente, fin 2022, 95 jours de charges courantes, soit un niveau deux fois supérieur à la médiane des établissements comparables.

Cette trésorerie momentanément surabondante a vocation à être mobilisée dès 2024 pour le financement des opérations foncières de grande ampleur à venir. Dans l'attente, elle fait l'objet d'un placement sur un compte à terme dont les produits se sont élevés à 0,3 M€ en 2023.

Suite à la réforme du financement de la psychiatrie, l'EPSVE ne dispose d'aucune visibilité sur ses recettes et, partant, sur sa trajectoire d'exploitation future. Le plan global de financement pluriannuel, qui a vocation à financer 191 M€ d'investissements d'ici 2030, repose sur des hypothèses de construction peu soutenables pour l'établissement.

Une action volontariste pour faire face à la vague psychiatrique durant la crise sanitaire

À l'issue du premier confinement, l'EPSVE a été confronté à une forte augmentation des demandes de prise en charge, qui n'avaient pas pu être anticipées. Dans ce contexte, l'EPSVE a su adapter son organisation et redéployer le personnel pour répondre aux besoins les plus pressants.

À l'issue de son contrôle des comptes et de la gestion, la chambre formule trois recommandations dont deux recommandations de régularité et une recommandation visant à améliorer la performance de la gestion.

L'EPSVE a indiqué, en réponse à la chambre qu'il « s'efforcera de mettre en œuvre ces recommandations dans les meilleurs délais ».

« Les observations et recommandations formulées par la chambre régionale des comptes Île-de-France auprès des ordonnateurs des organismes contrôlés font l'objet d'une procédure contradictoire qui leur permet de faire connaître leur analyse et de présenter leurs observations.

Dès lors, la divulgation, par quelque personne que ce soit, des présentes observations provisoires, qui conservent un caractère confidentiel jusqu'à l'achèvement de la procédure contradictoire, en application de l'article L. 241-4 du code des juridictions financières (CJF), serait préjudiciable au bon déroulement de la procédure et à la bonne information des citoyens par la chambre régionale des comptes. »

RECOMMANDATIONS DE RÉGULARITÉ ET DE PERFORMANCE

La chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section.

Les recommandations de régularité :

Recommandation régularité 1 : Signer des contrats de pôle dans une logique de mutualisation entre services conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. 14

Recommandation régularité 2 : Mettre à jour annuellement le document unique d'évaluation des risques professionnels conformément à l'article R. 4121-2 du code du travail. 30

Les recommandations de performance :

Recommandation performance 1 : Présenter aux instances une analyse de l'adéquation des moyens à l'activité telle que mentionnée dans les bilans sociaux. .. 21

PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes Île-de-France a procédé au contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement public de santé Ville-Évrard.

L'ouverture du contrôle a été notifiée à Mme Sophie Albert, ordonnatrice alors en fonctions, par lettre en date du 3 mai 2022.

Les entretiens préalables à la fin de contrôle ont été menés avec Mme Cécilia Boisserie le 4 juillet 2023 et le 10 juillet 2023 avec Mme Sophie Albert.

La chambre délibérant en sa septième section le 18 juillet 2023 a arrêté les observations provisoires ; lesquelles ont été notifiées le 18 septembre à l'ordonnatrice et à ses prédécesseurs.

Après avoir pris en compte les réponses qui lui ont été adressées, la chambre régionale des comptes, délibérant en sa septième section le 30 novembre 2023, a arrêté les observations définitives ci-après.

OBSERVATIONS

1 L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ, AU CŒUR DES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE EN SEINE-SAINT-DENIS

1.1 L'histoire de l'EPSVE s'inscrit dans l'évolution de la prise en charge de la psychiatrie en France

L'« asile » de Ville-Évrard est né dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Son organisation pavillonnaire a été conçue selon le principe d'un double cloisonnement (par sexe et pathologie) et une logique d'enfermement.

À partir de la Libération, la psychiatrie évolue pour devenir curative. En 1948, un centre de traitement et de réadaptation sociale est créé et financé par la caisse régionale de sécurité sociale de la région parisienne. Cette structure fonctionne sur la base de six pavillons désormais « ouverts ».

La mise en œuvre de la loi sur la sectorisation a conduit, dans les années 70, à constituer 17 équipes de secteur ; chaque secteur disposant de lieux dédiés. Cela s'est traduit par une réduction des capacités d'hospitalisation à temps plein : de 2 000 à 414 lits entre 1970 et aujourd'hui. Dans le même temps une soixantaine de sites a été créée dans les communes du département pour offrir une prise en charge hors de l'hôpital.

Un programme de développement hors du site de Neuilly-sur-Marne a été engagé avec, dans un premier temps, l'ouverture de structures de soins alternatifs à l'hospitalisation, puis la construction de trois sites d'hospitalisation à Saint-Denis en 1999, à Bondy en 2000, et à Aubervilliers en 2003.

Sur le site de Neuilly-sur-Marne, qui fait l'objet d'un important projet de reconfiguration, il ne restera à terme que les unités correspondant à sept secteurs¹ et les unités de long séjour.

1.2 Une organisation hospitalière répartie sur plusieurs sites, complétée par deux écoles de formation et une maison d'accueil spécialisée

1.2.1 Sept sites d'hospitalisation

L'établissement dispose de 414 lits d'hospitalisation et 419 places, implantés sur 7 sites et 5 communes : Aubervilliers (2 sites), Saint-Denis (2 sites), Bondy, Montreuil² et Neuilly-sur-Marne, site historique de l'établissement, qui accueille près des deux tiers des patients hospitalisés, mais également les résidents de la maison d'accueil spécialisée (MAS).

¹ G09, G10, G12, G15, G16, G18 et I05 (<https://www.eps-ville-evrard.fr/secteurs>).

² L'unité de Montreuil est implantée au sein de l'hôpital général de Montreuil.

Tableau n° 1 : Évolution du nombre de lits et places

Nombre de lits et places au 31 décembre	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de lits	415	433	435	430	414
dont psychiatrie générale	390	406	408	400	384
dont psychiatrie infanto-juvénile	25	27	27	30	30
Nombre de places	419	419	419	419	419
dont psychiatrie générale	284	284	284	284	284
dont psychiatrie infanto-juvénile	135	135	135	135	135
Total	834	852	854	849	833

Source : EPSVE

Comme c'est le cas pour de nombreux établissements psychiatriques, l'EPSVE n'accueille pas de services d'urgences dans ses locaux. En revanche, des partenariats renforcés ont été mis en place avec trois services d'accueil et d'urgence de la Seine-Saint-Denis : le centre hospitalier intercommunal (CHI) de Saint-Denis, le CHI de Montfermeil et l'hôpital Avicenne de Bobigny. Ces partenariats ont vocation à mieux coordonner les parcours des patients et mieux les orienter vers les sites d'hospitalisation ou de suivi en centre médico-psychologique (CMP).

1.2.2 Une soixantaine de sites de prise en charge

L'établissement est organisé en 18 pôles cliniques dont 14 pôles secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes et adolescents de plus de 15 ans), trois pôles inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un pôle transversal Cristales (coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé).

En psychiatrie générale, l'activité se décline, dans chaque secteur, en un dispositif comprenant au moins un lieu de consultation en CMP, un lieu d'hospitalisation temps plein et une structure alternative à l'hospitalisation : hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), service d'hospitalisation à domicile, accueil familial thérapeutique ou appartements thérapeutiques. Quelques équipes de secteur assurent également des prises en charge ciblées : précaires, personnes âgées, adolescents, accueil en crise, urgences, soins de post-cure, réadaptation.

En psychiatrie infanto-juvénile, les équipes disposent toutes de plusieurs CMP-CATTP et d'un hôpital de jour.

Il en résulte un éclatement des implantations de l'EPSVE. Le nombre de structures et de lieux d'intervention peut varier de trois à sept selon les pôles.

L'établissement gère *in fine* 90 structures réparties en 66 implantations géographiques sur 23 communes.

1.2.3 Une activité en diminution, mais un nombre de patients relativement stable

La file active, qui désigne le nombre de patients pris en charge au moins une fois par l'EPSVE, accuse une baisse entre 2018 et 2020, avant de progresser à nouveau à compter de 2021 sans pour autant retrouver en 2022 le niveau de 2018.

Cette évolution globale s'est en pratique traduite par une baisse continue et marquée des hospitalisations de 2018 à 2022, non compensée par les prises en charge ambulatoires dont l'évolution a été erratique.

Tableau n° 2 : File active de l'établissement par type d'activité entre 2018 et 2022

Formes d'activité	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en nombre	Évolution en %
01 Hospitalisation à temps plein	3 493	3 456	3 134	3 058	2 996	-497	- 14,2
02 Séjour thérapeutique		150	13	48	74	74	-
03 Hospitalisation à domicile	81	63	46	76	77	- 4	- 4,9
04 Placement familial thérapeutique	45	41	41	47	56	11	24,4
05 Prise en charge en appartement thérapeutique	6	5	3	4	3	-3	- 50,0
06 Prise en charge en centre de post - cure psychiatrique	19	27	25	17	15	- 4	- 21,1
07 Prise en charge en centre de crise	408	363	389	364	171	- 237	- 58,1
20 Hospitalisation à temps partiel de jour	901	866	829	843	828	- 73	- 8,1
21 Hospitalisation à temps partiel de nuit	33	37	29	30	28	- 5	- 15,2
30 Accueil et soins au CMP	22 177	21 722	20 460	21 970	21 560	- 617	- 2,8
31 Activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que les CMP et le CATTP	10 864	10 772	11 044	9 732	10 504	- 360	- 3,3
32 Accueils et soins en CATTP	2 322	2 483	2 206	1 902	1 856	- 466	-20,1
Total	29 238	28 848	27 287	28 833	29 172	- 66	0,2
Évolution (nombre de patients)		- 390	- 1 561	1 546	339		
Évolution (en %)		- 1,3	- 5,4	5,7	1,2		

Source : EPSVE

Tableau n° 3 : Évolution de la file active globale³

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Nombre total de patients	29 238	28 847	27 287	28 833	29 172	- 0,2
Nombre total de patients hors mono consultants	22 877	22 653	21 884	23 464	23 270	1,7
Nombre de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire	24 860	24 465	23 276	24 811	25 320	1,9
% de nouveaux patients (par rapport à l'année précédente) parmi ceux pris en charge exclusivement en ambulatoire	46,8	45,1	48,9	45,9	44,6	- 4,7
Nombre de patients en soins sans consentement	2 349	2 415	2 377	2 356	2 330	- 0,8

Source : EPSVE | Stats ATIH⁴ (scansante.fr)

La baisse continue de la file active en hospitalisation complète résulte de facteurs conjoncturels liés à la crise sanitaire⁵ et de facteurs structurels liés à la réorganisation et à la diminution du nombre de lits (- 21 entre 2020 et 2022) due à la fermeture du centre d'accueil et de crise de Saint Denis et d'Aubervilliers.

L'activité des structures autres que les CMP et CATTP baisse fortement en 2021 (- 1 312 patients) du fait de l'arrêt de la prise en charge des patients se présentant aux urgences psychiatriques du centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil (- 1 000 actes). Cet arrêt trouve son origine dans la pénurie de médecins pouvant assurer cette prise en charge.

³ Retraite des prises en charge multiples.

⁴ Agence technique d'information sur l'hospitalisation.

⁵ En 2020 la diminution s'explique par des admissions moindres du fait d'une augmentation de la durée moyenne de séjour liée à la difficulté à faire sortir les patients (confinements de mars et décembre 2020).

Enfin, pour les CMP et CATTP, la baisse s'établit respectivement à - 2,8 % (- 617 patients) et à - 20,1 % (- 466 patients) entre 2018 et 2022. Elle est due à la fois à des facteurs conjoncturels et structurels. D'une part, la crise sanitaire en 2020 et les mesures de protection ont sensiblement affecté le rythme de prise en charge des patients et restreint les activités de groupe. D'autre part, la recomposition de l'offre ambulatoire a occasionné une perte de 10 % de la file active à l'occasion de la concentration des structures à Bagnolet. Une tendance est également constatée au déport de l'activité des CMP vers les structures de prise en charge des urgences psychiatriques.

1.2.4 Les écoles de formation au sein l'EPSVE, un des leviers de la politique d'attractivité

L'EPSVE dispose dans ses murs d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), agréé et financé par la région, conformément à la réglementation, ainsi que d'un institut de formation des cadres de santé (IFCS). Le quota de places par promotion au sein de l'IFSI a été augmenté, passant de 75 à 85 en 2022.

L'EPSVE déploie une politique active de renforcement de son attractivité à destination des élèves infirmiers⁶ et s'attache à mettre en œuvre les objectifs du schéma régional de formation avec une évaluation réalisée chaque semestre. Des contrats pédagogiques sont établis avec les étudiants.

En dépit de ces mesures, l'EPSVE, à l'instar des autres établissements psychiatriques, peine à recruter en sortie d'école, mais affiche, comparativement aux établissements psychiatriques de même catégorie un taux de recrutement satisfaisant de 18 % en 2022 contre 14 % pour les premiers.

1.2.5 Une maison d'accueil spécialisée : « Le Mas de l'Isle »

Cette structure médico-sociale pour adultes atteints de handicap mental ou physique accueille des personnes résidant en Seine-Saint-Denis, sans ou avec des troubles du comportement permettant la vie en collectivité. Sa capacité est de 27 résidents en internat et trois en externat (accueil en journée).

Elle bénéficie des moyens logistiques et administratifs de l'EPSVE et se trouve géographiquement sur le site de Neuilly-sur-Marne. Son autorisation de fonctionnement a été renouvelée le 28 mai 2017, pour une durée de 15 ans. Son taux d'occupation se situe autour de 90 %, exception faite de l'année 2020, marquée par la crise sanitaire. En 2020, un nouveau projet d'établissement a été rédigé pour la maison d'accueil.

⁶ Des mesures d'accompagnement spécifiques sont proposées aux élèves infirmiers : repas à 1 € depuis 2020, affectation de tenues professionnelles, logement au foyer sur place, achat d'un mannequin de simulation, rencontres régulières avec la direction des soins, accompagnement complémentaire pour les élèves en décrochage, primes exceptionnelles, etc.

1.3 Un établissement au rôle clé sur son territoire

L'EPSVE a un rôle essentiel dans l'organisation de la psychiatrie en Seine-Saint-Denis. Il couvre à lui seul les besoins de 80 % du territoire. Souhaitant conserver sa pleine autonomie stratégique et faisant valoir les spécificités du secteur psychiatrique, l'EPSVE a obtenu de l'ARS, en 2016, une dérogation⁷ lui permettant de ne pas intégrer de groupement hospitalier de territoire (GHT). Il s'est engagé en contrepartie à définir un projet médical en psychiatrie et santé mentale dans le cadre d'une communauté psychiatrique de territoire.

Son implication dans la gouvernance territoriale, reconnue par l'ARS, se traduit par de nombreuses candidatures aux appels à projets et par la participation active de l'EPSVE à l'élaboration du projet territorial en santé mentale (PTSM) 2020-2025⁸.

La convention pour la communauté psychiatrique de territoire 93 a été signée avec l'ARS en avril 2018. Le contrat territorial de santé mentale (CTSM 93) avec l'ARS a été signé le 18 janvier 2023 ; il s'agit du deuxième CTSM de la région⁹. Il décline le PTSM à travers 38 actions concrètes. L'EPSVE porte des projets départementaux, notamment la nouvelle plateforme de réhabilitation psychosociale et l'unité de soins intensifs psychiatriques à vocation départementale, toutes deux implantées sur le site de Neuilly-sur-Marne.

1.4 Le projet d'établissement et sa déclinaison opérationnelle

1.4.1 Les grands axes du projet d'établissement

Conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP), le dernier projet d'établissement (2018-2022), définit sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il est accompagné d'un projet social et intègre un projet des usagers prévoyant le renforcement de la place de l'utilisateur au cœur du parcours de soins.

En dépit d'un maillage territorial assez dense, le projet médical constate que l'établissement ne parvient pas à répondre à la demande croissante. Il cible également le peu de lisibilité de l'organisation des urgences ainsi que des centres de crise.

Deux orientations ont été identifiées :

- la gradation des soins (ambulatoire/hospitalisation complète) en renforçant la coordination ville-hôpital ;
- les parcours de soins et plus particulièrement la transition entre les secteurs adolescents et adultes. La tranche 16-21 ans, en particulier, pâtit de coordinations très peu efficaces entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale.

⁷ Au printemps 2016, le personnel s'est mobilisé contre l'intégration de l'établissement dans un GHT comprenant les hôpitaux de Montfermeil, Aulnay et Montreuil. Par une lettre à l'ARS, l'EPSVE a demandé à ce que son établissement ne soit pas intégré dans la constitution du GHT 93 Est, comme le prévoyait le décret n° 2016-524 relatif aux groupements hospitaliers de territoire du 27 avril 2016. Par une décision du 1^{er} juillet 2016, l'ARS a accordé un statut dérogatoire à l'EPSVE, lui permettant de ne faire partie d'aucun GHT et de conserver sa pleine autonomie sur l'ensemble de ses activités.

⁸ Ce dernier a été lancé en mars 2019 avec quatre groupes de travail autour des thèmes de l'enfance, la recherche, les transitions, et le rétablissement. Un diagnostic partagé avec 61 pistes d'action a été publié en juillet 2019 sur le site du ministère de la santé et a fait l'objet d'une validation par l'ARS en novembre 2019. En 2020, 12 feuilles de route ont été identifiées et la mise en œuvre du PTSM a démarré en octobre 2020.

⁹ Après celui des Hauts-de-Seine signé en avril 2022.

Le projet de gestion était en cours d'élaboration au moment du contrôle de la chambre. Il se décline en six axes :

- le renouvellement de la gouvernance par le développement de la délégation de gestion et contractualisation interne, via notamment la formalisation des budgets et contrats de pôle ;
- la médicalisation des données d'activité pour améliorer son suivi et sa valorisation ;
- le déploiement et l'appropriation de nouveaux outils informatiques, et la sécurisation des systèmes d'information ;
- l'accompagnement du personnel dans le cadre des projets de restructuration du site de Neuilly-sur-Marne et de relocalisation de deux unités d'hospitalisation temps plein (UHTP) à Aubervilliers ;
- le développement de nouvelles coopérations et l'approfondissement de celles existantes ;
- l'animation du projet culturel de l'EPSVE et son réseau de référents et d'intervenants culturels présents dans chaque pôle.

Le bilan en cours du projet d'établissement devrait conduire à l'élaboration du nouveau projet d'établissement dans le courant de l'année 2023 ; élaboration qui aura donc été différée d'un an, ce qui s'explique notamment par la période d'intérim de juin à octobre 2022 et l'arrivée de la directrice actuelle un mois avant l'échéance du projet d'établissement alors en vigueur.

1.4.2 Des contrats de pôles à formaliser

Le projet d'établissement doit trouver sa déclinaison au sein des contrats de pôles afin d'assurer sa mise en œuvre opérationnelle.

Or, les contrats de pôle prévus à l'article L. 6146-1 du CSP, qui doivent préciser « *les objectifs et les moyens* [dont le] *pôle* » dispose, n'ont pas été signés.

L'établissement indique que ces contrats sont finalisés et devraient être signés en septembre 2023.

La chambre constate toutefois que l'EPSVE compte encore 16 pôles dont le périmètre, à quelques exceptions près, est identique à celui du service (et du secteur), ce qui entrave toute logique de mutualisation de moyens dans un contexte de pénurie et ne permet pas à l'EPSVE de réunir les prérequis à une bonne délégation de gestion. Il s'agirait donc d'élargir le périmètre des pôles, de sorte que les contrats de pôles puissent constituer des leviers de gestion effectifs.

Recommandation régularité 1 : Signer des contrats de pôle dans une logique de mutualisation entre services conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.
--

1.5 Les instances de l'établissement

L'EPSVE dispose des instances prévues par le CSP.

1.5.1 Le conseil de surveillance

Conformément à l'article L. 6143-1 du CSP, l'EPSVE dispose d'un conseil de surveillance qui « se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement ». Il est composé de neuf membres, trois représentants des collectivités territoriales, trois du personnel médical et non médical, et trois personnalités qualifiées. Il s'est réuni à quatre reprises en 2018, 2019, 2021 et 2022. En revanche, il n'a pu être réuni que deux fois en 2020 en raison de la crise sanitaire.

L'analyse des procès-verbaux n'a pas permis de relever d'irrégularité sur le fonctionnement de l'instance. La stratégie de l'établissement est abordée et débattue conformément au CSP.

1.5.2 Le directoire

Présidé par le directeur, le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique, il est composé de neuf membres, trois membres de droit (le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques), un membre non médical et cinq médecins nommés par le directeur.

Le directoire s'est réuni¹⁰ entre 6 à 11 fois par an¹¹. Les relevés de conclusions relatifs aux premières années de la période contrôlée étaient insuffisamment clairs, présentés sous la forme de restitutions assez exhaustives des échanges sans mettre suffisamment en avant les décisions et les axes de travail. Dans les années plus récentes, la qualité des comptes rendus s'est améliorée, faisant mieux apparaître les points saillants issus des échanges lors des réunions. Il remplit sa fonction d'instance de pilotage opérationnel.

1.5.3 Le comité social d'établissement

Jusqu'à la création du comité social d'établissement au 1^{er} janvier 2023 en application des dispositions du décret du 3 décembre 2021¹², les personnels non médicaux étaient représentés par le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ces deux instances sont désormais fusionnées au sein du comité social d'établissement doté des mêmes compétences.

Le CTE était le lieu de dialogue social entre la direction et les organisations syndicales. Il était composé de représentants du personnel élus. Ses attributions concernaient l'ensemble des questions touchant à la vie de l'établissement et aux différentes composantes de la politique sociale, de façon collective et non individuelle.

Le CHSCT était l'instance de concertation chargée de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents dans leur travail.

La fréquence des réunions de ces instances n'appelle pas d'observation. Les procès-verbaux rédigés souvent sous la forme de *verbatim* retracent les débats.

¹⁰ Source : *relevés de conclusions*.

¹¹ Il s'est réuni à 10 reprises en 2022, 11 reprises en 2021, 6 reprises en 2020 (année très perturbée par la crise sanitaire), 9 reprises en 2019 et 10 reprises en 2018.

¹² Décret n° 2021-1570 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

1.5.4 La commission des usagers

1.5.4.1 Un fonctionnement régulier et conforme aux objectifs règlementaires

La commission des usagers (CDU), instaurée par le décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016¹³, a pour principale mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches¹⁴.

Conformément à la réglementation, la CDU s'est réunie au moins quatre fois par an et plus selon le besoin, la demande et les projets institutionnels (certification du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL))¹⁵, projet d'établissement, etc.) : sept fois en 2018, cinq en 2019, quatre en 2020, quatre en 2021 et cinq en 2022. En outre, trois réunions extraordinaires se sont tenues en 2018, une en 2019 et une en 2022. Les comptes-rendus témoignent d'une activité soutenue.

1.5.4.2 Le projet des usagers

Le projet des usagers 2018-2022 a été élaboré en lien avec les projets médical et de soins. Il est constitué de deux axes reprenant les grands enjeux de l'amélioration de la qualité de prise en charge. Chaque année, la CDU a réalisé et présenté un bilan des actions mises en place et celles restant à achever.

Le projet des usagers a été annexé au projet d'établissement.

Tableau n° 4 : Axes et objectifs du projet des usagers 2018-2022

Axes	Renforcer la place de l'utilisateur au cœur du parcours de soin	Développer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par processus
Objectifs	L'accueil à l'information et à l'accompagnement des usagers. L'exercice des droits des usagers. La promotion des droits des patients auprès des professionnels. La volonté de développer les partenariats avec nos partenaires extérieurs pour favoriser leurs parcours de soin.	Mettre en œuvre la gouvernance intégrée. Former, communiquer et proposer des outils ainsi que des méthodes. Maintenir une dynamique de développement de la culture qualité et de la sécurité pour offrir un parcours de prise en charge optimal aux usagers Inscrire l'évaluation dans la démarche d'amélioration continue de l'établissement.

Source : projet des usagers 2018-2022

Un bilan a été réalisé sur la période 2018-2022. En dépit de retards pris en raison de l'attention portée à la procédure de certification étendue de février 2018 à octobre 2019 et de la crise sanitaire, le bilan relève les avancées réalisées en matière de respect des droits des usagers, notamment dans la gestion informatisée des réclamations, la procédure d'accès au dossier patient, l'accès à l'information sur les conditions de séjour ainsi que sur la conformité au règlement général sur la protection des données.

¹³ Articles R. 1112-80 et R. 1112-91 à 94 du CSP.

¹⁴ Elle est composée : d'un président représentant des usagers, d'un vice-président représentant légal de l'hôpital, de deux médiateurs (un médical et un non médical), de deux représentants des usagers représentant l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et l'union départementale des associations familiales (UDAF), deux représentants des partenaires sociaux, un représentant du conseil de surveillance et un représentant de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Pour chaque représentation, un titulaire et un suppléant. La CDU compte, parmi ses membres, des invités permanents : les pairs aidants, le président de la commission médicale d'établissement, un médecin chef à la retraite, la responsable juridique et la responsable qualité. Tous sont soumis au secret professionnel.

¹⁵ Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a pour mission de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Tableau n° 5 : Niveau de finalisation des actions prévues dans le projet des usagers 2018-2022 (en %)

Axes	Renforcer la place de l'utilisateur au cœur du parcours de soin	Développer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par processus
Finalisé	40	60
Actions continues	15	14
En cours	11	13
Non initié	34	13

Source : présentation du bilan du projet des usagers 2018-2022 en date du 15 avril 2022

La présentation du rapport annuel en réunion de CDU est l'occasion pour les membres de l'instance de revenir sur le fonctionnement de celle-ci et de relever ses points forts et faiblesses. Des objectifs sont fixés pour l'année suivante et sont pour l'essentiel atteints d'une année sur l'autre. Enfin, des propositions d'amélioration ont été formulées pour remédier aux faiblesses identifiées. Celles-ci sont principalement liées au manque d'information et de visibilité sur son rôle, ses outils et son travail.

Le bilan du projet des usagers 2018-2022 a été présenté aux différentes instances de l'établissement. La chambre constate qu'un tiers des actions relevant du renforcement de la place de l'utilisateur dans le parcours de soins n'avaient pas été initiées en avril 2022.

1.6 Les réponses aux dysfonctionnements en matière de droits des usagers

1.6.1 La satisfaction des usagers

Le questionnaire de satisfaction est remis aux usagers en même temps que le livret d'accueil. Il peut être retourné, soit lors d'un entretien spécifique avec un agent, soit à la demande du patient.

Celui-ci intègre les thèmes suivants : la prestation médicale, la prestation paramédicale, la prestation administrative, la prestation hôtelière, les conditions d'accueil et d'hébergement, l'information du patient.

L'année 2019 se caractérise par une forte hausse du nombre de questionnaires retournés en raison de la sensibilisation des professionnels à la visite de certification V2014 et, en 2023, à la mise en place d'un questionnaire spécifique dans le secteur de la pédopsychiatrie.

Tableau n° 6 : Questionnaires, taux de retour et taux de satisfaction entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de questionnaires remplis	741	1116	737	670	875
Taux de retour (en %)	11	10,5	17	14	18
Taux de satisfaction (en %)	63	61	60	n.d. ¹⁶	57

Source : Rapports d'activité de la CDU 2018 à 2021

Le taux de satisfaction s'érode légèrement sur la période passant de 63 % à 57 % entre 2018 et 2022 sans que l'établissement ne soit en mesure de l'expliquer.

¹⁶ Non disponible.

1.6.2 Une commission des usagers associée à la politique de sécurité et de qualité des soins

La démarche qualité et sécurité des soins existe depuis longtemps à l'EPSVE. Celle-ci porte notamment sur le signalement des événements indésirables, graves ou non, associés aux soins.

Les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)¹⁷ font l'objet d'un signalement à l'ARS¹⁸. L'analyse des causes est ensuite réalisée dans un délai de trois mois par le comité de retour d'expérience (CREX), et les actions d'amélioration identifiées sont communiquées à l'ARS.

La direction « Qualité, gestion des risques, affaires juridiques, relations avec les usagers, admissions et tutelles » soutient les équipes en organisant les réunions du CREX et les revues de mortalité et de morbidité (RMM). Elle est l'interlocutrice privilégiée de l'ARS.

La CDU est informée des EIGS et des actions menées pour y remédier. Elle est également associée au suivi du plan d'action conçu à l'issue des réunions du CREX.

Tableau n° 7 : Événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) signalés à l'ARS entre 2018 et 2021

2018	2019	2020	2021	2022
8	n.d.	7	5	13

Source : rapports d'activité de la CDU 2018 à 2021

Les actions issues du CREX et des RMM sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) décliné à l'échelle de l'établissement et des pôles, via les cellules qualité et risques des pôles.

Ce document précise les actions à mettre en place au niveau institutionnel et au niveau de chaque pôle et chaque unité. Un suivi des indicateurs et de l'état d'avancement des actions est réalisé au cours des réunions institutionnelles. Le PAQSS institutionnel et par pôle est disponible sur un réseau partagé accessible à tous les acteurs.

Au cours de la période, la CDU a rendu compte des EIGS déclarés au cours de l'année.

1.6.3 Une diminution des réclamations, mais des délais de réponse encore longs

Le nombre de réclamations traitées par la CDU est en baisse sur la période, excepté pour l'année 2019. Les trois principaux sujets de réclamation portent sur les vols, pertes et détérioration des biens et valeurs des patients, les ruptures de soins (demandes de soins par le patient ou par l'entourage) et la contestation du mode d'hospitalisation.

Tableau n° 8 : Réclamations et délais moyens de réponse

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de réclamations	74	100	83	76	97
dont réclamations émanant de l'ARS	6	6	0	4	5
Nombre de réclamations clôturées N+1	66	98	82	72	92
Délai de réponse (en jours)	30	19	20	28	30

Source : rapports d'activité de la CDU 2018 à 2021

¹⁷ Un EIGS est « un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale » (article R. 1413-67 du CSP).

¹⁸ Bien que les agressions à caractère sexuel n'entrent pas dans cette catégorie, l'EPSVE a choisi de les signaler, du fait de l'importance des risques médiatiques et de plainte.

Le délai moyen de réponse a diminué en 2019 (- 11 jours) avant de revenir en 2022 au même niveau qu'en 2018, soit 30 jours, ce qui est beaucoup.

L'EPSVE a instauré une nouvelle procédure de gestion des réclamations avec un objectif de délai de réponse de 10 jours pour le service de soins et une demande de réponse immédiate en cas de dépassement de ce délai.

La CDU indique dans ses rapports annuels que cet objectif a permis de réduire le nombre moyen de jours de traitement, mais que la complexité de certaines réclamations nécessite un temps d'instruction plus important.

1.6.4 La certification de l'établissement

Dans le cadre de son rapport de certification d'octobre 2019, la haute autorité de santé (HAS) avait émis une décision de non-conformité au motif que les « conditions d'hébergement dans les unités d'hospitalisation adultes ne permettaient pas systématiquement de garantir le respect de la dignité du patient et sa sécurité », relevant l'absence de dispositifs d'appels malades dans de nombreuses chambres d'isolement et l'existence d'une chambre d'isolement très dégradée avec des murs couverts de moisissures.

Cet état de dégradation était déjà identifié par l'EPSVE. Il a fait l'objet de mesures correctives ayant permis de lever quatre des cinq non-conformités ainsi que les deux points sensibles identifiés par la HAS. Des plans d'action concernant la réfection des chambres d'isolement de 2019 à 2021, un projet de reconversion à horizon 2026 du site de Neuilly-sur-Marne engagé et bénéficiant des autorisations territoriales et administratives, un projet de réhabilitation des locaux de Saint-Denis ainsi qu'un plan d'équipement et de renouvellement des mobiliers ont été mis en œuvre en réponse aux observations de la HAS.

À l'initiative de la CDU et de la commission médicale d'établissement, l'EPSVE a formé, le 28 novembre 2019, un recours gracieux contre la réserve et prolongation de sursis à statuer s'agissant de la certification de l'établissement.

À la suite de cette démarche, une commission de la HAS s'est réunie le 18 février 2020, décidant de certifier l'EPSVE avec recommandation d'amélioration « B » pour le processus « droits des patients », et obligation d'amélioration « C » pour le processus « parcours du patient ».

En mars 2021, un complément a été apporté au rapport de certification, se limitant à une recommandation d'amélioration pour les deux processus évoqués, ainsi que pour le management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Le suivi des recommandations par la HAS témoigne que le plan d'action est cohérent, mais que son déploiement demeure inachevé ; ce dernier dépendant en partie de mesures de moyen terme à l'instar des travaux de rénovation et de mise en conformité accessibilité/handicap à Neuilly-sur-Marne, Aubervilliers et Bondy.

Dans le cadre de son projet d'établissement 2018-2022, l'EPSVE a défini une stratégie relative au respect des droits des patients. Des objectifs ont été élaborés à partir de l'analyse des risques propres à l'EPSVE, des observations du contrôleur général des lieux de privation de liberté publiées en décembre 2016 et de ses visites récentes en 2022-2023 ainsi que de la décision de surseoir à la certification en cours prise par la HAS à la suite de la visite de juin 2018.

La mise en œuvre de ces objectifs demeure en partie dépendante de l'achèvement du projet immobilier qui devrait permettre d'offrir aux patients des conditions d'hébergement dignes et répondant aux normes en vigueur.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'EPSVE est un établissement psychiatrique majeur en Île-de-France couvrant 80 % des besoins de la Seine-Saint-Denis.

En 2023, il est organisé en 16 pôles cliniques, avec 833 lits et places répartis dans 90 structures de soins installées dans 23 communes. Il dispose par ailleurs de deux écoles de formation, l'une en soins infirmiers et l'autre pour les cadres de santé.

La période récente est marquée par un développement des prises en charge ambulatoires, avec une réduction du nombre de lits d'hospitalisation de 2 000 dans les années 1970, à 414 aujourd'hui, en avance sur les orientations récemment décidées par le gouvernement. Cette progression de l'ambulatoire n'a toutefois pas permis de compenser la diminution de l'hospitalisation complète.

Les instances de l'EPSVE se réunissent à échéances régulières et fonctionnent de façon satisfaisante. Par ailleurs, bien que bénéficiant d'une dérogation qui lui permet de n'être membre d'aucun GHT, l'EPSVE participe activement à l'organisation des soins psychiatriques dans le territoire et s'implique dans les appels à projets de l'ARS.

La haute autorité de santé (HAS) a révélé des dysfonctionnements en matière de droits des patients qui ont conduit, dans un premier temps, à un sursis à statuer sur la décision de certification, avant que l'établissement ne fasse valoir les diligences menées pour répondre aux problèmes soulevés, aboutissant à sa certification, avec obligation d'amélioration concernant le parcours patient et recommandation sur les droits des patients et la prise en charge médicamenteuse.

2 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES CONFRONTÉE À UN DÉFICIT D'ATTRACTIVITÉ

2.1 L'évolution des effectifs et de la masse salariale

2.1.1 Une croissance de la masse salariale en dépit d'une légère diminution des effectifs

La masse salariale globale a crû de 22,65 % entre 2018 et 2022 ; hausse essentiellement concentrée sur les exercices 2020 et 2021. Cette progression résulte de la progression du coût unitaire moyen (+ 23,29 %), les effectifs, exprimés en équivalents temps plein rémunérés, ayant diminué pour leur part, de 0,52 %. Ce phénomène est particulièrement marqué s'agissant du personnel médical dont le coût unitaire a crû de près de 45 % sur la période.

Tableau n° 9 : Évolution de la masse salariale et des effectifs exprimés en équivalents temps plein rémunérés

Masse salariale en euros et effectifs en équivalents temps plein rémunérés (ETPR)	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Masse salariale personnel médical (PM)	21 817 461	21 150 104	23 396 026	28 758 274	28 660 769	31,4
ETPR personnel médical	250,49	229,05	228,73	220,41	227,16	- 9,3
Coût moyen unitaire du personnel médical	87 099	92 338	102 287	130 476	126 170	44,9
Masse salariale personnel non médical (PNM)	105 488 076	106 560 355	112 816 975	121 969 130	127 476 790	20,8
ETPR personnel non médical	2 118	2 121	2 128	2 078	2 128	0,5
Coût moyen unitaire du PNM	49 807	50 250	53 004	58 706	59 906	20,3
Masse salariale totale (PM et PNM)	127 305 538	127 710 459	136 213 001	150 727 404	156 137 559	22,6
Évolution masse salariale/ n-1 (en %)	0,09	0,32	6,66	10,66	3,59	-
Total ETPR (PM et PNM)	2 368,43	2 349,66	2 357,18	2 353,58	2 355,10	- 0,6
Coût moyen unitaire total	53 751,02	54 352,74	57 786,42	64 041,76	66 297,63	23,3

Source : bilans sociaux de l'EPSVE et tableaux de suivi RH

Cette augmentation du coût unitaire s'explique notamment par les mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé.

2.1.2 L'évolution des effectifs

2.1.2.1 L'évolution globale du personnel de soins par rapport à l'activité

La baisse du nombre d'équivalents temps plein rémunérés (- 0,52 %) est supérieure à la diminution de la file active (- 0,2 %), décalage accentué s'agissant des seuls effectifs médicaux et plus particulièrement des psychiatres seniors.

Tableau n° 10 : Évolution des ETPR

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Personnel médical (PM)	250,49	229,05	228,73	220,41	227,16	- 9,31
<i>dont psychiatres seniors</i>	201,44	186,65	188,01	172,41	181,16	- 10,07
<i>dont internes, FFI¹⁹, Docteurs juniors</i>	49,05	42,4	40,72	48	46	- 6,22
Personnel non médical (PNM)	2 116,95	2 120,60	2 127,50	2 133,17	2 127,94	0,52
<i>dont personnels soignants</i>	1 472,02	1 477,91	1 474,22	1 426,03	1 476,83	0,33
Total	2 367,44	2 349,65	2 356,23	2 353,58	2 355,10	- 0,52

Source : bilans sociaux de l'EPSVE

L'EPSVE indique, dans ses bilans sociaux, avoir mis en place un groupe de travail chargé de définir « des indicateurs pertinents de suivi de l'activité, de pilotage pour le domaine des ressources humaines, avec l'objectif de définir des indicateurs de productivité (activité rapportée aux équivalents temps plein-ETP)²⁰ ».

Ce travail devait initialement s'achever fin 2019. La combinaison de retards propres à l'établissement, puis à la crise sanitaire a retardé le processus qui est toujours en cours.

Recommandation performance 1 : Présenter aux instances une analyse de l'adéquation des moyens à l'activité telle que mentionnée dans les bilans sociaux.

¹⁹ Faisant fonction d'internes.

²⁰ Cette formulation est reprise dans chacun des bilans sociaux 2018, 2019 et 2020 (indicateur 14 : analyse de l'adéquation des moyens à l'activité).

2.1.2.2 Une diminution du personnel médical

Tableau n° 11 : Évolution du personnel médical par statut en ETPR entre 2018 et 2020

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Praticien Hospitalier Temps plein	117,01	112,50	117,35	109,19	107,10	- 8,47
Praticien Hospitalier Temps partiel	13,91	13,35	15,88	11,74	18,00	29,40
Personnel universitaire permanent	-	-	0,08	0,50	0,50	
Praticien Attaché renouvelable de droit	19,21	16,57	14,56	10,45	13,92	- 27,54
Praticien Contractuel	48,31	41,98	39,14	38,88	40,46	- 16,25
Divers médical	3,00	2,25	1,00	1,65	1,18	- 60,67
Total personnel médical	201,44	186,65	188,01	172,41	181,16	- 10,07

Source : bilans sociaux de l'EPSVE

La baisse observée de l'effectif médical concerne majoritairement les praticiens non permanents : les praticiens attachés renouvelables de droit²¹ (- 27,54 %, soit - 5,29 ETPR) et les praticiens contractuels (- 16,25 %, soit - 7,85 ETPR).

La diminution du nombre de praticiens hospitaliers a été plus mesurée, la diminution des praticiens hospitaliers temps plein ayant été partiellement compensée par une hausse des praticiens hospitaliers à temps partiel.

Dès lors que des postes de praticiens contractuels connaissent une vacance de plus de 12 mois, la politique de l'EPSVE consiste à les transformer en postes permanents de praticiens hospitaliers. Cette transformation s'est toujours produite à moyens constants ce qui a mécaniquement entraîné une baisse du volume global des plafonds d'emplois, le coût moyen d'un poste de praticien hospitalier étant plus élevé que le coût moyen d'un poste de praticien contractuel.

2.1.2.3 L'évolution contrastée du personnel non médical : un renforcement des fonctions administratives, une diminution du personnel infirmier

Considérés dans leur ensemble, les effectifs non médicaux sont restés globalement stables sur la période avec toutefois des évolutions catégorielles hétérogènes.

Tableau n° 12 : Le personnel non-médical par catégorie en ETPR entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Assistant médico-administratif	132,39	129,72	128,65	123,28	117,81	- 11,01
Personnels de direction et administratifs	122,65	125,92	132,3	147,88	158	28,82
Personnels de direction et administratifs	255,04	255,64	260,95	271,16	275,81	8,14
Personnels éducatifs et sociaux	154,03	151,82	155,17	157,19	153,71	- 0,21
Personnels médico-techniques	9,79	11,63	13,16	13,96	12,39	26,56
Aide soignants	228,25	237,64	237,61	246,73	254,98	11,71
Infirmiers	691,63	683,74	673,48	669,83	659,19	- 4,69
Personnels soignants hors infirmiers et aides-soignants	554,33	556,54	560,92	560,3	568,9	2,63
Personnels soignants	1 474,22	1 477,91	1 472,02	1 476,86	1 483,07	0,60
Personnels techniques et ouvriers	223,87	223,6	226,2	214	202,96	- 9,34
Total Personnel non médical	2 116,95	2 120,60	2 127,50	2 133,17	2 127,94	0,52

Source : bilans sociaux de l'EPSVE

²¹ L'article R. 6152-610 du CSP prévoit que les praticiens attachés sont recrutés pour un contrat d'une durée maximale d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois. À l'issue de cette période de vingt-quatre mois, le renouvellement s'effectue par un contrat de trois ans, renouvelable de droit, par décision expresse. Au terme du contrat triennal, le renouvellement s'effectue par un contrat à durée indéterminée.

Les personnels de direction et administratifs progressent de 8,14 % (+ 20,77 ETP) quand le nombre d'infirmiers accuse une baisse de 4,69 % (- 32,44 ETP). La baisse du nombre d'infirmiers a été partiellement compensée par un renfort en aides-soignants (+ 26,73 ETP).

2.2 Les incidences d'un défaut d'attractivité

L'EPSVE est confronté à un déficit d'attractivité résultant de la nature psychiatrique de l'établissement et de son implantation géographique.

Ceci se traduit par un nombre important de postes vacants : début 2023, l'EPSVE comptait encore 41 postes vacants de médecins et 76 postes d'infirmières, soit des taux de vacance respectifs de 23 % et 12 %.

Le déficit d'attractivité et le nombre important de postes vacants qu'il induit ont diverses conséquences, dont un taux de rotation élevé, un absentéisme difficile à contenir, un recours croissant aux personnels contractuels et intérimaire.

2.2.1 Un taux de rotation en forte augmentation

Le taux de rotation du personnel a presque doublé entre 2018 et 2022 avec un pic en 2020, particulièrement prégnant s'agissant du personnel médical.

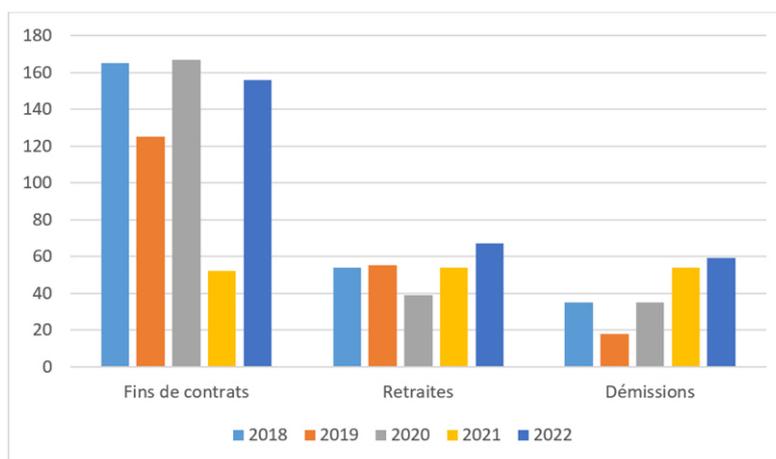
Tableau n° 13 : Taux de rotation du personnel médical et non-médical entre 2018 et 2022

(en %)	2018	2019	2020	2021	2022
Tout personnel confondu	8,52	8,71	8,65	11,23	15,85
Personnel médical	13,11	17,14	29,12	22,01	15,06
Personnel non médical	7,95	7,94	15,37	10,29	15,92

Source : bilans sociaux de l'EPSVE et recalculs par la chambre régionale des comptes (CRC)

Les trois principaux facteurs de départ du personnel non médical sont par ordre décroissant : les fins de contrats, les départs à la retraite et les démissions. La hausse continue des démissions depuis 2019 constitue un phénomène inquiétant.

Graphique n° 1 : Principaux motifs de départ du PNM entre 2018 et 2022



Source : bilans sociaux de l'EPSVE

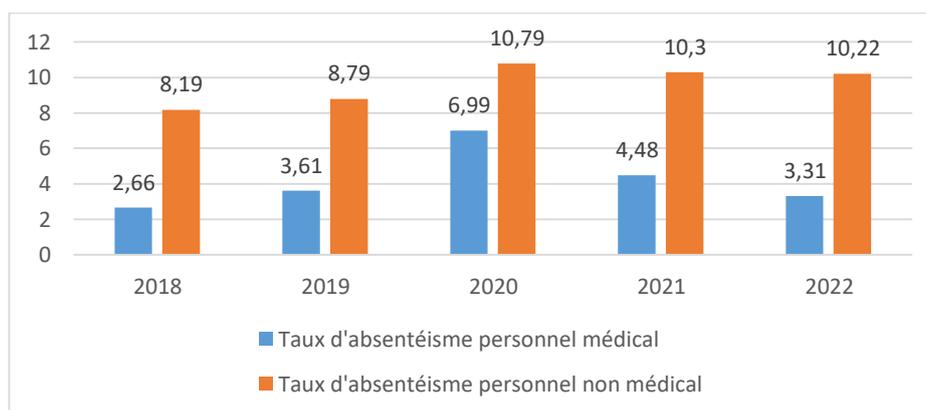
S'agissant des médecins, les départs s'expliquent essentiellement par des fins de contrat de médecins praticiens à diplôme hors Union européenne, faisant fonction d'internes ou stagiaires associés.

2.2.2 Un absentéisme en diminution mais demeurant au-dessus de la moyenne

Sur la période, la quasi-totalité (96 %) des journées d'absence concerne le personnel non médical. La forte augmentation de l'absentéisme entre 2019 et 2020 est principalement la conséquence des contaminations suite au Covid-19.

Si une baisse continue est observée depuis 2020, l'établissement n'a pas pour autant retrouvé son niveau antérieur.

Graphique n° 2 : Taux d'absentéisme entre 2018 et 2022



Source : bilans sociaux de l'EPSVE

Le projet social 2018-2022 prévoyait la mise en place d'un observatoire de l'absentéisme²² afin de comprendre, analyser et proposer des solutions pour maîtriser l'absentéisme de courte durée, déceler les risques psychosociaux et y répondre.

Bien que cet outil n'ait pu être mis en place, l'EPSVE a renforcé les moyens humains affectés à la prévention des risques psychosociaux et créé en 2021, au sein de la direction des ressources humaines (DRH), une commission « Alerte et Médiation » travaillant en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les organisations syndicales, la direction qualité, gestion des risques, affaires juridiques et relations avec les usagers et les services de santé au travail.

En dépit des efforts déployés, l'EPSVE affiche un taux d'absentéisme légèrement au-dessus de la moyenne des établissements de même catégorie.

2.2.3 Des dépenses de personnel intérimaire en forte hausse

Comme les autres établissements de santé, l'EPSVE recourt à des contrats temporaires, intérimaires et vacataires, pour assurer la continuité des services. En dehors de la gestion des absences, l'évolution des dépenses du personnel de remplacement traduit la difficulté à recruter du personnel soignant et médical en psychiatrie.

²² Volet 2.3 du projet social 2018-2022.

Tableau n° 14 : Le recours au personnel intérimaire par catégorie, en jours et en ETP entre 2018 et 2020

Journées d'intérim	2018	2019	2020	2021	2022	ETP d'intérim	2018	2019	2020	2021	2022
PM	0	171	1 358	1 643	1 046	PM	0	0,51	6,61	7,53	5,12
IDE ²³	53	23	20	155	726	IDE	0,25	0,11	0,1	0,7	3,2
AS ²⁴	162	608	95	59	150	AS	0,77	3,3	0,5	0,3	0,7
Autres	215	263	6	60		Autres	1,02	1,22	0	0,2	

Source : bilans sociaux de l'EPSVE

La période se caractérise par une hausse importante du recours à l'intérim médical à compter de 2020. S'agissant du personnel soignant, les besoins sont plus marginaux et concentrés sur deux sites²⁵. Les dépenses d'intérim ont crû à due proportion et ont été multipliées par sept entre 2019 et 2021.

Tableau n° 15 : Les dépenses d'intérim entre 2018 et 2022

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses d'intérim (compte 6211)	69 291	407 548	2 354 203	2 934 635	1 692 974

Source : comptes de gestion de l'EPSVE

2.2.4 Le recours aux contractuels

Face aux difficultés à recruter et fidéliser du personnel titulaire, l'EPSVE, sur le fondement de l'article L. 332-15 du code général de la fonction publique (CGFP)²⁶, a eu recours à davantage de personnels contractuels sur la période.

Le nombre de personnels contractuels (exprimé en ETPR) a augmenté d'un quart entre 2018 et 2022 ; progression plus marquée si on considère les seuls personnels en contrat à durée déterminée (+ 130 %).

Les dépenses afférentes ont crû davantage, le coût unitaire moyen des personnels contractuels ayant augmenté d'un tiers sur la période.

Tableau n° 16 : L'évolution des coûts moyens des contractuels

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
6413 Personnel en CDI ²⁷	9 227 041	9 743 610	11 657 910	12 764 909	14 585 963	58,1
CDI en nombre d'ETPR	333	351	372	381	390	17,3
Coût moyen par ETPR en CDI	27 725	27 730	31 311	33 493	37 373	34,8
6415 Personnel en CDD ²⁸	703 884	1 347 466	1 428 544	1 748 603	2 175 948	209,1
CDD en nombre d'ETPR	29	45	47	56	67	130,1
Coût moyen par ETPR en CDD	24 007	30 172	30 414	31 081	32 255	34,4

Source : comptes de gestion de l'EPSVE

De manière plus structurelle, cette évolution traduit la difficulté de recrutement du personnel soignant en secteur psychiatrique, non spécifique à l'EPSVE.

²³ Infirmier diplômé d'État.

²⁴ Aide-soignant.

²⁵ Le centre hospitalier Delafontaine (76 % de l'intérim des infirmières diplômées d'État (IDE) et 90 % de celui des aides-soignants (AS) et le site Romain Rolland.

²⁶ « Par dérogation à la règle énoncée à l'article L. 311-1, des emplois permanents peuvent également être occupés par des agents contractuels hospitaliers lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment dans les cas suivants :

1° Il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ;

2° Pour remplir des fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées. » (Article L. 332-15 du CGFP).

²⁷ Contrat à durée indéterminée.

²⁸ Contrat à durée déterminée.

2.3 La gestion du temps de travail

2.3.1 L'organisation du temps de travail en 12 heures

L'article 7 du décret du 4 janvier 2002 précité précise que les postes de travail en 12 heures constituent une modalité dérogatoire de l'organisation du travail, soumise au respect de deux critères : les contraintes de continuité du service public et un avis du comité technique d'établissement. La circulaire de la DGOS²⁹ du 7 janvier 2015 souligne « *que ce choix [doit être] justifié par des éléments objectifs et démontrables en termes d'organisation des soins* ».

Le nombre d'agents concernés par l'organisation dérogatoire en 12 heures a triplé sur la période avec un pic en 2020 pour assurer la prise en charge des patients en unités Covid ou assurer la continuité des soins. Cette disposition exceptionnelle a été présentée pour avis lors du comité technique d'établissement exceptionnel du 8 juin 2020 à des fins de régularisation.

Tableau n° 17 : Nombre d'agents effectuant des horaires dérogatoires en 12 heures

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre d'agents effectuant des horaires dérogatoires en 12 heures	49	48	177	150	163

Source : bilans sociaux

Cette organisation, qui concerne essentiellement du personnel soignant, a été maintenue en 2021 et 2022 dans une optique de renforcement de l'attractivité et de fidélisation du personnel. Même si la proportion de personnel concerné demeure faible (7 %), une évaluation des risques psychosociaux inhérents à cette organisation doit être menée.

2.3.2 Les heures supplémentaires des personnels non médicaux

L'EPSVE a eu recours aux heures supplémentaires de manière exponentielle sur la période avec, pour certains personnels soignants, un dépassement ponctuel du plafond réglementaire³⁰ en raison notamment de la crise sanitaire.

Le niveau des heures supplémentaires reflète les difficultés de recrutement, les vacances de postes et l'ampleur de l'absentéisme.

Tableau n° 18 : Montants des indemnités versées au titre des heures supplémentaires³¹ des PNM entre 2018 et 2021

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Personnel titulaire et stagiaire	585 573	915 974	2 133 763	2 339 773	3 245 200	454
CDI	48 477	74 021	210 051	211 449	409 423	745
CDD	875	7 934	23 806	46 425	58 667	6 606
Total	634 925	997 929	2 367 620	2 597 647	3 713 290	485

Source : extraction de l'EPSVE

²⁹ Direction générale de l'offre de soins.

³⁰ Jusqu'en 2020, le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié par le décret n° 2010-310 du 22 mars 2010 limitait le nombre d'heures supplémentaires accomplies par agent à 15 heures par mois, soit 180 heures par an ; plafond porté à 18 heures par mois, soit 220 heures par an pour certaines catégories d'agents : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnel d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Les plafonds d'heures supplémentaires ont fait l'objet d'un assouplissement au début de la crise sanitaire de 2020, afin de faciliter la mobilisation de tous les agents hospitaliers. L'article 15 du décret du 4 janvier 2002 précité a ainsi été modifié de manière pérenne par le décret n° 2020 297 du 24 mars 2020 portant le plafond des heures supplémentaires à 240 heures par an pour tous les agents « lorsque les besoins du service l'exigent ».

³¹ Ces indemnités sont calculées conformément au décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

Les montants versés au titre de l'indemnisation des heures supplémentaires ont été multipliés par près de six entre 2018 et 2022 et le nombre d'heures supplémentaires est passé de 3 637 heures en moyenne par mois en 2020 à 4 476 heures en 2021 et plus de 5 000 en 2022, et ce nonobstant la mise en place d'une procédure encadrant les remplacements et recours aux heures supplémentaires en unités de soins³².

Interrogé sur les causes de cette augmentation, l'EPSVE indique que pour les IDE, catégorie la plus consommatrice, cette évolution est due principalement au nombre de postes vacants³³ et à l'absentéisme.

Enfin, le volume d'heures supplémentaires ni récupérées ni indemnisées progresse de 89 % entre 2018 et 2022 pour l'ensemble des personnels non médicaux (PNM) et de plus de 300 % pour les AS et les IDE.

Les heures supplémentaires non récupérées sont, au choix de l'agent, converties en jours et placées sur le compte épargne temps (CET) et font l'objet d'un provisionnement à due proportion. En dehors des seuils règlementaires de placement sur CET, les heures supplémentaires sont payées.

Tableau n° 19 : Heures supplémentaires non récupérées ni indemnisées

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en €
PNM	68 187	83 867	108 302	116 461	128 762	89
<i>dont AS</i>	<i>4 294</i>	<i>8 406</i>	<i>10 928</i>	<i>15 939</i>	<i>18 667</i>	<i>335</i>
<i>dont IDE</i>	<i>12 100</i>	<i>21 558</i>	<i>39 090</i>	<i>48 569</i>	<i>50 965</i>	<i>321</i>

Source : bilans sociaux

2.3.3 Le temps travail additionnel du personnel médical

Jusqu'en 2020, les plages de temps de travail additionnel (TTA) du personnel médical, étaient soit récupérées, soit intégrées dans le CET.

Tableau n° 20 : Temps de travail additionnel du personnel médical

En €	2018	2019	2020	2021	2022
TTA	n.c.	n.c.	3 093	4 916	n.c.
<i>Montants des plages additionnelles indemnisées</i>	<i>n.c.</i>	<i>n.c.</i>	<i>342 253</i>	<i>629 731</i>	<i>963 506</i>
Jours de QTTA ³⁴ versés au CET	323	395	n.c.	n.c.	n.c.
Montants des gardes et astreintes	752 883	734 170	n.c.	905 935	811 514

Source : bilans sociaux

À compter de 2020, l'EPSVE a décidé de payer le TTA à la suite de la crise du Covid-19, afin de rétribuer l'investissement et les efforts fournis pour assurer la permanence des soins par le personnel médical.

³² Les demandes spécifiques liées à des difficultés conjoncturelles en dehors de l'absentéisme (charge de travail liée à une prise en charge particulièrement difficile) sont formulées par l'encadrement et validées par la direction des soins.

³³ Le nombre de postes vacants est de 69 postes en 2019, 78 en 2021 et 75 en 2022.

³⁴ Quotités de temps de travail additionnel.

2.4 La politique d'attractivité et la fidélisation du personnel

2.4.1 Les freins au recrutement pérenne du personnel soignant et médical

2.4.1.1 Les caractéristiques territoriales

En octobre 2021, les résultats de l'enquête « Attractivité 2020 » ont été présentés aux instances décisionnelles et de représentation du personnel.

La question du logement ressort comme l'un des principaux freins au recrutement et à la fidélisation : « bien que l'ancienneté moyenne dans l'établissement des répondants soit de 10 ans, 26 % d'entre eux ont des difficultés de logement ».

L'EPSVE propose des solutions d'hébergement temporaire (via son propre parc de logements ou le parc privé) pour les médecins en phase de recrutement et les agents justifiant d'une urgence et d'une situation personnelle de nature à entraver leur engagement professionnel³⁵. Les attributions font l'objet d'une présentation en conseil de surveillance.

Ces mesures, marginales, ne parviennent toutefois pas à pallier le défaut d'attractivité dont souffre l'EPSVE de par son implantation (Seine-Saint-Denis) et la nature psychiatrique de son activité.

2.4.1.2 Les difficultés de recrutement propres à l'EPSVE

La politique de rémunération des personnels médicaux de l'EPSVE est conforme au cadre légal et réglementaire. L'établissement est ainsi confronté à la concurrence, parfois en méconnaissance des limites réglementaires, des autres structures sanitaires³⁶. L'EPSVE refuse d'attribuer un échelon ou une sur-rémunération non prévue par les textes.

Le taux de rotation des médecins non titulaires est ainsi plus rapide, notamment s'agissant des praticiens attachés associés. Ce taux s'est dégradé entre 2018 et 2022 tant pour le personnel médical que non médical (cf. point 2.2.1).

Le taux de vacance des postes médicaux entretient une spirale délétère en rebutant les candidats potentiels et les internes. L'absence d'internes dans certains pôles empêche d'y construire des filières professionnelles³⁷. Par ricochet, et du fait que les praticiens hospitaliers sont majoritairement issus de l'effectif des assistants, eux-mêmes anciens internes, ces pôles ont connu un taux de vacance supérieur à 50 %.

Enfin, les leviers d'attractivité s'avèrent peu efficaces pour combler l'ensemble des besoins³⁸. À l'automne 2023, seules 18 primes d'engagement dans la carrière hospitalière avaient été distribuées.

³⁵ Notamment les personnes victimes de violences conjugales.

³⁶ Voir par exemple le jugement de la chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes n° 2018-0038 concernant les pratiques dans un autre établissement psychiatrique : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/47271>.

³⁷ Bien qu'un service puisse disposer d'un agrément pour recevoir des internes, des postes doivent y être ouverts par décision de la commission interdisciplinaire de l'ARS statuant sur les décisions d'agrément. Les pôles 93G06 (Drancy, Le Bourget), 93G10 (Montreuil, canton est-ouest), 93G14 (Bondy, Les Pavillons-sous-Bois), 93G18 (Gournay, Noisy-le-Grand) n'accueillent plus d'internes à la suite de mauvaises évaluations faites par ces derniers.

³⁸ Créée en mars 2017, la prime d'engagement dans la carrière hospitalière est versée aux praticiens et assistants contractuels s'engageant par convention avec l'établissement dans lequel ils exercent à y présenter le concours de praticien hospitalier (PH) et d'y exercer pendant trois ans. Les conditions d'attribution et de montants sont précisées dans l'arrêté du 14 mars 2017 (arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)).

En juin 2021, l'EPSVE comptait au total 50,6 postes médicaux vacants dont 27,6 de praticiens hospitaliers à temps plein. Bien qu'en diminution, le nombre de postes médicaux vacants est toujours supérieur à 40 en 2023.

2.4.2 Les mesures de fidélisation du personnel

La politique de fidélisation du personnel est intégrée à la stratégie de l'établissement, notamment dans son projet de soins 2017-2022.

En 2018, un groupe de travail s'est saisi de la fiche action « Renforcer l'attractivité et la fidélisation ». Des responsables identifiés ont mené, auprès des personnels, une enquête dont les résultats et les préconisations ont été présentés en mars 2018. Un travail sur la professionnalisation des parcours professionnels des infirmiers était initié concomitamment.

Ce travail a constitué l'ossature de la politique de fidélisation des agents, qui s'est concrétisée par la rédaction d'un plan d'attractivité mi 2022 intégré au plan RSE³⁹ de l'EPSVE. En réponse à la chambre, l'EPSVE rappelle que ce plan se décline en trois volets principaux :

1/ des mesures d'attractivité et de fidélisation générales prévoyant notamment une offre accrue de places en crèche⁴⁰, une offre de formation étendue⁴¹, une politique de logement plus globale⁴², une politique de valorisation de l'investissement professionnel avec l'instauration d'une prime annuelle pour les contractuels ;

2/ un dispositif d'attractivité spécifique aux infirmiers prévoyant notamment le versement d'une allocation mensuelle de 900 euros par mois sur 10 mois en contrepartie d'un engagement de servir de 18 mois, une organisation en 12 heures proposée dans certains services, la forfaitisation des heures supplémentaires, une politique de logement volontariste à destination des IDE⁴³ ;

3/ des mesures d'attractivité locales (hors revalorisations salariales nationales) spécifiques au personnel médical avec le paiement des gardes des docteurs juniors sur la base de garde senior (5 médecins), l'augmentation de la rémunération des contractuels dans le respect des plafonds règlementaires, le versement de la prime d'exercice territorial à 21 praticiens, la possibilité offerte aux médecins de réaliser des activités d'intérêt général qui concerne 23 PH soit 4,5 ETP fin 2023 et pour lesquelles l'EPSVE ne se fait pas rembourser⁴⁴, des solutions de logement (4 chambres et 6 appartements de type T1).

Ce plan d'attractivité et de fidélisation s'est traduit par coût de 1 821 545 € en 2022. L'EPSVE n'a pas communiqué de bilan permettant d'attester de l'efficacité de ces mesures.

2.5 L'absence d'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels

Aux termes de l'article L. 4121-1 du code du travail : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels [...] ».

³⁹ Plan de responsabilité sociale et environnementale.

⁴⁰ 110 berceaux à Neuilly sur Marne, 10 places sur le CH Delafontaine, 10 autres berceaux via un marché avec micro-crèches privées.

⁴¹ 70% du personnel non-médical et 84% du personnel médical en bénéficie annuellement

⁴² 150 logements sociaux sont actuellement occupés, à proximité du site de Neuilly-sur-Marne, via un bail emphytéotique.

⁴³ l'établissement s'est engagé dans la prise à bail de 15 logements locatifs intermédiaires, pour une durée de 9 ans, dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt commun avec l'ARS et l'assistance publique-hôpitaux de Paris (APHP) sur le nord du département, soit Saint-Ouen, Aubervilliers, Paris 18^{ème} et Paris 20^{ème}, pour un coût de 500 000 € à la charge de l'établissement.

⁴⁴ L'EPSVE indique en réponse à la chambre qu'il « ne facture pas de remboursement du temps mis à disposition compte tenu de la situation de ces structures souvent très petites ».

L'article R. 4121-1 du code précité précise que : « L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques. » Une mise à jour annuelle est imposée par les articles R. 4121-1-1 et R. 4121-2 du code du travail.

La chambre a pu constater que la dernière version du document unique a été réalisée en mai 2018⁴⁵. L'établissement doit donc réaliser cette mise à jour et se conformer aux obligations prévues par les articles R. 4121-1-1 et R. 4121-2 du code du travail.

Recommandation régularité 2 : Mettre à jour annuellement le document unique d'évaluation des risques professionnels conformément à l'article R. 4121-2 du code du travail.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'évolution des effectifs de l'EPSVE se caractérise par un relatif maintien s'agissant des personnels non médicaux et par une diminution marquée (- 9,3 %) s'agissant du personnel médical. L'évolution des effectifs soignants est néanmoins hétérogène, la diminution du personnel infirmier étant compensée par la hausse des aides-soignants.

Ces évolutions reflètent les difficultés de recrutement auxquelles est confronté l'EPSVE qui s'expliquent à la fois par un facteur national (la faible attractivité du secteur de la santé mentale) et des facteurs locaux : une faible attractivité départementale conjuguée à une crise du logement.

Cela se traduit par un recours accru aux personnels contractuels, un taux de rotation en forte hausse, un nombre élevé de postes vacants (dont une cinquantaine de postes médicaux et 80 postes d'infirmiers), un recours exponentiel aux heures supplémentaires accentué par la crise sanitaire.

L'EPSVE a déployé en réponse un important plan d'attractivité et de fidélisation qui s'est traduit par coût de 1 821 545 € en 2022, mais n'a pas encore établi de bilan permettant d'attester de l'efficacité de ces mesures.

3 LA FIABILITÉ DES COMPTES

3.1 Des comptes certifiés sans réserve sur toute la période

En vertu de l'article L. 6145-16 du CSP, l'EPSVE procède à la certification de ses comptes, le total de ses produits étant supérieur au seuil de 100 M€ prévu par la loi. Ce processus vise à recueillir l'opinion d'audit d'un tiers indépendant pour donner à l'utilisateur de l'information financière une assurance quant à sa régularité (conformité à la loi et aux règlements), sa sincérité et son image fidèle. Le commissaire aux comptes (CAC) donne son opinion par rapport aux normes comptables en respectant les normes d'audit.

Les rapports du CAC de l'EPSVE concluent à une certification sans réserve pour les années 2018 à 2022.

⁴⁵ Source : bilan social de 2020.

En complément des documents de cartographie des risques pour les achats et les ressources humaines, l'EPSVE a établi une cartographie des risques pour le cycle des recettes. Ce document décline les différents risques, leur niveau de probabilité et l'impact financier, ainsi que des mesures à prendre pour réduire ces risques.

3.2 La gestion du patrimoine, le suivi des stocks et autres écritures

Dans son dernier rapport datant de 2011, la chambre relevait des discordances entre l'état de l'actif et l'inventaire des immobilisations et préconisait de porter un effort sur la démarche d'inventaire.

Cette recommandation a été mise en œuvre. L'EPSVE dispose de fiches d'inventaire pour l'ensemble de ses immobilisations où figurent les durées et modes d'amortissement, les plans d'annuités correspondantes, ainsi que les pièces justificatives. Les durées d'amortissement sont conformes aux préconisations de la nomenclature budgétaire et comptable M21 applicable aux établissements publics de santé.

Il dispose aussi d'un inventaire exhaustif des biens mobiliers et du parc informatique. Un lien est fait entre l'état de l'actif et les fiches d'inventaire. Un contrôle par échantillon n'a pas révélé d'irrégularité.

S'agissant des stocks, l'établissement effectue un inventaire une fois par an au magasin général et à la pharmacie auquel s'ajoute des inventaires tournants en cours d'année. Pour les produits sensibles stockés à la pharmacie, des inventaires hebdomadaires sont réalisés. Les écarts de stocks sont enregistrés dans l'outil dédié⁴⁶.

L'EPSVE a procédé à des corrections d'écritures en 2019, 2020 et 2021. Elles ont concerné une réévaluation du montant de la provision CET du personnel médical en 2019 et 2021, de la provision pour l'allocation d'aide au retour à l'emploi et de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, surévaluées en 2020. En 2018, aucune correction d'écriture n'a été enregistrée.

Ce travail atteste des efforts de l'EPSVE pour améliorer la fiabilité de ses comptes.

3.3 Les provisions

Le précédent rapport de la chambre avait jugé insincère la politique de provisionnement de l'EPSVE consistant à surdoter les provisions, en particulier celles concernant les créances irrécouvrables, ce qui avait pour effet de minorer indûment le résultat comptable.

Sur la période, chacune des dotations sur provisions fait l'objet d'une justification.

Les principales dotations aux provisions concernent les CET, l'aide au retour à l'emploi et les risques liés aux marchés de travaux et aux opérations d'aménagement. L'EPSVE prend en compte les évolutions réglementaires qui affectent l'équilibre des provisions, à l'image des revalorisations des jours payés et l'assouplissement des règles de placement de jours sur un CET en 2020⁴⁷.

L'EPSVE enregistre également des provisions pour dépréciation des créances, dès lors qu'un risque objectif de non recouvrement par le comptable des sommes dues est identifié.

⁴⁶ Logiciel de suivi GEF de l'éditeur Cpage.

⁴⁷ En 2020, l'augmentation du nombre de jours inscrits dans les CET concerne principalement le PNM. Elle s'explique par la hausse du nombre de CET, les effets de la crise Covid et une consommation des droits à congé moindre en 2020 par rapport à 2019. En effet, entre 2019 et 2020, 210 agents ont ouvert un CET (contre 126 nouveaux CET l'année précédente).

Les reprises sur provisions sont également suivies de façon rigoureuse en recourant à trois critères : une reprise à hauteur des dépenses réelles ; le non dépassement du montant de la provision préexistante ; le déclenchement uniquement quand le risque n'existe plus et que le contentieux est achevé sans voie de recours possible.

3.4 Des délais de paiement satisfaisants

L'article R. 2192-11 du code de la commande publique prévoit que le délai global de paiement d'un établissement public de santé ne peut excéder 50 jours. L'EPSVE se situe en dessous de ce seuil, avec un délai global de paiement oscillant entre 22 et 31 jours sur la période.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les comptes de l'EPSVE sont fiables. Ils ont été certifiés par le commissaire aux comptes sans réserve sur toute la période.

La comptabilité fait l'objet d'un suivi rigoureux. L'EPSVE suit de bonnes pratiques en matière de gestion comptable et procède à une cartographie des risques.

4 UNE SITUATION FINANCIÈRE EXCÉDENTAIRE, UNE TRÉSORERIE MOMENTANÉMENT ABONDANTE MAIS PLACÉE

Les comptes de l'EPSVE sont scindés en trois budgets : un budget principal pour l'activité hospitalière (H) de 195 M€ ; le budget de la maison d'accueil spécialisée (MAS) de 3,5 M€, le budget de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de 2,5 M€.

Tableau n° 21 : L'évolution du résultat net comptable consolidé

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat net comptable consolidé	1 859 832	619 409	1 647 946	6 944 874	2 087 308
Résultat net du budget principal (H)	1 439 948	509 118	1 766 525	6 641 733	2 169 453
<i>en % du total des produits du budget H</i>	<i>0,92</i>	<i>0,32</i>	<i>0,98</i>	<i>3,41</i>	<i>1,08</i>
Résultat net du budget IFSI (C)	225 607	66 079	166 186	256 257	- 78 787
<i>en % du total des produits du budget C</i>	<i>10,48</i>	<i>3,01</i>	<i>7,41</i>	<i>10,16</i>	<i>- 3,44</i>
Résultat net du budget MAS	194 276	44 212	- 284 765	46 885	- 3 358
<i>en % du total des produits du budget P</i>	<i>6,12</i>	<i>1,50</i>	<i>- 8,89</i>	<i>1,37</i>	<i>- 0,09</i>

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Le budget principal représente 97 % des produits consolidés. Le budget de l'IFSI, bien que faible, a, certaines années, contribué de manière non marginale au résultat consolidé. Ce constat s'est aussi vérifié ponctuellement pour la MAS.

La contribution de ces deux budgets annexes au résultat a cessé en 2022.

L'analyse financière est présentée de manière consolidée (tous budgets confondus).

À titre liminaire il est rappelé l'évolution des modalités de financement de la psychiatrie sur la période.

Encadré n° 1 : L'évolution du financement de la psychiatrie

Jusqu'en 2022, les services et établissements de psychiatrie étaient financés par une dotation annuelle de financement (DAF) augmentée chaque année d'un pourcentage fixé par les tutelles. L'augmentation de cette DAF a cependant été contrainte et, depuis dix ans, deux fois moindre que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le 1^{er} janvier 2022, en application du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, le budget alloué est, pour partie dépendant de l'activité en psychiatrie.

Ce financement est composé à 80 % d'une dotation dite « populationnelle » corrélée à des variables sociodémographiques. Sur les 20 % restants, 15 % sont attribués selon l'importance de la file active, et le restant se répartit selon la pratique d'activités dites spécifiques, le niveau de qualité des soins, la pratique d'activités de recherche, de nouvelles activités, la mise en œuvre de transformations, et la qualité du codage.

4.1 Une exploitation en excédent sur toute la période

L'EPSVE affiche un excédent sur l'ensemble de la période sous revue, l'importante progression des charges⁴⁸ ayant été compensée par la forte dynamique des produits.

Tableau n° 22 : Résultats consolidés de l'EPSVE (budget principal, MAS)

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Produits d'exploitation	161 904 275	164 588 097	183 394 923	193 021 402	205 145 643	26,7
Charges d'exploitation	158 825 610	163 467 349	180 505 122	188 481 654	200 576 371	26,3
Résultat d'exploitation	3 078 665	1 120 748	2 889 801	4 539 747	4 569 272	48,4
Résultat financier	- 812 889	- 765 796	- 894 541	- 847 053	- 1 011 450	- 24,4
Produits exceptionnels	750 885	1 723 103	1 651 425	7 404 907	1 388 587	84,9
Charges exceptionnelles	1 156 829	1 458 647	1 998 739	4 152 726	2 887 534	149,6
Résultat exceptionnel	- 405 944	264 457	- 347 314	3 252 181	- 1 498 947	269,2
TOTAL DES PRODUITS	162 655 160	166 311 200	185 046 348	200 426 308	206 562 690	27,0
TOTAL DES CHARGES	160 795 405	165 691 792	183 398 402	193 481 433	204 475 381	27,2
RÉSULTAT	1 859 755	619 409	1 647 946	6 944 875	2 087 308	12,2
Résultat global/Total produits (en %)	1,14	0,37	0,89	3,47	1,01	

Source : comptes financiers, retraitement CRC

4.1.1 Les produits

La dotation annuelle de financement représente 90 % des produits courants. Bien que marginales en proportion, les recettes issues de la prise en charge des patients étrangers et autres établissements et les subventions reçues sont les deux postes qui progressent le plus⁴⁹.

⁴⁸ L'analyse financière est réalisée en euros courants. L'évolution des charges intègre donc la hausse de l'indice des prix à la consommation qui a été de + 5,2 % en 2022.

⁴⁹ S'agissant des subventions reçues, cela s'explique par le subventionnement, par l'ARS, via l'EPSVE, de deux associations (Bol d'Air et La Trame) à hauteur de 175 000 € chacune. Ces associations ont été retenues dans le cadre de l'appel à projets national du fonds pour l'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) en 2021 et 2022. L'ARS octroie des financements pendant trois ans. Ne pouvant octroyer des crédits FIOP à des structures associatives, l'ARS verse ces subventions à l'EPSVE qui les reverse immédiatement aux deux associations. Une convention encadre ce dispositif.

Tableau n° 23 : Les produits courants

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
Dotation annuelle de financement	143 051 831	143 667 896	156 104 897	168 514 719	177 458 261	24,1
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie	6 854 668	6 298 106	7 240 437	8 323 580	9 774 857	42,6
dont produits à la charge des patients et complémentaires santé	4 195 999	3 968 332	3 697 245	3 766 010	3 605 861	- 14,1
dont produits sur patients étrangers et autres établissements	2 658 670	2 329 773	3 543 192	4 557 571	6 168 996	132,0
= Produits de l'activité	153 021 423	152 891 729	166 213 978	179 875 225	190 716 369	24,6
+ Produits annexes	2 351 114	2 873 205	3 880 469	2 907 781	2 263 558	- 3,7
+ Prestations de services, travaux, études, divers	234 513	195 960	172 472	198 403	163 463	- 30,3
+ Subventions	2 259 255	2 829 965	4 301 484	4 028 019	4 031 571	78,4
+ Autres produits de gestion	659 852	825 845	731 672	751 165	1 368 818	107,4
= Produits courants de fonctionnement	158 526 157	159 616 704	175 300 074	187 760 592	198 543 778	25,2
+ Produits financiers réels (y c. gains de change)	0	0	0	0	28 434	
= Produits courants	158 526 157	159 616 704	175 300 074	187 760 592	198 572 212	25,3
<i>En % du total des produits</i>	<i>97,46</i>	<i>95,97</i>	<i>94,73</i>	<i>93,68</i>	<i>96,13</i>	
<i>Subventions totales / Produits courants</i>	<i>1,43</i>	<i>1,77</i>	<i>2,45</i>	<i>2,15</i>	<i>2,03</i>	
<i>Produits de l'activité / Produits courants (en %)</i>	<i>96,53</i>	<i>95,79</i>	<i>94,82</i>	<i>95,80</i>	<i>96,04</i>	

4.1.2 Les charges

Sur la période, les charges courantes ont progressé plus vite que les produits courants. Trois postes affichent une hausse particulièrement marquée :

- les charges de fluides et consommables dont l'augmentation, concentrée sur l'année 2022, s'explique par l'accroissement subit de leurs prix ;
- la blanchisserie ;
- les subventions accordées (cf. *supra*).

Tableau n° 24 : Les charges courantes

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution en %
+ Achats	8 106 348	8 279 170	8 100 206	8 570 537	13 192 903	62,7
dont achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique	1 186 973	1 221 114	1 443 453	1 358 953	1 594 900	34,4
dont fluides et autres consommables	4 025 204	4 283 317	3 679 080	4 119 469	7 887 824	96,0
+ Services extérieurs	7 920 130	9 035 470	10 851 087	10 955 597	12 767 579	61,2
dont entretien et réparations à caractère non médical	2 161 483	2 609 148	3 609 846	2 982 500	3 204 147	48,2
dont blanchisserie à l'extérieur	510 454	547 786	471 233	592 589	921 801	80,6
+ Charges totales de personnel	128 414 778	130 802 671	144 312 483	152 448 404	158 322 279	23,3
+ Autres charges de gestion	550 164	1 836 729	1 050 730	885 865	1 183 534	115,1
dont subventions accordées	88 373	56 500	76 340	552 987	538 851	509,7
+ Frais financiers réels (y c. pertes de change)	812 889	765 796	894 541	847 054	1 011 477	24,4
= Charges courantes	145 833 184	150 787 957	165 263 075	173 775 108	186 538 524	27,9
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>92,68</i>	<i>95,51</i>	<i>95,59</i>	<i>93,81</i>	<i>95,12</i>	<i>2,6</i>
<i>Frais de personnel / Charges courantes (en %)</i>	<i>88,06</i>	<i>86,75</i>	<i>87,32</i>	<i>87,73</i>	<i>84,87</i>	<i>- 3,6</i>

Source : comptes financiers (ANCRE⁵⁰)

Bien qu'en progression substantielle, les charges de personnel progressent légèrement moins vite que les produits d'activité.

Tableau n° 25 : Évolution des taux de marge aidée et non aidée

En €	2018	2019	2020	2021	2022
Marge brute	13 560 197,17	9 070 562,90	9 788 816,42	13 473 329,58	11 481 506,16
Marge brute hors aides financières	- 132 303 815,73	6 984 722,00	8 424 206,42	11 473 329,58	n.c.
Taux de marge brute (en %)	X	5,660	5,576	7,166	5,76
Taux de marge brute (hors aides financières) (en %)	X	4,416	4,836	6,168	n.c.

Source : comptes financiers (ANCRE)

Les taux de marge (avec aides et hors aides) se situent au-dessus de la médiane des établissements psychiatriques⁵¹.

4.1.3 Du résultat à la capacité d'autofinancement

Les fluctuations du résultat s'expliquent par les régularisations opérées sur les provisions et par la vente de certains actifs : en 2021, l'EPSVE a vendu à la mairie de Neuilly-sur-Marne, pour 3,6 M€, une parcelle de terrain en vue de la construction d'un lycée.

Bien que fragilisée sur la période, à l'exception de 2021 où sa progression s'explique par des aides exceptionnelles, la capacité d'autofinancement demeure au niveau de la médiane des établissements de même catégorie⁵².

⁵⁰ ANCRE est la matrice des comptes financiers que les établissements de santé envoient à l'ARS.

⁵¹ Le taux de marge brute médian est de 3,8 % pour les établissements psychiatriques d'Île-de-France en 2021.

⁵² Laquelle est de 5,9 % pour les établissements psychiatriques d'Île-de-France en 2021.

Tableau n° 26 : Capacité d'autofinancement de l'EPSVE entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat des comptes de résultat	1 859 755	619 409	1 647 946	6 944 874	2 087 308
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	13 105 586	12 550 075	15 127 094	14 204 405	13 562 909
- Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (C78)	2 191 912	4 218 131	7 941 133	5 065 521	6 476 835
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)	7 994	46 684	18 276	168 532	17 843
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	.	520 001	850	3 675 900	1 250
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (C777)	21 880	21 816	26 944	320 553	303 792
Capacité d'autofinancement (CAF) / insuffisance d'autofinancement (IAF) de l'exercice	12 759 543	8 456 221	8 824 388	12 255 838	8 886 184
Taux de CAF (en %)	7,89	5,11	4,78	6,14	4,32

Source : comptes financiers (ANCRE)

4.2 Le financement des investissements

La capacité d'autofinancement cumulée de l'EPSVE entre 2018 et 2022 s'est élevée à 51,1 M€. Elle a, pour un quart, été consacrée au remboursement des annuités en capital de la dette (13,7 M€).

La capacité d'autofinancement nette, bien que fragilisée et erratique depuis 2019, demeure positive et s'élève à 37,4 M€ sur la période. Les subventions d'équipement reçues ainsi que les produits de cession ont permis de porter le financement propre disponible cumulé à 52,9 M€, soit 81 % des dépenses d'investissements réalisées sur la période.

Tableau n° 27 : Le financement des investissements

En €	2018	2019	2020	2021	2022	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	12 759 543	8 456 221	8 824 388	12 255 838	8 886 184	51 182 174
dont CAF budget hospitalière (H)	12 124 471	8 118 077	8 577 823	11 721 923	8 730 831	49 273 125
dont CAF budget C	255 893	89 893	244 142	305 388	- 38 684	856 632
dont CAF budgets L, M, N, P	379 256	248 251	2 423	228 527	194 036	1 052 493
- Annuité en capital de la dette	2 093 607	2 610 613	2 622 849	2 638 897	3 768 500	13 734 466
= Capacité d'autofinancement nette (a)	10 665 936	5 845 608	6 201 539	9 616 941	5 117 684	37 447 708
<i>en % du produit total</i>	<i>6,6</i>	<i>3,5</i>	<i>3,4</i>	<i>4,8</i>	<i>2,5</i>	<i>4,1</i>
+ Apports en capital	0	1	0	1 266 172	0	1 266 173
+ Subventions d'équipement reçues	2 524 458	1 360 852	0	2 984 462	3 120 000	9 989 772
+ Produits de cession	0	520 001	850	3 675 900	1 250	4 198 001
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	2 524 458	1 880 854	850	7 926 534	3 121 250	15 453 946
= Financement propre disponible (a + b)	13 190 471	7 726 462	6 202 389	17 543 475	8 238 934	52 901 731
<i>Financement disponible / Dépenses d'équipement (en %)</i>	<i>147</i>	<i>83</i>	<i>44</i>	<i>82</i>	<i>70</i>	<i>81</i>
- Dépenses d'équipement réelles	8 944 033	9 349 152	14 124 564	21 333 147	11 721 396	65 472 292
dont immobilisations incorporelles	505 850	511 091	316 476	615 967	416 507	2 365 891
dont terrains, constructions et agencements	1 007 522	757 723	1 503 964	1 581 492	1 991 979	6 842 680
dont autres immobilisations corporelles	883 240	956 849	2 209 308	3 720 604	1 478 920	9 248 921
dont immobilisations en cours	6 547 421	7 123 490	10 094 816	15 415 085	7 833 990	47 014 802
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	12 692	5 933	5 901	1 268 248	- 356 370	936 404
= Besoin (-) ou capacité (+) de financement propre	4 233 746	- 1 628 622	- 7 928 076	- 5 057 921	- 3 126 093	- 13 506 966
+ Nouveaux emprunts de l'année	11 303 499	7 711	14 703 026	20 006 445	10 008 546	56 029 227
dont autres obligations et dettes financières	11 300 000	0	14 700 000	20 000 000	10 000 000	56 000 000
dont autres dettes et cautionnements	3 499	7 711	3 026	6 445	8 546	29 227
= Variation du fonds de roulement	15 537 245	- 1 620 911	6 774 950	14 948 524	6 882 453	42 522 261

Source : comptes financiers (ANCRE), retraitement CRC

En dépit d'une politique d'investissement volontariste (l'EPSVE investit chaque année l'équivalent de 5 % à 10 % de son actif immobilisé brut), le besoin de financement est demeuré limité (13,5 M€).

L'EPSVE a néanmoins contracté pour 56 M€ de nouveaux emprunts, abondant ainsi son fonds de roulement de plus de 42,5 M€. L'établissement justifie cette sur-couverture du besoin de financement par ses programmes d'investissement à venir et les faibles taux d'intérêt sur la période. L'EPSVE a en effet réalisé deux emprunts par anticipation : le premier fin 2021 à un taux de 0,82 %, et le second fin 2022 à un taux de 2,52 %.

Les sommes ont été placées sur un compte à terme auprès du Trésor public ; placement qui devrait rapporter environ 0,3 M€ en 2023 (et vraisemblablement autant en 2024). Considérant que les taux sont actuellement de 4,5 %, sans perspective baissière de court ou moyen terme, cette opération s'avère bénéficiaire⁵³.

4.3 L'analyse bilancielle

4.3.1 Un fonds de roulement dont la forte progression repose pour l'essentiel sur l'accroissement de l'endettement

Les ressources stables sont en hausse de 79,6 M€, entre 2018 et 2022. Hors amortissements, cette progression est de 55,7 M€ et repose à 60 % sur l'augmentation des dettes financières.

Tableau n° 28 : Les ressources stables

RESSOURCES STABLES	2018	2019	2020	2021	2022
Apports, fonds associatifs	7 280 150	7 280 151	7 280 151	8 546 323	8 546 323
Excédent affecté à l'investissement	42 374 954	42 600 561	42 600 561	42 819 162	42 819 162
Réserve de trésorerie	12 255 206	12 255 206	12 255 206	12 255 206	12 255 206
Réserve de compensation	53 531	53 531	53 531	53 531	53 531
Réserve de compensation des charges d'amortissement	40 561	40 561	40 561	40 561	40 561
Report à nouveau	304 233	256 586	322 666	900 782	7 798 772
Report à nouveau	- 3 090 645	- 2 440 721	- 1 859 162	- 353 886	- 307 001
Résultat de l'exercice	1 859 832	619 409	1 647 946	6 944 874	2 087 308
Provisions réglementées (renouvellement des immobilisations)	7 129 415	7 511 544	7 798 489	8 003 790	8 177 630
Provisions pour risques et charges	11 836 335	13 690 686	15 616 606	16 266 962	14 574 278
Subventions d'investissement	2 809 566	4 148 602	4 121 659	6 566 967	9 383 175
Amortissement des immobilisations	104 413 211	109 890 652	115 608 942	121 150 502	128 297 656
Dépréciation des comptes de tiers	2 849 595	3 880 327	2 069 887	2 417 689	2 977 564
Emprunts	26 065 466	23 462 565	35 542 742	52 910 289	59 150 336
TOTAL DES RESSOURCES	216 181 411	223 249 661	243 099 783	278 522 754	295 854 501

Source : comptes financiers (ANCRE)

Pour autant, les indicateurs d'endettement demeurent en dessous des trois seuils d'alerte définis à l'article D. 6145-70 du CSP et la nature de l'encours ne présente pas de risque, tous les emprunts étant à taux fixes (cotés 1A selon les critères de la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales).

⁵³ L'opération devrait ainsi être bénéficiaire de 48 000 € en 2023.

Tableau n° 29 : Les indicateurs d'endettement

	2018	2019	2020	2021	2022	Seuils (article D.6145-70 du CSP)
% Taux d'endettement (dette/total des produits) en €	16,12	14,17	19,27	26,49	28,74	30,00
Durée apparente de la dette	2,04	2,77	4,03	4,32	6,66	10 ans
%Taux d'indépendance financière en €	23,93	21,43	28,34	35,75	36,40	50,00

Source : comptes financiers (ANCRE)

Tableau n° 30 : Les emplois stables

EMPLOIS STABLES en valeur brute	2018	2019	2020	2021	2022
Immobilisations (valeur brute)	185 868 957	194 558 118	207 633 290	228 107 737	238 557 030
Compte 20	3 073 022	3 584 113	3 898 291	4 514 258	4 930 765
Compte 21	167 344 518	169 807 976	189 641 173	201 038 291	207 000 857
Compte 23	15 264 718	20 973 398	13 895 294	21 088 409	25 514 998
Compte 27 sauf 2768	186 698	192 630	198 531	1 466 779	1 110 409
Créance dite "de l'article 58"	7 150 268	7 150 268	7 150 268	7 150 268	7 150 268
TOTAL DES EMPLOIS	193 019 225	201 708 386	214 783 557	235 258 005	245 707 298
FONDS DE ROULEMENT	23 162 186	21 541 275	28 316 226	43 264 750	50 147 203

Source : comptes financiers (ANCRE)

En dépit d'une augmentation des immobilisations de plus de 52 M€ (en valeur brute), le fonds de roulement a ainsi progressé de près de 27 M€ sur la période.

4.3.2 Un besoin en fonds de roulement en forte contraction

Dans le même temps, le besoin en fonds de roulement a été divisé par 10 sous l'effet du doublement des dettes d'exploitation, sans pour autant que cela ne conduise l'établissement à dépasser les plafonds réglementaires en matière de délais de paiement.

Tableau n° 31 : Le besoin en fonds de roulement

PASSIF CIRCULANT	2018	2019	2020	2021	2022
Dettes d'exploitation	6 373 753	7 298 234	8 478 697	8 498 552	11 081 296
Dettes diverses	211 241	134 803	151 376	3 398 436	1 079 584
Produits constatés d'avance -c 487	4 221 415	5 859 698	8 660 608	7 071 083	8 063 873
Recettes à classer ou à régulariser	275 361	340 982	122 648	111 667	196 239
TOTAL II	11 081 769	13 633 717	17 413 328	19 079 738	20 420 992
ACTIF CIRCULANT (en valeur brute)	2018	2019	2020	2021	2022
Stocks et en cours	985 740	1 039 986	1 198 260	1 263 665	1 047 855
Créances d'exploitation (hors créance art 58)	16 321 817	11 647 609	14 414 508	18 115 906	17 751 742
Créances diverses	4 554 429	6 878 332	4 447 530	2 695 175	2 681 800
Charges constatées d'avance			0	83 532	27 865
Dépenses à classer ou à régulariser	1 665	24 365	0	0	0
TOTAL II	21 863 650	19 590 292	20 060 298	22 158 278	21 509 263
Besoin en fonds de roulement	10 781 881	5 956 575	2 646 970	3 078 539	1 088 270

Source : comptes financiers (ANCRE)

4.3.3 Une trésorerie momentanément surabondante...

La forte progression du fonds de roulement conjuguée à une contraction du besoin en fonds de roulement a engendré le triplement du niveau de trésorerie sur la période qui représente, fin 2022, 95 jours de charges courantes, soit un niveau deux fois supérieur à la médiane des établissements comparables.

Tableau n° 32 : Trésorerie

TRÉSORERIE	2018	2019	2020	2021	2022
Fonds de roulement	23 162 186	21 541 275	28 316 226	43 264 750	50 147 203
<i>FRNG en jours de charges courantes</i>	<i>57,71</i>	<i>51,83</i>	<i>62,21</i>	<i>90,21</i>	<i>97,47</i>
Besoin en fonds de roulement - calculé	10 781 881	5 956 575	2 646 970	3 078 539	1 088 270
<i>BFR en jours de charges courantes</i>	<i>26,86</i>	<i>14,33</i>	<i>5,81</i>	<i>6,42</i>	<i>2,12</i>
Trésorerie	12 380 306	15 584 701	25 669 256	40 186 210	49 058 933
<i>Trésorerie en jours de charges courantes</i>	<i>30,85</i>	<i>37,50</i>	<i>56,39</i>	<i>83,79</i>	<i>95,36</i>

Source : comptes financiers (ANCRE)

Cette hausse de 36,7 M€ repose en quasi-totalité sur une progression de l'endettement (+ 33,1 M€).

4.4 ...ayant vocation à être mobilisée pour le financement d'opérations foncières de grande ampleur

Le dernier plan global de financement pluriannuel couvre la période 2022-2030. Il contient un volet portant sur la reconversion du site historique de Neuilly-sur-Marne (120 M€), et un second sur les autres opérations immobilières (60 M€).

Il prévoit le financement de ces opérations par le maintien d'une capacité d'autofinancement à hauteur de 6 M€, la mobilisation de son fonds de roulement et des subventions d'investissement exceptionnelles dans le cadre du Ségur de la santé.

L'EPSVE est en effet le premier bénéficiaire des 161 projets structurants financés par le Ségur de la santé. Il recevra une enveloppe de 80 M€ pour rénover le site historique de Neuilly-sur-Marne et ses structures ambulatoires disséminées sur une soixantaine de sites, et créer une unité pour malades difficiles.

Implanté sur près de 110 hectares, l'EPSVE est l'un des plus gros propriétaires fonciers de la Seine-Saint-Denis. La prise en charge ambulatoire, représentant aujourd'hui 80 % de son activité, a laissé une partie importante du bâti inoccupée ou en sous-occupation.

En 2018, un quart du patrimoine foncier (28 hectares) a fait l'objet d'une promesse de vente destinée à la rénovation du site, rompue en juin 2020 en raison du blocage de la vente de ce foncier par la commune et l'établissement public territorial.

Le fruit de la vente devait servir à réhabiliter les bâtiments sur le site historique à Neuilly-sur-Marne. Suite à l'annulation de la vente, l'EPSVE a alors sollicité une aide de 100 M€ auprès de l'ARS (57 M€ pour la non-vente et le reste pour les surcoûts de travaux à venir). L'ARS, via le Ségur, a octroyé 80 M€ à l'EPSVE, auxquels s'ajoutent des crédits de restauration des marges financières.

L'EPSVE a, en conséquence, maintenu un programme d'investissement à hauteur de 180 M€ sur dix ans qui se décomposent comme suit :

Tableau n° 33 : Principales caractéristiques du projet immobilier

Immobilier	Investissement
57 sites :	180 M€ d'investissement sur 10 ans dont :
- 170 000 m ² surface plancher totale	- Neuilly-sur-Marne : 120 M€
- 120 000 m ² pour le site de Neuilly-sur-Marne	- Montreuil : 20 M€
	- Aubervilliers : 19 M€
	- Saint-Denis : 6 M€

Source : projets immobiliers - EPSVE

Ce projet intègre non seulement la transformation de quatre sites d'hospitalisation adulte et un site de pédopsychiatrie, mais aussi la recherche de solutions pour regrouper les structures ambulatoires.

Les investissements sur le site d'Aubervilliers, mis en service en 2022, ont permis le doublement de la capacité du site⁵⁴, qui passe ainsi à 100 lits d'hospitalisation par transfert de lits du site historique de Neuilly-sur-Marne.

Cette extension accueille des patients originaires des secteurs de Drancy-Le Bourget et Bobigny-Pantin et permet ainsi de rapprocher de leur domicile 600 patients qui étaient, jusqu'en 2022, accueillis sur le site de Neuilly-sur-Marne.

4.5 L'incidence incertaine de la réforme du financement de la psychiatrie

Par le décret n° 2021-1255 du 19 septembre 2021, l'État a refondu en profondeur le mode de financement des activités de psychiatrie. Huit dotations distinctes sont désormais versées, dont une importante pour la couverture populationnelle, une pour la file active et une pour la qualité du codage⁵⁵ de l'information médicale.

Lors de la préparation de la réforme, une simulation a fait apparaître des gagnants (CHU⁵⁶ et EPS⁵⁷ disposant d'une unité de psychiatrie) et des perdants, dont les établissements publics spécialisés. L'EPSVE avait anticipé une perte de 4,4 M€ par rapport à sa dotation historique.

Dans les premières simulations transmises officiellement aux établissements en 2020, la perte de dotation était confirmée, mais moindre (2,7 M€) que celle estimée par l'EPSVE.

En 2021, des travaux ont été menés pour amender des aspects de la réforme. L'incidence est, à ce jour, réduite à une perte estimée de 0,2 M€ pour l'EPSVE. Toutefois,⁵⁸ l'établissement n'a pas obtenu d'explication sur le détail de ces nouvelles simulations et leurs déterminants.

L'EPSVE ne dispose donc, mi 2023, d'aucune visibilité sur ses recettes futures.

4.6 Un plan global de financement pluriannuel des investissements reposant sur des hypothèses volontaristes

L'EPSVE a néanmoins dû élaborer un plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2030 suite à l'octroi de la subvention d'investissement au titre du Ségur de la santé mentionnée précédemment.

Ce PGFP fait reposer le financement des investissements (191 M€) et le remboursement des annuités en capital de la dette (31 M€) sur :

- des subventions d'investissement à hauteur de 83,7 M€ (dont 78 M€ de l'ARS et 5,48 M€ de la région Île-de-France) ;
- un recours à l'emprunt à hauteur de 20 M€ ;
- des produits de cession marginaux (1,5 M€) ;
- un prélèvement sur le fonds de roulement de plus de 21,5 M€, soutenable pour l'établissement compte tenu du niveau actuel de son fonds de roulement ;

⁵⁴ Extension de 4 500 m² par création de trois nouveaux bâtiments dans le prolongement du site actuel.

⁵⁵ Le codage permet d'enregistrer les diagnostics et les actes réalisés selon une nomenclature partagée par les établissements.

⁵⁶ Centre hospitalier universitaire.

⁵⁷ Établissement public de santé.

⁵⁸ ARS, fédération hospitalière de France, Ministère de la santé.

- une capacité d'autofinancement brute de 93 M€, soit une CAF brute supérieure à 10 M€ en moyenne chaque année, conforme au niveau observé sur la période 2018-2022.

Cette hypothèse de contribution de la CAF brute au financement global du projet repose toutefois sur des hypothèses particulièrement volontaristes. L'ARS ayant demandé à l'établissement de construire son PGFP sur une hypothèse de stagnation des recettes et d'inclure en revanche un glissement vieillesse technicité de + 0,5 % impactant à la hausse la masse salariale d'autant (à effectifs constants), le maintien de la capacité d'autofinancement projetée ne peut reposer dès lors que sur la mise en œuvre d'un plan d'économies significatives.

Ce plan d'efficience, qui va impliquer une réduction de la masse salariale, semble peu compatible avec la nécessité de pourvoir les postes vacants pour répondre aux besoins croissants du territoire en matière de santé mentale.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'EPSVE affiche un excédent sur l'ensemble de la période sous revue, l'importante progression des charges ayant été compensée par la forte dynamique des produits.

Bien que fragilisée sur la période, la capacité d'autofinancement demeure au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie.

En dépit d'une politique d'investissement volontariste (l'EPSVE investit chaque année l'équivalent de 5 % à 10 % de son actif immobilisé brut), son besoin de financement est demeuré limité (13,5 M€).

L'EPSVE a néanmoins contracté pour 56 M€ de nouveaux emprunts, abondant ainsi son fonds de roulement de plus de 42,5 M€. Il justifie cette sur-couverture du besoin de financement par ses programmes d'investissement futurs et les faibles taux d'intérêt sur la période.

La forte progression du fonds de roulement conjuguée à une contraction du besoin en fonds de roulement a en effet engendré le triplement du niveau de trésorerie depuis 2018, laquelle représente, fin 2022, 95 jours de charges courantes, soit un niveau deux fois supérieur à la médiane des établissements comparables.

Cette trésorerie momentanément surabondante sera mobilisée, dès 2024, pour le financement des opérations foncières de grande ampleur à venir. Dans l'attente, elle fait l'objet d'un placement sur un compte à terme dont les produits se sont élevés à 0,3 M€ en 2023.

Suite à la réforme du financement de la psychiatrie, l'EPSVE ne dispose d'aucune visibilité sur ses recettes et, partant, sur sa trajectoire d'exploitation future. Le plan global de financement pluriannuel qui a vocation à financer 191 M€ d'investissements d'ici 2030, repose sur des hypothèses financières imposées par l'ARS peu soutenables pour l'établissement.

5 LA GESTION OPÉRATIONNELLE DE LA CRISE SANITAIRE PAR L'EPSVE

5.1 Les enjeux de la crise sanitaire

La pandémie de Covid-19 a significativement amplifié les difficultés d'ordre économique, social et démographique du département de la Seine-Saint-Denis⁵⁹.

Le terme de « vague psychiatrique » a été évoqué à l'issue du premier confinement, suite au constat de fortes tensions dans les services des urgences psychiatriques.

Un afflux sans précédent de patients aux urgences avec indication d'hospitalisation s'est produit en juin 2020, aggravé par l'impossibilité de réaliser des admissions en raison de la difficulté à faire sortir les patients présents. Son caractère imprévu et la gravité des troubles rencontrés ont accru les difficultés des services.

Le taux d'occupation des structures psychiatriques a été particulièrement élevé en Seine-Saint-Denis, seul département où ce taux dépasse 95 % sur l'ensemble de la période de référence courant du 5 mai au 26 mai 2020⁶⁰.

L'EPSVE a fait face à une augmentation très forte de la demande, dès l'été 2020, et a assuré 14 à 23 consultations par jour, contre 7 à 8 avant la pandémie.

La première vague a contraint l'établissement à adapter son organisation pour assurer la continuité des soins en psychiatrie et la sécurité tant des patients que du personnel. Les vagues suivantes ont eu un impact moindre sur son fonctionnement.

Alors que l'établissement se préparait à une recrudescence de troubles dépressifs ou anxieux, les patients se sont avérés plus jeunes, sans antécédents psychologiques et en état de crise psychotique aiguë.

Ce surcroît de demandes a eu lieu dans un contexte de manque de personnel et de protocoles sanitaires pesant sur l'organisation : tests PCR et isolement en attente des résultats, fermeture de lits pour supprimer les chambres doubles (réduisant le taux de lits disponibles à 16 pour 87 000 habitants), et sorties d'hospitalisation prématurée pour libérer des places.

5.2 La gouvernance institutionnelle face à la crise

5.2.1 Le cadre juridique de la gestion de crise

L'article L. 3131-7 du CSP précise que « chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale ».

⁵⁹ « Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement », Portrait social, Institut national de la statistique et des études économiques, déc. 2020.

⁶⁰ Annonce du déconfinement le 11 mai 2020.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 impose aux établissements de santé l'obligation de disposer d'un « plan blanc », à savoir un plan d'urgence sanitaire et de crise, déclenché par le directeur de l'établissement, pour planifier la mise en œuvre rapide et rationnelle des moyens indispensables en cas d'afflux de victimes. Il permet la mise en place d'une cellule de crise, placée sur l'autorité du directeur de l'établissement, destinée à coordonner l'ensemble des services pour mobiliser les professionnels pour répondre à la crise, adapter l'activité médicale de l'établissement et renforcer les moyens de l'institution hospitalière.

5.2.2 Le plan blanc de l'établissement

Le plan blanc de l'EPSVE comprend plusieurs volets et fiches annexes faisant l'objet d'une actualisation dès que des alertes sont déclenchées par l'ARS ou d'autres services. Outre une présentation des membres de la cellule de crise et de leurs missions, plusieurs fiches déclinent les risques identifiés et encourus.

L'EPSVE n'est plus classé comme établissement de repli depuis le « plan blanc élargi »⁶¹ actualisé en 2015, en raison de l'absence d'un plateau technique minimum requis (bloc chirurgical, radiologie conventionnelle). Le « plan blanc élargi » ne prévoit donc pas qu'il accueille des patients des établissements dits de première ligne ou de recours.

Durant la pandémie, l'EPSVE a été classé « établissement de troisième ligne ». À ce titre, le pavillon « Orion », dit pavillon plan blanc, a été sollicité, entre mars et juin 2020, pour accueillir l'unité Covid+.

5.2.3 La gestion institutionnelle de la crise

L'EPSVE a organisé dès le mois de février 2020, une comitologie de crise à plusieurs niveaux, coordonnée avec les acteurs externes (dont l'ARS) et internes de l'établissement (direction, encadrement, organisations syndicales).

En interne, un comité de suivi a été mis en place le 25 février 2020, remplacé par une cellule de crise le 11 mars 2020. Celle-ci s'est réunie, jusqu'au 11 juin 2020, à un rythme hebdomadaire. Un comité de direction (Codir) spécifique à la gestion de la pandémie a également été mis en place au printemps. Des réunions avec l'encadrement, les instances de gouvernance et les organisations syndicales ont également été instaurées. Enfin, les conférences regroupant l'ARS, sa délégation départementale de la Seine-Saint-Denis, et les autres acteurs du monde sanitaire et médico-social ont permis de réaliser des états des lieux réguliers de la situation sur le territoire.

En externe, des conférences avec l'ARS et des réunions avec les acteurs de la zone nord et sud ont été organisées régulièrement.

À compter de juin 2020, l'EPSVE a réuni un CREX afin d'analyser les retours d'expérience et ajuster son organisation en vue de la deuxième vague.

Un espace de suivi spécifique pour les sites du nord et du sud du département a été aménagé au sein de la cellule de crise. L'analyse des flux de patients a conduit à créer des zones tampons et à fermer des hôpitaux de jour et des CATTIP afin de redéployer les moyens humains où des priorités de prise en charge avaient été identifiées, telle la psychiatrie infanto-juvénile.

⁶¹ Le plan blanc « élargi », complémentaire au plan blanc, est un outil mis en œuvre par le représentant de l'État dans le département en cas d'afflux de patients ou de victime dans un contexte où l'organisation sanitaire habituelle est dépassée ou susceptible de l'être.

L'EPSVE a participé aux cellules d'appui médico-psychologiques des trois hôpitaux généraux du territoire⁶² pour apporter un soutien aux familles et patients touchés par le Covid-19 en détresse psychologique.

5.3 Une nécessaire adaptation de l'établissement : entre continuité des soins et sécurité des patients et du personnel

5.3.1 La réorganisation des flux et la création de zones tampons

Lors de la première vague, l'EPSVE a réorganisé les flux de patients entrants, compte-tenu de la pénurie d'équipements de protection pour le personnel et de l'absence de tests de dépistage. Il a mobilisé des bénévoles pour confectionner des surblouses, afin de couvrir les besoins dans l'attente de moyens de protection.

Lors des vagues suivantes, l'organisation des soins a été moins bousculée, à mesure de la diffusion des protections du personnel, des tests et de l'augmentation de la couverture vaccinale. Ainsi, les patients Covid + ont été pris en charge dans leur secteur moyennant des mesures d'isolement.

Trois zones tampons ont été créées pour prévenir toute contamination par des patients entrants⁶³. Elles ont fermé à partir du mois de mai 2020. La cellule de crise de l'EPSVE a alors créé un nouveau parcours d'admission directe en UHTP respectant le principe de précaution. Les nouveaux admis, dont ceux présentant un test Covid négatif, ont été confinés dans une chambre seule jusqu'à la fin d'une période d'observation.

Dans la phase de diminution du nombre de cas Covid, la demande de soins en psychiatrie, réduite pendant le confinement, a fortement augmenté. L'ARS a appelé les établissements psychiatriques à fermer leurs unités Covid Psy⁶⁴ non ou sous-utilisées, afin de rationaliser au niveau régional la gestion des lits en psychiatrie. Ils ont conservé la possibilité de transférer les patients Covid+ vers les unités restées ouvertes ou celles indiquées par l'ARS⁶⁵.

5.3.2 Le maintien des soins en ambulatoire grâce à des protocoles sanitaires très stricts

Les consultations ont été maintenues autant que possible, par une adaptation des modalités de suivi et d'accueil permettant le respect des protocoles sanitaires. Cela a permis de limiter la baisse de l'activité ambulatoire à 9 % durant le premier confinement.

Le maintien de l'activité en secteur infanto-juvénile a également été une priorité de l'EPSVE en réservant les prises en charge en présentiel pour les patients les plus instables.

⁶² Hôpitaux Jean Verdier à Bondy, du Raincy-Montfermeil et André Grégoire à Montreuil.

⁶³ Il s'agit de sas pour les patients arrivés directement ou envoyés par les établissements de soins. Y sont obligatoirement orientés les patients ayant fugué plus de 24 heures et ceux ayant séjourné dans un service d'urgence ou en hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique. Ils sont placés, à leur arrivée, dans une chambre seule où une réévaluation somatique et un dépistage Covid sont effectués. Les patients positifs sont transférés dans l'unité « Orion », une unité de 11 lits dédiée aux patients Covid +, conformément aux recommandations nationales et régionales. Entre le 16 mars et le 24 mai 2020, 319 admissions ont été réalisées via la zone tampon, soit 70 % des admissions. Sur la même période, 61 patients ont été admis dans l'unité « Orion », 15 autres ont été pris en charge dans d'autres services.

⁶⁴ Établissements spécialisés en santé mentale : adaptation aux modalités de déconfinement, Direction générale de l'offre de soins, 3 juin 2020.

⁶⁵ En Île-de-France, il s'agit des unités du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre (92) et de l'établissement public de santé Barthélemy Durand (91). Le choix de ces deux structures est justifié par leur nombre de places Covid, parmi les plus élevés (15 places dans les Hauts-de-Seine et 29 en Essonne) en Île-de-France, et leur faible taux d'occupation (0 % et 14 %). La Seine-Saint-Denis ne disposait quant à elle que de quatre lits en Covid-Psy, tous occupés.

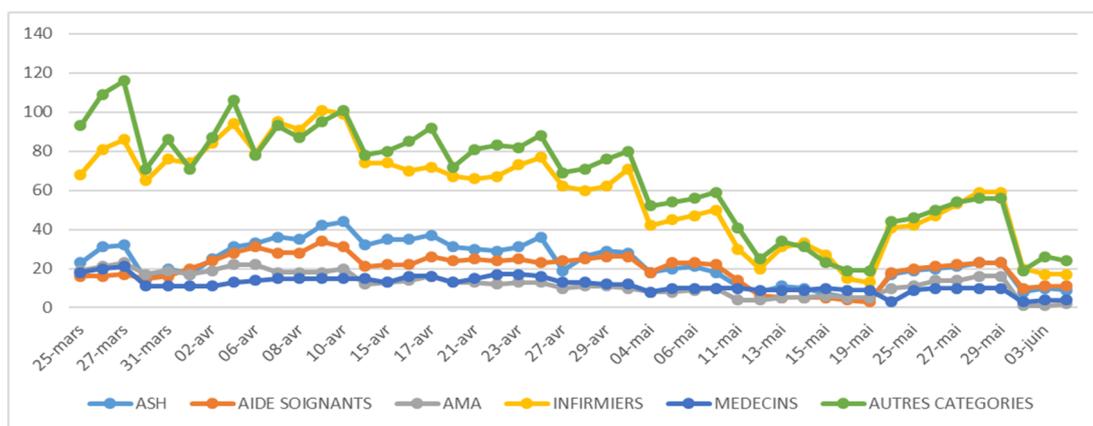
Des dispositifs alternatifs à l'activité ambulatoire ont été mis en place, prenant notamment la forme d'entretiens téléphoniques, qui ont augmenté de 8 % pendant le premier confinement, et de 9 % pendant le deuxième confinement.

L'adaptation des soins a pâti de l'absence de médecin généraliste/somatique. L'information du personnel sur les protocoles limitant les risques de contamination s'est faite régulièrement. Celui-ci a aussi bénéficié de formation sur la réalisation des tests PCR ou la détection de symptômes évocateurs. Le niveau de protection du personnel de soins a toutefois dépendu de la disponibilité en matériels de protection.

5.4 Une hausse de l'absentéisme et un besoin en renforts humains

La maladie a été le principal motif d'absence. Elle a contribué à exacerber les tensions sur le personnel. Les catégories les plus touchées ont été les IDE et autres catégories de personnel (administratifs, techniques, médico-techniques).

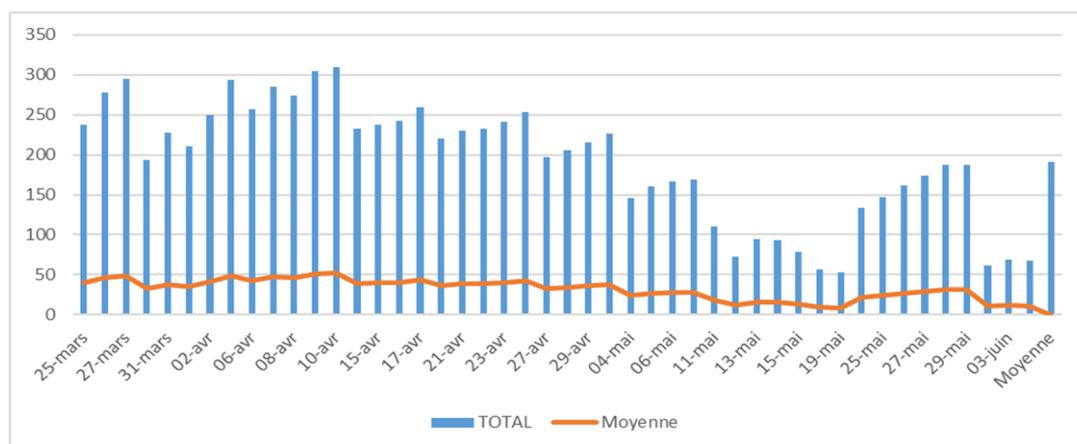
Graphique n° 3 : Nombre hebdomadaire d'agents en arrêt maladie du 25 mars au 3 juin 2020



Source : statistiques de la DRH et du bureau affaires médicales de l'EPSVE

En moyenne, sur la période du 25 mars au 3 juin 2020, l'EPSVE comptabilisait 191 agents absents par semaine pour cause de maladie, sur un total de 2 432 agents soit 7,8 % d'absents par rapport à l'effectif total.

Graphique n° 4 : Agents en arrêt maladie entre le 25 mars et le 3 juin 2020



Source : statistiques de la DRH et du bureau des affaires médicales de l'EPSVE

Durant les huit semaines du premier confinement, l'EPSVE a accusé une baisse de 30 % de son activité, avec 30 % d'agents en moins par rapport à mars-mai 2019.

Cette période de grande tension a nécessité de redéployer des agents des CATTP⁶⁶ et HDJ⁶⁷ fermés vers les unités d'UHTP, et de recourir à du personnel extérieur. L'ESPVE a mis en place des dispositifs afin d'assurer la présence d'agents en nombre suffisant pendant la période de confinement.

Le premier a reposé sur la coopération inter-établissements. L'EPSVE a fait appel aux autres structures sanitaires afin de bénéficier de renforts d'IDE et AS. Un appel au volontariat a été relayé dans plusieurs hôpitaux pour des mises à disposition (MAD) de leurs agents. Au total, 26 agents MAD ont été accueillis pour des périodes de 15 jours en provenance de 8 établissements⁶⁸.

Ensuite, l'EPSVE a eu recours à des agents contractuels (deux médecins du travail pendant un mois et une IDE pendant trois semaines).

Ces mesures ont représenté une dépense de 74 455 €, dont 53 650 € au titre des frais et remboursement de rémunération du personnel MAD de l'EPSVE durant la période.

Les étudiants des IFSI et IFCS ont aussi été mobilisés, en concertation avec les directions des instituts. Une formation a été organisée, dès l'identification des étudiants mobilisables.

5.5 La mise en place de nouveaux modes de travail et dispositifs spécifiques

À l'annonce du premier confinement, l'enjeu critique pour les établissements de santé a été de mettre en place des méthodes et dispositifs de travail encore peu usités dans le secteur hospitalier. À cela, s'est ajoutée la prise en compte des situations individuelles des agents qui pouvaient les éloigner de leur poste, voire exclure toute possibilité de travail à distance.

5.5.1 L'information du personnel

La DRH a organisé 33 réunions d'information entre le 25 février et le 11 mai 2020 sur les dispositifs temporaires et les changements touchant la GRH⁶⁹ tels que les congés, la gestion des absences et la mobilisation des outils de paie.

5.5.2 Les dispositifs exceptionnels et temporaires

L'ESPVE a défini une politique d'autorisations spéciales d'absence (ASA) comportant deux régimes. Le premier, classique, relatif à la garde d'enfant, fut octroyé aux agents n'ayant pas de solutions sur le territoire. Le deuxième, non prévu par la réglementation, a été initié sous le nom « ASA équipe de renfort ». Les agents placés sous ce régime étaient mobilisables à tout moment. L'ASA pouvait être sollicitée sur plusieurs jours, en continu, ou de façon perlée en fonction de la nécessité et continuité de service appréciées par l'encadrement.

Les agents les plus concernés par les ASA étaient les IDE et autres professionnels de soins hors AS, IDE et PM. En moyenne, par semaine, 55 agents étaient placés en ASA.

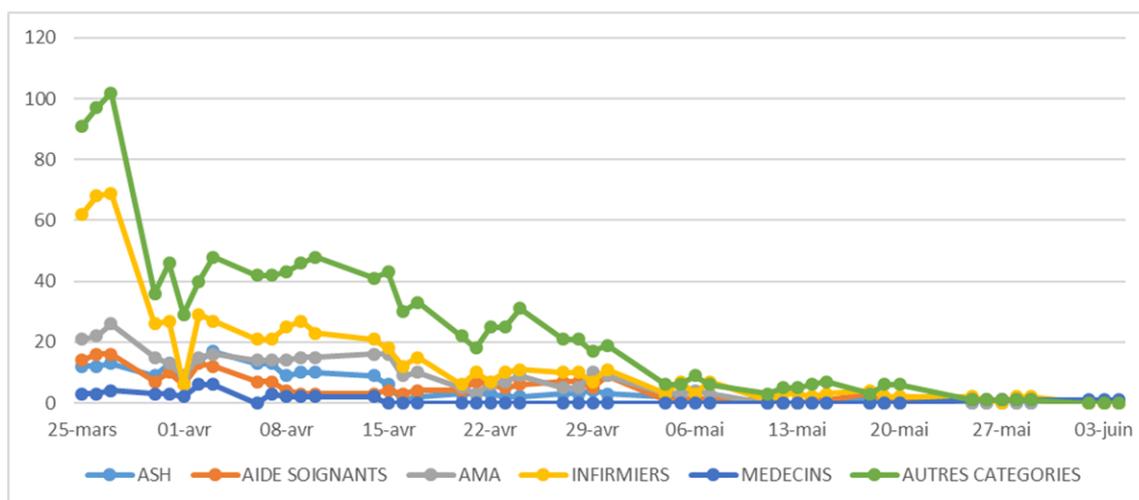
⁶⁶ Centre d'aide thérapeutique à temps partiel.

⁶⁷ Hôpitaux de jour.

⁶⁸ Centre hospitalier (CH) Agen – CH Camille Claudel d'Angoulême – CH Limoges – CH Pays d'Eygurande – CH Perrens à Bordeaux – CH Poitiers – CH Pyrénées à Pau – EPSM à Quimper.

⁶⁹ Gestion des ressources humaines.

Graphique n° 5 : Nombre hebdomadaire d'agents en ASA entre le 25 mars et le 5 juin 2020



Source : statistiques de la DRH et du bureau des affaires médicales de l'EPSVE

5.6 L'aménagement des droits des usagers pendant l'état d'urgence sanitaire

5.6.1 Le droit à un procès équitable : l'accès au juge et à un avocat a été maintenu mais ses conditions dégradées sur quelques mois en 2020

Les audiences foraines du juge des libertés et de la détention (JLD), requérant la présence du juge et du patient, ont été suspendues lors du confinement en accord avec le coordonnateur des JLD, sans pour autant être remplacées par des audiences en visio-conférence. Le coordonnateur des JLD a en effet proposé d'exercer ce contrôle uniquement sur étude de dossiers⁷⁰.

Dans la mesure où l'absence des patients aux audiences ne relevait pas d'une contre-indication due à leur état de santé, mais de la mesure de confinement sanitaire, une mention spécifique apparaissait sur l'avis motivé des intéressés⁷¹.

Les audiences du JLD ont repris progressivement à partir du mois de juin 2020.

5.6.2 La préservation de la liberté d'aller et venir

La restriction des libertés individuelles a été proportionnelle aux risques encourus. Ainsi, les premières dispositions visant à respecter les limitations de déplacement ont conduit l'établissement à restreindre les visites, à compter du 7 mars 2020, et à fournir aux patients sortants un bulletin de sortie et une attestation de déplacement à compter du 23 mars 2020. L'accès à l'information relative à la crise sanitaire, a été favorisé par le biais d'affichages réguliers.

À partir de la mi-mai 2020, les patients pouvaient de nouveau bénéficier de sorties temporaires ou de courte durée, moyennant le respect des consignes sanitaires en vigueur.

⁷⁰ Nonobstant le fait qu'il s'agissait d'une situation exceptionnelle, les professionnels de la justice sont restés sur l'application de l'article L. 3211-12-2-1 du CSP qui ne mentionne plus la possibilité d'un recours à la visioconférence pour la tenue des audiences liées aux soins sans consentement.

⁷¹ « Pour cause du principe de confinement, le patient ne pourra se présenter à son audience prévue ce jour devant le juge des libertés et de la détention ».

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

À l'issue du premier confinement, l'EPSVE a été confronté à une forte augmentation des demandes de prise en charge, qui n'avaient pas été suffisamment anticipées. Dans ce contexte, l'EPSVE a su adapter son organisation et redéployer le personnel pour répondre aux besoins les plus patents.

Les droits des patients ont été globalement garantis, compte tenu du contexte particulier de cette période, en évitant les ruptures de prise en charge qui auraient pu conduire à une dégradation de l'accès aux soins préjudiciables à leur santé.

ANNEXE

Glossaire des sigles

AP-HP	Assistance publique hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASA	Autorisations spéciales d'absences
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAC	Commissaire aux comptes
CAF	Capacité d'autofinancement
CASH	Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre
CATTP	Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDU	Commission des usagers
CET	Compte épargne temps
CGFP	Code général de la fonction publique
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CODIR	Comité de direction
CRC	Chambre régionale des comptes
CREX	Comité de reour d'expérience
CRISTALES	Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
DAF	Dotation annuelle de financement
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DRH	Direction des ressources humaines
EIGS	Évènements indésirables graves associés aux soins

EPS	Établissement public de santé
EPSVE	Établissement public de santé mentale de Ville-Évrard
ETP	Équivalent temps plein
ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
FIOP	Fonds pour l'innovation organisationnelle en psychiatrie
GHT	Groupe hospitalier de territoire
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpitaux de jour
IAF	Insuffisance d'auto-financement
IDE	Infirmier diplômé d'État
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
JLD	Juge des libertés et de la détention
MAD	Mise à Disposition
MAS	Maison d'accueil spécialisée
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PCR	Réaction de polymérisation en chaîne
PH	Praticien hospitalier
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
PNNS	Programme national de nutrition et santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
RSE	Responsabilité sociale et environnementale
TTA	Temps de travail additionnel
UDAF	Union départementale des associations familiales
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UHTP	Unité d'hospitalisation à temps plein

**REPONSE DE L'EPSVE
L'ORDONNATEUR N'A PAS TRANSMIS DE
RÉPONSE AU ROD.**



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes Île-de-France :
www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france

Chambre régionale des comptes Île-de-France
6, Cours des Roches
BP 187 NOISIEL
77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2
Tél. : 01 64 80 88 88
www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france