



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE GERARD MARCHANT DE TOULOUSE (Haute-Garonne)

Exercices 2018 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	4
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. L'ENVIRONNEMENT ET L'ORGANISATION DU CHGM	8
1.1 Les caractéristiques du territoire	8
1.2 L'organisation du CHGM	10
1.3 La coopération institutionnelle de l'établissement.....	11
1.3.1 Le pilotage stratégique du CHGM	11
1.3.2 Les résultats.....	13
2. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	19
2.1 L'évolution de l'activité	19
2.2 La gestion des risques.....	22
2.3 Le parcours de soins	23
2.3.1 La prévention et l'ambulatoire	23
2.3.2 La réadaptation et l'insertion	25
3. LA GESTION DES RESSOURCES	27
3.1 Les ressources humaines	27
3.1.1 Les effectifs.....	27
3.1.2 Le temps de travail	30
3.2 Le patrimoine	33
3.2.1 La valorisation patrimoniale	33
3.2.2 La sécurisation du site.....	35
4. LA FIABILITE DES COMPTES.....	37
4.1 Les amortissements	37
4.2 Les provisions.....	38
4.3 Les régies et la gestion des fonds des hébergés.....	39
5. L'ANALYSE FINANCIERE	41
5.1 La capacité d'autofinancement.....	41
5.2 Les produits d'exploitation.....	42
5.3 Les charges d'exploitation.....	44
5.4 La soutenabilité des investissements	44
5.5 Le bilan de l'établissement.....	45
5.6 L'exercice 2023	46
ANNEXES.....	47
Réponse aux observations définitives	56

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes a procédé sur les exercices 2018 et suivants au contrôle du centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM), situé à Toulouse et spécialisé en santé mentale. L'offre de soins psychiatriques est importante sur le département, secteurs public et privé confondus, et concentrée sur la métropole. La prise en charge par le secteur public s'avère toutefois insatisfaisante face à l'accroissement des besoins.

Un atypisme du secteur psychiatrique qui pèse sur le parcours de soins

L'offre capacitaire du département est importante, avec des densités de lits, en hospitalisation complète, et de psychiatres libéraux supérieures à la moyenne nationale. Elle est toutefois atypique et mal répartie, le secteur privé représentant près de 75 % des lits psychiatriques à temps plein et concentrant son activité sur les troubles les moins lourds. La double contrainte d'une population haut-garonnaise croissante et d'une offre publique sous-dimensionnée contribuent à l'engorgement de la filière psychiatrique publique et génère une insuffisance de la prise en charge des patients. Le volume de patients accueillis par le CHGM diminue sur la période contrôlée. Les durées de séjour, qui recouvrent des réalités disparates, sont longues¹, laissant peu de lits disponibles pour les nouvelles entrées.

L'offre ambulatoire, assurée notamment par les centres médicopsychologiques (CMP) de l'hôpital, est inadaptée. Elle ne répond que très partiellement aux besoins de la population, avec des délais de première consultation allant de six mois à un an. Cela limite la prévention et le suivi des patients et multiplie les risques de décompensations² et d'arrivées aux urgences psychiatriques. La chambre recommande à l'établissement de renforcer l'efficacité des CMP.

Les urgences psychiatriques, situées au CHU de Toulouse, sont saturées et ne peuvent globalement aiguiller les patients que vers le CHGM, le secteur privé participant peu à l'offre de places en aval. L'offre capacitaire privée est importante mais sous-utilisée pour les patients les plus complexes. Les cas traités par le CHGM concernent essentiellement des pathologies lourdes et la part des soins sans consentement y est importante. Les coopérations entre les établissements sont insuffisantes. La chambre recommande donc au CHGM de mettre en place, avec le CHU, une fédération de médecins psychiatres afin de renforcer leur coordination pour une meilleure gestion des urgences.

Une solution complémentaire réside dans la création d'équipes mobiles, dédiées à la prise en charge amont et aval de patients dans les structures extérieures. Le CHGM a répondu à de nombreux appels à projets financés par l'agence régionale de santé (ARS), nécessitant de nouvelles ressources et des changements d'affectation de personnels, et générant un empilement de dispositifs. Cette situation s'accompagne d'un tassement de l'activité sectorielle classique, sans que l'efficacité de ces dispositifs ne soit démontrée. Le CHGM doit donc prioriser ses candidatures auprès de l'ARS et mieux orienter leur déploiement. La chambre recommande de procéder à l'évaluation des dispositifs intersectoriels mis en place.

¹ 80 jours en moyenne en hospitalisation complète, contre 52 jours au niveau national.

² Ruptures de l'équilibre psychique.

Des difficultés marquées dans les ressources humaines et les ressources patrimoniales

Le CHGM connaît une forte progression de ses charges de personnel³, en raison notamment de la dynamique de projets et de dispositifs intersectoriels qui génère une hausse des effectifs, et de l'explosion des heures supplémentaires⁴, parfois supérieures au plafond réglementaire, qui pallie un fort absentéisme. Les effectifs médicaux connaissent des vacances de postes parfois importantes.

Par ailleurs, le site principal, couvrant près de 43 hectares, marqué par la reconstruction consécutive à l'explosion du site AZF en 2001, connaît des fugues régulières de patients, ayant notamment compromis la sécurité publique en janvier 2022. La majorité des bâtiments touchés par la catastrophe sont restés en l'état et interdits d'accès, formant une zone de friche génératrice de surcoûts. La valorisation de ce potentiel patrimonial, ainsi que sa sécurisation, doivent être au cœur du prochain schéma immobilier de l'établissement.

Une fiabilité des comptes et une trajectoire financière à redresser

Le CHGM, qui se prépare à la certification de ses comptes, doit impérativement corriger certaines irrégularités entachant leur fiabilité, notamment s'agissant des provisions.

L'établissement doit également anticiper un effet ciseaux entre ses recettes et dépenses. Sa capacité d'autofinancement (CAF) est maintenue positive grâce à la dotation annuelle non reconductible versée par l'État, pour un total de 32 M€ sur la période, dans le cadre notamment de la crise sanitaire et du Ségur de la santé. La situation financière du CHGM présente un déficit structurel et son cycle d'exploitation est assuré essentiellement par des financements provisoires, suivant en cela un modèle économique non viable.

La réforme du financement des hôpitaux psychiatriques, dont le calendrier d'application est échelonné jusque fin 2025, élargit le champ des financements liés au niveau d'activité. Même si ceux-ci restent minoritaires dans le nouveau régime, l'établissement devra nécessairement revoir ses pratiques actuelles pour bénéficier pleinement des financements liés à la file active⁵ mais aussi pour répondre aux besoins de la population.

Son cycle d'investissement présente aussi des fragilités à moyen terme : il est en effet financé non pas par le cycle d'exploitation, structurellement déficitaire, mais par le bilan. Ce dernier est, en effet, alimenté par l'indemnité d'assurance perçue après la catastrophe AZF, qui n'a pas été entièrement consommée et qui dégage une réserve exceptionnelle, qui a vocation à disparaître.

³ + 5 % en moyenne annuelle.

⁴ +30 % entre 2018 et 2022.

⁵ Définie comme le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'établissement.

RECOMMANDATIONS

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

1. Améliorer la qualité du codage par la mise à jour des diagnostics psychiatriques et l'indication des pathologies somatiques. *Non mise en œuvre*
2. Compléter le recueil de l'information médicale par des données sur l'orientation des patients en aval de l'hospitalisation. *Non mise en œuvre*
3. En lien avec le CHU, mettre en place une fédération de médecins psychiatres afin de renforcer la coopération pour une meilleure gestion des urgences, en conformité avec les dispositions de l'article L6135-1 du CSP. *Non mise en œuvre*
4. Renforcer l'efficacité des centres médico-psychologiques. *Non mise en œuvre*
5. Procéder rapidement à l'évaluation des dispositifs intersectoriels mis en place. *Non mise en œuvre*
6. Appliquer sans délai la durée réglementaire du travail pour le personnel non médical. *Mise en œuvre complète*
7. Respecter sans délai le contingent maximal de 20 heures supplémentaires par mois pour le personnel non médical. *Mise en œuvre partielle*
8. Mettre en conformité l'ensemble des procédures de provisionnement. *Mise en œuvre partielle*

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

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

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

INTRODUCTION

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

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) de Toulouse, spécialisé en psychiatrie, a été ouvert le 16 janvier 2023 par lettre de la présidente de la chambre adressée à M. Bruno Madelpuech, ordonnateur alors en fonctions. Un courrier a également été adressé le 24 janvier 2023 à Mme Catherine Pasquet et M. Alain Mignard, précédents ordonnateurs.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 19 juin 2023, 23 juin 2023 et 3 juillet 2023.

Lors de sa séance du 14 septembre 2023, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Frédéric Artigaut, ordonnateur en fonction à cette date suite au départ de M. Bruno Madelpuech. Mme Catherine Pasquet en qualité d'ordonnateur précédent, en a également été destinataire pour la partie afférente à sa gestion. Par lettre du même jour, M. Alain Mignard, ancien ordonnateur par intérim sur la période de contrôle, a été destinataire d'une lettre de clôture de la procédure. Par ailleurs, des tiers ont été destinataires d'extraits du rapport pour les parties qui les concernent.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 8 mars 2024, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. L'ENVIRONNEMENT ET L'ORGANISATION DU CHGM

1.1 Les caractéristiques du territoire

Le département de la Haute-Garonne compte 1,4 millions d'habitants en 2019, représentant plus de 23 % de la population régionale. Depuis 2013, il compte 17 000 nouveaux habitants chaque année⁶, soit un rythme deux fois plus élevé que la moyenne régionale et trois fois plus que la moyenne nationale sur la même période. Au sein du département, le contraste entre la métropole toulousaine, très dense, et le reste du territoire est marqué, surtout avec la partie sud plus rurale et montagnaise.

La population du département demeure relativement jeune⁷, notamment sur le territoire de la métropole. Le taux d'actifs et le revenu annuel médian sont supérieurs aux moyennes régionale et nationale⁸. Ces indicateurs sociaux, bien que globalement satisfaisants, masquent des contrastes entre le nord et le sud du département, qui présente des valeurs moins favorables, ainsi qu'entre les quartiers de la métropole toulousaine, dont certains sont marqués par la précarité.

En psychiatrie, différents modes de prise en charge hospitalière existent : l'hospitalisation à temps plein (hospitalisation complète 24h/24), l'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et la prise en charge ambulatoire, y compris l'hospitalisation à domicile⁹. La Haute-Garonne compte 1 765 lits pour les prises en charge à temps complet (soit 128 places pour 100 000 habitants, supérieur au niveau régional¹⁰) et 590 places pour les prises en charge à temps partiel (soit 43 places pour 100 000 habitants, l'équivalent du niveau régional).

À l'instar de l'offre capacitaire en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'offre en psychiatrie est concentrée sur le territoire de la métropole : la moitié des lits de psychiatrie du département pour les hospitalisations à temps complet et les trois quarts des places pour les hospitalisations à temps partiel. En dehors de l'aire toulousaine, la majorité des territoires ne possèdent aucun lit en service de psychiatrie. Ce constat est toutefois à nuancer : en raison de la concentration de la population et des infrastructures de transports, seulement 7,5 % de la population du département est à plus de 30 minutes d'une unité d'hospitalisation psychiatrique à temps plein¹¹. L'offre en psychiatrie est donc en théorie accessible pour la majorité de la population.

Le territoire est découpé en secteurs psychiatriques. Il s'agit de l'aire territoriale au sein de laquelle l'offre de soins doit être assurée, en fonction du domicile du patient. Les secteurs couvraient historiquement 70 000 adultes et 200 000 enfants et adolescents¹². Pour une population adulte désormais de plus d'un million de personnes dans le département, les secteurs ont aujourd'hui la responsabilité de 135 000 personnes en moyenne, ce que l'ARS confirme. Les hôpitaux publics, ou les hôpitaux privés d'intérêt collectif, sont ainsi chargés d'organiser le parcours des patients entre les différentes unités par secteur, s'agissant de l'hospitalisation comme des services extrahospitaliers¹³. Par ailleurs, même s'ils sont assujettis à cette obligation de prise

⁶ Naissances et nouvelles arrivées.

⁷ Un tiers de la population du département a moins de 25 ans.

⁸ Respectivement : taux de 75,2 % de la population âgée entre 15 et 65 ans (contre 72,9 % au niveau régional et 74,3 % au niveau national) ; revenu médian de 23 k€ (contre 20,7 k€ au niveau régional et 21,7 k€ au niveau national).

⁹ Devenue une activité ambulatoire par ordonnance du 12 mai 2021.

¹⁰ 114 places au niveau régional.

¹¹ Le sud du département étant rattaché au secteur de Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

¹² Rapport de la Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, février 2021.

¹³ Notamment les centres médico psychologiques, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel et les appartements thérapeutiques.

en charge¹⁴, les services d'urgences, souvent regroupés, ne sont pas sectorisés. Les hôpitaux privés à but lucratif ne sont pas assujettis à la sectorisation, ni à l'obligation de prise en charge.

La notion de secteur a été renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016¹⁵, organisant le parcours gradué et coordonné de soins. Dans le cas présent, le découpage sectoriel du CHGM comprend huit secteurs adultes et trois secteurs enfants et adolescents, outre les dispositifs intersectoriels et missions spécifiques pouvant être assurées par l'établissement. Le service psychiatrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse prend en charge un des secteurs adultes, couvrant le centre de Toulouse, et un des secteurs juvéniles¹⁶ (cf. annexe 2).

Même si le modèle national de soins psychiatriques a évolué, avec notamment l'ouverture sur la ville, la forte croissance démographique en Haute-Garonne a généré une inadéquation de la capacité de prise en charge, au regard de l'obligation faite au secteur public. Le projet médical partagé, signé en 2017 au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT), évoque l'hypothèse de la création d'un neuvième secteur de psychiatrie générale, qui permettrait de réduire la population des huit secteurs existants. Mais ce projet se heurte à l'absence de financements par la tutelle (ARS). La contribution aux besoins sanitaires toulousains par l'hôpital de Lavaur, situé dans le Tarn, est également envisagée par les établissements du GHT. Elle mobiliserait néanmoins d'importants moyens et ne pourrait se réaliser sans les financements de l'ARS.

La densité de lits d'hospitalisation complète du département est supérieure à la moyenne nationale mais elle est atypique par la prépondérance de l'offre privée. Quatorze établissements couvrent le champ de la psychiatrie en Haute-Garonne, dont huit sont des entités privées¹⁷. Le secteur¹⁸ privé totalise 75 % des lits d'hospitalisation à temps plein¹⁹. L'offre de soins présente ainsi une asymétrie entre les secteurs privé et public, avec des positionnements stratégiques différents : plus de la moitié des patients en hospitalisation complète au CHGM souffrent de troubles psychotiques graves en diagnostic principal, alors que plus de la moitié des patients en cliniques souffrent de troubles de l'humeur.

À l'exception d'une clinique autorisée par l'État pour la prise en charge des patients en soins à la demande d'un tiers, seuls le CHGM et le CHU²⁰, prennent en charge les patients en soins sans consentement (SSC). Il s'agit de soins psychiatriques dispensés aux personnes jugées pénalement irresponsables ou aux détenus, ainsi que de soins psychiatriques dispensés sur décision du représentant de l'État (SDRE) ou du directeur de l'établissement (SDDE)²¹. Pour améliorer la fluidité de la filière des soins sans consentement, l'ARS a accordé une augmentation de 10 lits à la clinique concernée, sans mise en œuvre à ce stade. Les établissements privés, qui ne peuvent intervenir que dans le cadre d'autorisations nationales, ne proposent pas non plus de prise en charge ambulatoire en CMP. Or, celle-ci regroupe globalement la majorité des patients en psychiatrie. La répartition de la file active globale²² en psychiatrie est ainsi de 75 % dans les

¹⁴ « Responsabilité géo-populationnelle » des établissements.

¹⁵ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a réaffirmé les principes de la sectorisation psychiatrique et défini la psychiatrie de secteur et ses missions (articles L. 3221-3 et L. 3221-4 du code de la santé publique).

¹⁶ Le CHU gère le secteur 7 adulte et le secteur 1 juvénile. Le secteur 3 juvénile, situé à l'ouest, est géré par l'ARSEEA (association régionale pour la sauvegarde de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte).

¹⁷ Clinique de Montberon, clinique Marigny, clinique de Castelviel, clinique de Beaupuy, clinique d'Aufrery, clinique des Cèdres, clinique du château de Seysses, maison de santé de Mailhol.

¹⁸ Au sens économique du terme (et non les secteurs géographiques vus supra).

¹⁹ Seulement 25 % des lits d'hospitalisation à temps plein pour le secteur public (dont 14 % pour le CHGM, 7 % pour le CHU, 4 % pour les autres structures publiques).

²⁰ Ainsi que le CH de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) pour le sud du département.

²¹ Parmi les SDDE, les sous-distinctions suivantes sont répertoriées : les soins à la demande d'un tiers (SDT), les soins à la demande d'un tiers en urgence (SDT-U) et le péril imminent (PI).

²² Définie comme le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'établissement.

établissements publics et 25 % dans les cliniques. S'agissant de l'accueil en urgence, sept d'entre elles disposent d'une autorisation.

Il convient en outre de souligner que l'offre libérale est importante. Le département compte 239 psychiatres libéraux en 2020, soit une densité très supérieure à la moyenne nationale²³, même si certains se sont spécialisés en psychothérapie. A l'inverse, la densité des psychiatres et personnels soignants en établissements de psychiatrie générale est inférieure au taux national²⁴. Cette situation ne peut qu'appeler à une coordination accrue entre les différents acteurs, d'autant que les déterminants de santé de la population se dégradent au sein de certains secteurs.

Globalement, la Haute-Garonne présente deux caractéristiques principales dans la prise en charge psychiatrique. D'une part, les taux de recours²⁵ en nombre de journées ou d'actes effectués en ambulatoire et en hospitalisation à temps partiel sont inférieurs aux données nationales, avec un nombre pourtant important de patients. A l'inverse, la prise en charge à temps complet et à temps plein présente, des taux de recours plus importants en journées, pour un nombre de patients hospitalisés inférieur à la moyenne nationale²⁶. Ces deux constats, analysés simultanément, révèlent des modes de prise en charge encore centrés sur l'hospitalisation complète, liés en partie à la complexité des cas traités, au détriment des soins ambulatoires (cf. annexe 3).

1.2 L'organisation du CHGM

Le CHGM est organisé en sept pôles médicaux avec des chefs de pôle :

- quatre pôles de psychiatrie générale²⁷ ;
- un pôle de psychiatrie infanto-juvénile ;
- le pôle psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire (dont l'UHSA) ;
- le pôle médical et technique : unité Jardins des Silos (USLD), unité somatique, odontologie, addictologie, pharmacie, consultation dédiée aux adultes handicapés et information médicale.

Cette organisation compte également quatre pôles administratifs : le pôle activité, finances et système d'information, le pôle patrimoine et logistique, le pôle ressources humaines, formation et la direction des soins. Deux cellules rattachées à la direction générale complètent l'organisation : les coopérations territoriales, projets, qualité et communication, ainsi que les affaires médicales, affaires générales et usagers.

Conformément à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST), la gouvernance de l'établissement est organisée autour d'un conseil de surveillance (organe délibérant)²⁸, d'un directeur, assisté d'un directoire chargé de la gestion. Le directeur, président du directoire, décide conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement (CME) de la politique des soins et du programme

²³ 17 pour 100 000 habitants contre 10.

²⁴ Respectivement près de 9 ETP et de 127 ETP pour 100 000 habitants contre près de 11 et 156 sur le territoire national.

²⁵ Le taux de recours correspond au nombre de journées de prise en charge, ou au nombre de patients, rapporté à la population domiciliée dans une zone géographique (quel que soit le lieu de réalisation des séjours) et calculé pour 1 000 habitants. Il est corrigé de l'effet structure de la population (âge et sexe) pour permettre les comparaisons nationales ou territoriales.

²⁶ 0,39 pour 1 000 habitants dans le département contre 0,53 au niveau national.

²⁷ Pôles « Rive gauche 1 », « Rive gauche A2/6 », « Rive droite Nord Est » et « Rive droite Sud Est ».

²⁸ Le conseil de surveillance comprend des représentants des collectivités territoriales, du corps médical et des personnels hospitaliers, des personnes qualifiées et des représentants des usagers. Il se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement. Il délibère sur l'organisation des pôles et des structures internes et donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

d'investissement de l'établissement. Les instances de représentation catégorielle prévues par la réglementation sont mises en place : la CME, la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, la commission des usagers, le comité social d'établissement.

Le CHGM se compose²⁹ d'un lieu principal d'hospitalisation, de douze centres médicopsychologiques (CMP) pour la psychiatrie adulte, disposés sur le territoire, et de cinq CMP pour la psychiatrie infanto-juvénile. Ce sont des lieux de consultation et de suivi ambulatoire. Les onze centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour la psychiatrie adulte et les trois CATTP pour la psychiatrie infanto-juvénile fonctionnent en complémentarité des CMP. Ils visent à favoriser une existence autonome pour les personnes soignées, par des actions de soutien et des thérapies de groupe, dans le but d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelles ou cognitives. Les urgences psychiatriques sont situées au sein des urgences du centre hospitalier universitaire de Toulouse (site de Purpan).

L'établissement comprend également une structure à caractère médico-social spécialisée pour les séniors, les Jardins des Silos, divisée en trois services : une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 lits pour les patients avec un lourd passé institutionnel, une unité de soins de longue durée (USLD) dédiée à la psychogériatrie de 22 lits et une USLD classique de gériatrie avec 44 lits. Cette unité accueille les personnes âgées ne disposant plus de leur autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale permanente.

Enfin, une unité de soins pénitentiaire, située dans le parc de l'hôpital, dispose d'une capacité de 40 lits en hospitalisation complète et a vocation à couvrir la région Occitanie. Cette unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)³⁰ complète les 18 places proposées en hospitalisation de jour dans la maison d'arrêt de Seysses. La surpopulation et la dégradation de la santé mentale en milieu carcéral ont des conséquences sur l'engorgement de l'unité. Saturée, l'UHSA accueille ainsi des détenus provenant à 70 % du centre pénitentiaire de Seysses et du centre de détention de Muret, assurant peu, de fait, sa couverture régionale.

Cette unité répond donc difficilement aux besoins urgents nouveaux, ce qui entraîne une hospitalisation des détenus au sein des unités classiques du CHGM. Ces derniers peuvent alors être positionnés dans une chambre d'isolement par sécurité et sans motif clinique, ce que la loi interdit, l'isolement relevant d'une décision médicale et non d'une décision de détention. La chambre relève donc une contradiction entre la prévalence de l'objectif de sécurité et le respect des droits des patients. Par ailleurs, alors qu'une hospitalisation de détenu en hôpital général s'accompagne d'une garde statique devant la chambre, ce n'est pas le cas en hôpital psychiatrique. Enfin, ce public entre en concurrence avec les patients issus des urgences, qui peuvent nécessiter les mêmes équipements sécurisés (zone fermable et chambre d'isolement).

1.3 La coopération institutionnelle de l'établissement

1.3.1 Le pilotage stratégique du CHGM

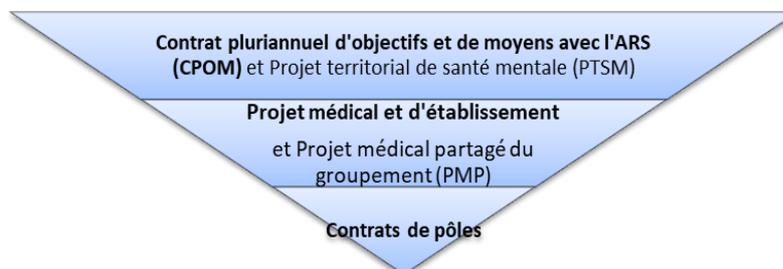
Le pilotage d'un hôpital public doit s'inscrire dans une programmation d'objectifs et d'actions, traduite dans différents documents stratégiques qui permettent de mettre en cohérence les axes de gestion interne de l'établissement avec la politique de santé déclinée par l'ARS. En

²⁹ Se référer aux cartes des secteurs en annexe 2.

³⁰ Neuf UHSA sont à ce jour ouvertes sur le territoire national.

parallèle, ces orientations s'articulent avec les axes de coopération définis entre partenaires publics et privés du territoire et avec les objectifs d'intégration au sein d'un groupement hospitalier.

figure 1 : le pilotage stratégique en établissement public de santé



Source : CRC

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le CHGM a conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS pour la période 2019-2023. Il constitue la déclinaison par objectifs et par actions du projet régional de santé (PRS) de l'agence³¹, concernant notamment le renforcement de la coordination des acteurs et la pertinence des prises en charge. Parmi les objectifs non atteints entre 2019 et 2021, la chambre constate une durée moyenne de séjour supérieure à la valeur cible³² et l'absence de conventions de partenariat avec les structures d'hospitalisation à domicile du territoire.

La chambre relève aussi que, malgré une échéance prévue fin 2023, le CPOM actuel ne fait l'objet d'aucun calendrier prévisionnel de mise à jour. Comme le permet la réglementation, le CH a demandé le 13 novembre 2023 à l'ARS sa prorogation d'un an³³.

Le projet territorial de santé mentale

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 reconnaît le caractère transversal de la santé mentale et prévoit la mise en œuvre d'un PTSM. Il est construit par l'ensemble des acteurs publics et privés du département dans les secteurs sanitaire, médico-social, du logement et de l'insertion, y compris les collectivités territoriales et les représentants des usagers. Le PTSM de la Haute-Garonne couvre la période 2021-2025. Il décline différents axes pour répondre aux problématiques identifiées, notamment le manque de coordination entre les acteurs, la rupture de parcours, les temps d'attente trop longs et le coût des soins somatiques générant un risque de sélection des patients. Ce document complète l'ensemble des outils stratégiques en place sans pour autant permettre la réalisation des objectifs fixés.

³¹ Le projet de santé de l'ARS, qui permet de piloter la politique de santé au niveau régional, en cohérence avec la stratégie nationale, définit les objectifs à atteindre dans les cinq ans et les actions à mettre en œuvre. Il se compose du cadre d'orientation stratégique (COS) qui fixe les objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population, du schéma régional de santé (SRS) qui détermine les enjeux organisationnels ou de nature à transformer le système de santé et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui recense les actions à mettre en œuvre pour faire face aux difficultés rencontrées par les personnes en grande ou très grande précarité.

³² 85 jours effectifs contre 78 ciblés en 2019 et 79 contre 74 en 2021.

³³ Article L. 6114-1 du code de la santé publique.

Le projet médical et d'établissement

Le projet d'établissement (PE) actuel du CHGM couvre la période 2020-2024, ce qui répond à l'obligation légale introduite par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique. Cependant, aucune évaluation du précédent PE 2014-2018 n'a été réalisée, hormis un bilan d'étape des actions en 2016, et le projet actuel a été insuffisamment anticipé, d'où une période de deux ans de 2018 à 2020 sans document stratégique.

Le PE 2020-2024 est le premier document de l'établissement à s'articuler avec la mise en place du GHT et de la CPT. Un bilan d'étape a été réalisé en mars 2022. L'offre de soins publique a des capacités contingentées³⁴ et la surreprésentation des patients en soins sans consentement dans la population accueillie est confirmée³⁵. La précarité génère des difficultés de réinsertion psychosociale du patient, impactant sa sortie et la durée moyenne d'hospitalisation. Le PE actuel reprend l'exigence centrale d'une offre de soins graduée, articulée avec les autres acteurs de santé.

L'échéance du présent PE étant fixée à 2024, l'établissement devra anticiper la démarche d'évaluation et la préparation du plan suivant, afin d'éviter de répéter les manquements constatés en 2018.

Les contrats de pôles

Les contrats de pôles, mentionnés à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, doivent décliner les objectifs assignés à chaque pôle de l'établissement, notamment en matière de politique des soins et de moyens attribués. Conclut pour quatre ans, ils doivent être en cohérence avec le projet médical et préciser le rôle des chefs de pôle. Dans le cas présent, les contrats ont été adoptés et présentent des objectifs et indicateurs qui font l'objet de revues régulières. Ils seront revus dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2024-2028.

En conclusion, le cadre stratégique de l'établissement est formalisé. Pour autant, l'ensemble des documents, peu contraignants, s'avèrent insuffisamment efficaces. L'objectif majeur de coopération des acteurs, fil directeur du cadre stratégique, n'est que partiellement mis en œuvre, comme celui de la prise en charge graduée du patient.

1.3.2 Les résultats

L'intégration dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) constitue, sauf dérogation accordée par le directeur général de l'ARS, une obligation posée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, qui précise les trois objectifs d'un groupement :

- la prise en charge commune et graduée du patient ;
- la rationalisation économique (mutualisation des fonctions support) ;
- le renforcement des liaisons avec le CHU.

Parmi les 14 GHT que compte la région, le CHGM est intégré au GHT Haute-Garonne et Tarn-Ouest créé en juillet 2016. Il est composé de sept établissements fondateurs (cinq en

³⁴ Les ouvertures de lits sont soumises à l'agrément de l'ARS, avec la particularité haut-garonnaise de la prise en compte de l'importante offre privée (étude menée par le département d'information médicale et la direction des affaires générales de l'établissement, sur les 10 plus grandes villes de France hors Paris, et sur 30 établissements autorisés à recevoir les soins sans consentement).

³⁵ Évaluation menée par le CHGM sur le premier trimestre 2019 et portant sur une file active de 515 patients hospitalisés.

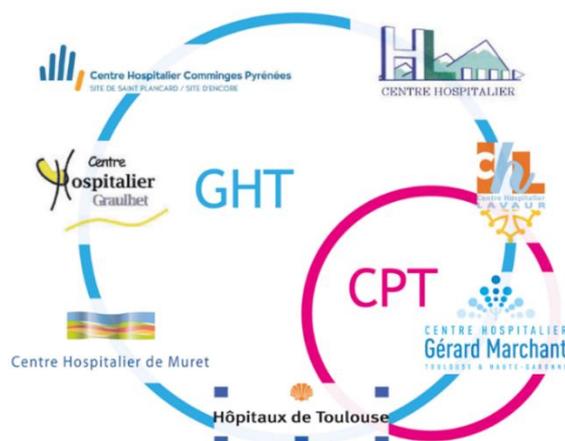
Haute-Garonne et deux dans le Tarn), et son établissement support est le CHU de Toulouse. Ce GHT est le premier d'Occitanie en masse budgétaire (cf. annexe 4).

1.3.2.1. La prise en charge commune et graduée du patient

En ce qui concerne le premier objectif, l'adhésion au GHT doit permettre d'intégrer la santé mentale à la stratégie territoriale, faciliter le décloisonnement de l'hôpital et permettre de lutter contre la surmortalité somatique³⁶ des personnes souffrant de maladies mentales.

Parallèlement au GHT, l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés de la filière psychiatrique est déléguée à une communauté psychiatrique de territoire (CPT), créée en février 2017 entre le CH de Lavaur, situé dans le Tarn, le CHU de Toulouse et le CHGM³⁷. La CPT doit permettre de renforcer les liens de la psychiatrie avec les autres disciplines médicales et d'améliorer le parcours de santé psychiatrique. Dans le cas présent, elle s'est fixée comme objectifs principaux la résolution de la saturation des urgences psychiatriques, le développement des partenariats avec le secteur médico-social et la mise en place du dossier médical partagé.

figure 2 : imbrication du GHT et de la CPT Haute-Garonne et Tarn-Ouest



Source : CHGM

L'amélioration du parcours de soins du patient est intégrée à la stratégie territoriale mais la déclinaison de cette dernière est insuffisante. Compte tenu de son absence de pouvoir décisionnel et de la particularité de l'offre privée sur le territoire, la CPT peine à remplir les objectifs qu'elle s'est assignés, s'agissant des urgences, des partenariats, comme du dossier médical partagé. Des avancées ont néanmoins été constatées (cf. *infra*).

Le conseil local de santé mentale (CLSM) de la ville de Toulouse constitue également un cadre de concertation et de communication autour des projets dédiés aux questions de santé mentale. Il vise à favoriser l'inclusion dans la ville des personnes souffrant de troubles psychiques et d'informer la population pour lutter contre leur stigmatisation. Il rassemble des usagers, des professionnels de santé, des associations et institutions locales (ville, conseil départemental, ARS, établissements de santé). Dans ce cadre, une convention favorisant l'accès au logement a été signée entre le CHGM, la ville de Toulouse et des bailleurs sociaux.

³⁶ Qui concerne le corps (pathologies non psychiques).

³⁷ Le CHGM est l'établissement support de la CPT.

1.3.2.2. La mutualisation des fonctions support

La réponse au deuxième objectif du GHT, à savoir la mutualisation des fonctions support, apparaît peu développée. Des mutualisations existent dans les domaines de la formation, des achats et des systèmes d'information (SI), mais il n'existe pas de dossier patient informatisé (DPI) commun entre le CHGM et les autres membres du GHT, alors que 30 à 50 % des patients du CHGM proviennent des urgences du CHU et que l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques est perfectible. L'intégration de l'information médicale mériterait donc d'être renforcée. De nouvelles étapes sont en cours de déploiement avec une échéance à trois ans, à savoir la migration des flux de tous les établissements vers une plateforme unique, la mise en œuvre d'un logiciel d'imagerie convergé, d'un SI en santé au travail et d'une solution de gestion du temps médical.

En outre, le CHGM ne dispose pas sur son site d'un médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), le poste étant vacant. Une convention de partenariat avec le CHU permet la mise à disposition d'un DIM, à raison d'une demi-journée par semaine, depuis le 1^{er} juin 2022, avec remboursement des charges afférentes au CHU. Par avenant du 5 juin 2023, elle a été prolongée jusqu'au 31 mai 2024.

Le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice de malades. L'exhaustivité moyenne du RIM-P est évaluée à près de 98 % par le CHGM, pour les hospitalisations et l'ambulatoire. Pour autant, le DIM souligne que les diagnostics psychiatriques ne sont pas suffisamment précis, ni mis à jour au fil des hospitalisations, souvent longues, et que les pathologies somatiques ne sont pas suffisamment recueillies³⁸. Or, parmi les problématiques identifiées dans le projet territorial de santé mentale (PTSM), figurent le coût des soins somatiques et le risque de sélection des patients.

Le RIM-P souffre en outre de l'absence de données en aval de l'hospitalisation. Si les sorties de patients sont connues des professionnels, notamment grâce à l'existence de la commission des séjours longs, ces données sont purement déclaratives, sans méthodologie de recueil ou de consolidation formalisée, et sans mise en perspective avec les données du DIM. Elles ne permettent donc aucun suivi et analyse de l'orientation des patients vers les structures partenaires.

La chambre recommande donc à l'établissement non seulement d'améliorer la qualité du codage en matière de diagnostics psychiatriques et somatiques, mais également de compléter le recueil de l'information médicale par des données sur l'orientation des patients vers les dispositifs externes en aval des hospitalisations.

Recommandations :

1. Améliorer la qualité du codage par la mise à jour des diagnostics psychiatriques et l'indication des pathologies somatiques. *Non mise en œuvre*
2. Compléter le recueil de l'information médicale par des données sur l'orientation des patients en aval de l'hospitalisation. *Non mise en œuvre*

Les pharmacies du GHT ne sont pas mutualisées³⁹. À ce stade, les achats de médicaments sont regroupés, mais les approvisionnements ne sont pas intégrés, aucune plateforme logistique commune n'étant mise en place. Les pharmaciens ont finalisé l'harmonisation des livrets de

³⁸ Seulement 6 à 7 % des dossiers contiennent un diagnostic somatique en 2021 et 2022.

³⁹ La pharmacie du CHGM est certifiée ISO 9001 (norme de certification pour le management de la qualité organisationnelle et système d'amélioration continue).

médicaments et travaillent actuellement à celle des dispositifs médicaux, prérequis à la mutualisation des approvisionnements, dans le cadre d'un appel à projet national.

Par ailleurs, suite à la défaillance de la blanchisserie du CHGM et aux coûts de remplacements prohibitifs (1,6 M€) liés au surdimensionnement initial de cet équipement, le linge industriel a été confié à la blanchisserie du CHU, dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) existant. Une étude est en cours pour pérenniser cette solution. Le linge résident de l'USLD serait traité par un prestataire privé à compter d'avril 2024, dans l'attente de la possibilité pour le GCS de le prendre en charge.

1.3.2.3. Le renforcement des liaisons avec le CHU

Concernant le troisième objectif du GHT, à savoir le renforcement des liaisons avec le CHU, la réponse est limitée à la participation des médecins du CHGM, y compris les praticiens des secteurs infanto-juvéniles, à la permanence des soins, sous forme de gardes médicales en alternance aux urgences psychiatriques du CHU⁴⁰ : les praticiens du CHGM interviennent les semaines paires, les praticiens du CHU les semaines impaires. Un exercice simultané pourrait pourtant contribuer à renforcer la coordination entre les établissements.

Suite à une forte affluence aux urgences en juillet 2018, le CHU a demandé à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) une étude sur l'articulation avec la filière psychiatrique et les centres médico-psychologiques (CMP). La mission, qui s'est déroulée entre septembre 2018 et juillet 2019, a souligné la difficulté à identifier les patients avant toute phase de crise. Or, conformément au principe de réponse graduée, les entrées dans la filière psychiatrique par les urgences sont peu satisfaisantes quant à la qualité de prise en charge, ce qui appelle à privilégier l'offre ambulatoire, encore insuffisante (cf. *infra*). La chambre note une augmentation de 14 % des passages adultes aux urgences entre 2021 et 2022 et de 63 % pour les mineurs.

Les difficultés structurelles de saturation tiennent également à la faible part du secteur privé dans l'accueil des urgences psychiatriques, rapportée à sa capacité globale en lits, à l'exception d'une seule clinique. Certains établissements privés disposent d'autorisations pour accueillir directement les cas urgents (cf. *supra*), mais le SAMU connaît des difficultés à leur adresser les patients, qu'il dirige alors vers les urgences du CHU. Ce dernier constate ensuite, en aval, les refus du secteur privé d'accueillir des patients sortant des urgences. Pour rappel, les urgences ne sont pas sectorisées. Les cliniques ne sont pas soumises à une obligation de prise en charge des patients du territoire. L'ARS Occitanie a mis en place un comité technique de territoire (COTER) en mars 2023, réunissant les acteurs publics et privés de la psychiatrie adulte sur la problématique des transferts des hospitalisations libres venant des urgences, afin de lever certains freins aux hospitalisations.

Sept cliniques concernées ont répondu communément qu'elles participent aux sollicitations de la CPT ou de l'ARS visant à renforcer la coordination de l'offre du territoire et qu'elles ont œuvré à l'élaboration du PTSM. Elles précisent que 67 % des patients hospitalisés en provenance des urgences psychiatriques le sont dans un établissement privé en 2022⁴¹. La chambre rappelle toutefois que la capacité d'accueil du secteur privé est plus de 3 fois supérieure à celle du public.

⁴⁰ Cette permanence des soins implique une garde toutes les nuits de 18h30 à 8h30, le samedi après-midi de 12h30 à 18h30, le dimanche et jours fériés de 8h30 à 18h30 doublée de 8h30 à 13h30, ainsi qu'une garde d'internes dans la structure d'urgence de psychiatrie exclusivement qui, le cas échéant, peut intervenir sur l'intégralité des services d'urgence.

⁴¹ 205 patients en cliniques sur les 307 arrivées dans l'ensemble des structures (source ORSM)

En définitive, seulement 18 % des patients en cliniques sont arrivés par les urgences psychiatriques⁴².

Les motifs de refus du secteur privé, relevés dans le rapport d'activité du CHU, sont multiples et ne sont pas toujours fondés sur des arguments cliniques. Les deux premiers sont une symptomatologie psychiatrique trop sévère (43 %) et l'absence de domicile fixe (32 %). Les autres motifs sont une trop forte agitation du patient nécessitant une chambre d'isolement, des problématiques somatiques associées trop complexes, le manque de mutuelle ou le besoin d'un interprète. La situation au niveau des urgences, liée à l'insuffisante prise en charge avant crise et à la faible part du secteur privé, génère des conséquences graves sur le parcours des patients, qui peuvent ainsi demeurer longtemps aux urgences (10 % des patients restent plus de six jours) et dans des espaces non dédiés voire inadaptés (salle d'attente, couloirs), avant d'avoir accès à une hospitalisation. C'est le cas par exemple des patients soignés sans consentement, qui ne peuvent être accueillis en dehors des urgences si aucune place n'est disponible au CHGM. Ainsi, 11 patients sont hospitalisés en moyenne chaque soir aux urgences générales ou dans le secteur consultation du CHU en attente d'un transfert dans un établissement psychiatrique, dont 61 % en soins sans consentement. Les urgences deviennent de fait un lieu d'hospitalisation.

Selon le CHU, la proportion de patients des urgences saturant la filière est de 5 % (soit environ 500 patients par an). Les conditions d'accueil dégradées impactent les nouveaux entrants, notamment les mineurs de 15 ans accueillis dans ce même espace. Le CHU évalue, par jour, à quatre lits en hospitalisation libre et deux lits en soins sans consentement, le nombre de places supplémentaires qui permettraient d'éviter la saturation des urgences. Ce volume de lits semble d'ores et déjà disponible dans l'offre capacitaire globale, mais nécessiterait une coopération accrue entre les acteurs, au sein du GHT et avec le secteur privé, afin de renforcer la solidarité territoriale de prise en charge.

Dans leur réponse, les cliniques confirment la nécessité de fluidification des urgences par une démarche territoriale axée sur les besoins en lits de crise.

Le contrôleur des lieux de privation de liberté mettait en exergue l'absence d'articulation entre le CHGM et le CHU en 2019, à travers trois recommandations spécifiques :

- l'ARS doit concevoir un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques pour assurer les soins appropriés à l'état du patient ;
- les patients admis sans consentement aux urgences du CHU doivent bénéficier d'un examen somatique⁴³ ;
- les urgences doivent disposer d'une chambre pour permettre l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.

De manière plus générale, le rapport de l'ARS de 2022 (cf. *infra*) pointe l'insuffisance de temps de travail en commun entre le CHGM et le CHU pour harmoniser les pratiques, les indications de soins et la mise en place de processus en interne, notamment l'absence de réunion pluridisciplinaires et d'expertise avec le CHU et l'absence de plan personnalisé pour les prises en charge complexes. Sensiblement dans les mêmes termes, le rapport de l'IGAS, produit la même année, recommande aux deux hôpitaux d'engager une réflexion commune sur les programmes de soins et les patients complexes pris en charge sans consentement.

⁴² 205 patients sur un total de 1140 patients hospitalisés en cliniques en Haute-Garonne (source ORSM 2022).

⁴³ À ce jour, les réponses à apporter sont abordées dans le cadre de la CPT qui souligne que la traçabilité du suivi somatique dans le DPI du CHU doit être améliorée. Ce constat corrobore le nécessaire renforcement de l'intégration de l'information médicale souligné précédemment par la chambre entre le CHU et le CHGM.

Pour répondre à cette recommandation, la CPT a prévu de faire une analyse médico-légale des patients en programme de soins et d'évaluer trente de ces dossiers, selon une grille de l'HAS, afin d'homogénéiser les pratiques au sein de la communauté. L'audit a été finalisé en décembre 2022 au CHGM. La CPT devrait analyser les résultats début 2024.

L'ARS souligne, dans sa réponse au rapport provisoire, la création d'une équipe de gestionnaires de lits commune entre le CHU et le CHGM et d'une fiche de préadmission harmonisée. En outre, l'agence prévoit, dans le cadre du nouveau projet régional de santé 2023-2027, quatre autorisations pour l'activité de soins sans consentement, au lieu de trois actuellement. La chambre relève toutefois que cette faculté reste à mettre en œuvre.

Ainsi, la chambre constate que les outils existants sont peu contraignants et manquent d'efficacité d'un point de vue opérationnel. Compte tenu du manque de coordination entre les acteurs, entraînant notamment la saturation chronique des urgences psychiatriques, une collaboration effective des psychiatres pourrait être mise en place. Le projet médical partagé du GHT a un objectif de création de quatre fédérations médicales interhospitalières (FMIH)⁴⁴, en obstétrique, pharmacie, biologie médicale et imagerie médicale, mais il prévoit seulement pour la psychiatrie de soutenir les travaux de recherche de la fédération régionale de recherche en psychiatrie (FERREPSY) d'Occitanie. Cette dernière ne constitue pas, à ce stade, un levier opérationnel de coopération aux soins entre acteurs locaux.

La chambre recommande donc au CHGM de mettre en place, en lien avec le CHU, une fédération médicale interhospitalière de psychiatres au niveau local, visant à renforcer, conformément aux dispositions de l'article L6135-1 du code de la santé publique (CSP), leur collaboration opérationnelle pour une meilleure gestion de la filière des urgences.

Recommandation :

3. En lien avec le CHU, mettre en place une fédération de médecins psychiatres afin de renforcer la coopération pour une meilleure gestion des urgences, en conformité avec les dispositions de l'article L6135-1 du CSP. *Non mise en œuvre*

Le CGHM et le CHU ont répondu être favorables à toute démarche permettant de conforter les relations médicales entre les deux structures, et notamment à la constitution d'une FMIH de psychiatrie. Selon le CHU, face à la saturation chronique des urgences psychiatriques, la mise en place d'indicateurs de tension, opposables à tous les partenaires du CHU, serait actuellement en cours. Ce dispositif permettrait à terme le déclenchement d'une procédure sur l'ensemble du territoire impliquant de fait les partenaires privés.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En psychiatrie, la densité de lits d'hospitalisation complète, majoritairement situés sur la métropole mais facilement accessibles à la majeure partie de la population du département, est supérieure à la moyenne nationale. Mais elle est atypique par la prépondérance du secteur privé qui couvre près de 75 % des lits d'hospitalisation à temps plein. Le secteur public, sous-dimensionné, prend néanmoins en charge les troubles les plus lourds ainsi que les soins sans consentement.

L'intégration à un groupement hospitalier de territoire depuis 2016, porté par le CHU de Toulouse, doit permettre de répondre aux trois objectifs que sont la prise en charge commune et

⁴⁴ Les FMIH peuvent intervenir dans trois champs principaux, à savoir les soins, la recherche et l'enseignement.

graduée du patient, la mutualisation des fonctions support et le renforcement des coopérations entre acteurs locaux. Or, au sein du GHT, la communauté psychiatrique de territoire, qui fédère les acteurs publics de la filière psychiatrique, peine à remplir les objectifs qu'elle s'est assigné, au vu de la saturation des urgences ou de l'absence de dossier médical partagé. La chambre recommande au CHGM de mettre en place, en lien avec le CHU, une fédération médicale interhospitalière de médecins psychiatres au niveau local, afin de renforcer la collaboration opérationnelle pour une meilleure gestion de la filière des urgences.

La mutualisation des fonctions support entre le GHT et le CHGM est peu ambitieuse, se limitant essentiellement aux achats et à la formation. L'intégration de l'information médicale mériterait d'être renforcée, ainsi que celle de l'approvisionnement en médicaments. La chambre recommande au CHGM d'améliorer la qualité du codage par la mise à jour des diagnostics psychiatriques et l'indication des pathologies somatiques et de compléter, également, le recueil de l'information médicale par des données sur l'orientation des patients en aval de l'hospitalisation.

2. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

2.1 L'évolution de l'activité

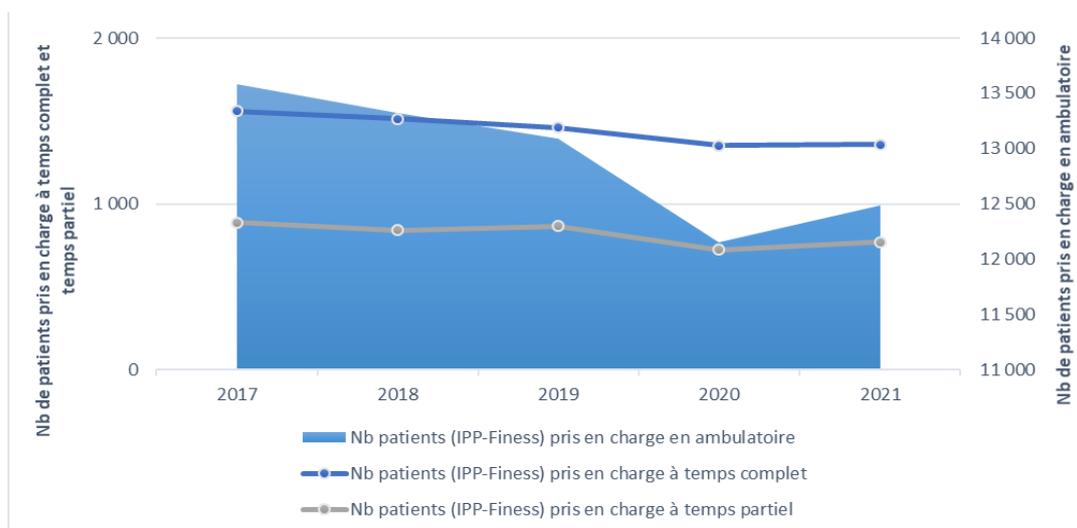
La file active du CHGM représente 13 560 patients en 2022. L'établissement regroupe 19 % du nombre de séjours en hospitalisation complète sur le département et 28 % du nombre de journées en hospitalisation partielle⁴⁵.

Entre 2018 et 2021, le nombre de journées de présence et de patients pris en charge à temps complet diminuent de 10 %, pour atteindre 108 200 jours en 2021 et près de 1 360 patients. Le nombre de patients pris en charge à temps partiel diminue de 8 %, soit 770 en 2021. La prise en charge ambulatoire demeure de loin la plus importante, même si le nombre de patients concernés diminue de 6 %, comme le nombre d'actes⁴⁶. En lien avec les mesures de confinement, la crise sanitaire a généré un creux dans les volumes des différentes prises en charge, particulièrement en ambulatoire. Dans la période post-crise, ce dernier mode de prise en charge ne parvient pas à retrouver son volume d'activité antérieur.

⁴⁵ Avec respectivement 2 680 séjours et 20 890 journées (données 2020). Les données développées dès ce paragraphe et dans les paragraphes suivants sont, sauf mention contraire, issues des données de l'ATIH sur Scan santé.

⁴⁶ Soit près de 12 500 patients et 212 800 actes en 2021.

graphique 1 : évolution du nombre de patients pris en charge entre 2018 et 2021



Source : scan santé

Entre 2018 et 2021, le nombre de patients pris en charge à temps complet pour des soins psychiatriques sans consentement (SSC) au CHGM varie peu (-3 %). La file active des SSC demeure importante, constituant 45 % de la file active à temps complet et 58 % du nombre de journées⁴⁷.

La capacité globale d'accueil du secteur sanitaire est de 515 lits ou places en 2022, et de 80 places dans le secteur médico-social. Entre 2018 et 2020, l'établissement a enregistré une diminution de 3 % de sa capacité d'accueil du fait de la suppression de près de 20 lits en hospitalisation complète adulte, notamment en lien avec la fermeture de deux unités de suite.

tableau 1 : évolution des capacités d'accueil du CHGM entre 2018 et 2022

Nombre de lits	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Psychiatrie adultes	453	446	433	433	433	-4%
Accueil thérapeutique	19	19	19	19	19	
Hospitalisation à domicile	15	15	15	15	15	
Hospitalisation complète	294	287	275	275	275	-6%
Hospitalisation de jour	111	111	111	111	111	
Hospitalisation de nuit	1	1	-	-	-	-100%
Placement familial thérapeutique	13	13	13	13	13	
Psychiatrie infanto-juvénile	82	82	82	82	82	0%
Hospitalisation complète	20	20	20	20	20	
Hospitalisation de jour	62	62	62	62	62	
Médico-social USLD	80	80	80	80	80	0%
Total général	615	608	595	595	595	-3%

Source : CRC d'après les données CHGM sur les autorisations des activités et le suivi de l'activité

La diminution capacitaire ne suffit pas à expliquer la baisse d'activité. Le taux d'occupation des lits et places⁴⁸ diminue globalement de 11 % sur la période, le nombre d'entrées baisse de 22 % et celui des journées réalisées de 15 % (cf. annexe 5). Cette diminution de l'offre de soins, peu cohérente avec les besoins de la population, est justifiée par l'ordonnateur par une maîtrise volontaire de la file active⁴⁹ visant à conserver un minimum de fluidité de placements des patients et de solidarité entre les unités. Le nombre de séjours rapporté au nombre de médecins est toutefois en diminution sur la période.

⁴⁷ 715 patients et plus de 50 800 journées.

⁴⁸ Rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de journées-lits exploitables.

⁴⁹ Définie comme le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'établissement

tableau 2 : nombre de séjours par équivalent temps plein de médecins

Productivité - séjours	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nb de séjours / nb de médecins	29,9	30,0	23,2	23,3	23,0	-23%

Source : CRC d'après les données CHGM sur le nombre de séjours et de personnels médicaux

L'ordonnateur explique cette baisse du ratio patients/médecins en partie par la typologie particulière des différents dispositifs. D'une part, les dispositifs et unités de secteur, principaux pourvoyeurs de l'activité de l'hôpital, connaissent un déficit de personnels médicaux. D'autre part, les dispositifs intersectoriels, moins impactés par le manque de médecins, concernent des populations spécifiques et donc des files actives moins importantes.

En hospitalisation de jour, le nombre d'entrées diminue de 32 %. L'ordonnateur l'explique par la perte de personnel non médical (près de 3,5 ETP) sur la période, ainsi que par la réorientation de la prise en charge des hôpitaux de jour vers la réhabilitation psychosociale et l'addictologie et leur concentration sur les patients davantage impliqués dans un projet de vie.

Le taux d'occupation de la psychiatrie infanto-juvénile diminue entre 2018 et 2022, avec un nombre d'entrées en baisse de 14 % et de journées en baisse de 5 %, notamment en raison des fermetures de lits infra-annuelles. Le manque de médecins a entraîné la fermeture temporaire de la moitié des lits de l'unité de crise d'hospitalisation pour adolescents (UCHA), qui rassemble huit lits pour les 13-17 ans. L'unité A. Chaurand, qui compte 12 lits pour les 5-13 ans, a été vidée pendant la crise sanitaire et transformée en unité COVID, impactant le taux d'occupation sans modifier la capacité en lits au 31 décembre 2020.

Le problème concernant la psychiatrie juvénile relève davantage de l'absence de lits de suite post crises et de service d'hospitalisation à domicile, entraînant un maintien de ces patients au sein de l'UCHA, au détriment de son objectif initial de réactivité dans la prise en charge et de prévention des suicides. À ce jour, près de 40 % des jeunes patients sont orientés par les urgences. L'UCHA estime son besoin à huit lits supplémentaires, besoin exprimé sans dépôt formel auprès de l'ARS à ce stade. Les locaux sont, en outre, exigus et vétustes ; le déménagement de cette unité est prévu à moyen terme.

Dans le secteur privé, le nombre de journées complètes a globalement peu évolué entre 2017-2021, mais la file active progresse sur cette période de 7 % toutes cliniques confondues, avec une concentration sur l'une d'entre elles, qui enregistre une hausse de près de 80 %. À l'inverse, la file active du CHGM est en diminution de 13 % par rapport à 2018, représentant 13 560 patients en 2022. L'accroissement démographique du département, et particulièrement de la métropole, qui génère une hausse des besoins de soins, est ainsi absorbé en partie par le secteur privé, qui accueille également près de 30 % de patients issus d'autres départements.

En hospitalisation complète, de manière atypique, la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) demeure très élevée, autour de 80 jours, contre 52 jours pour les établissements publics au niveau national⁵⁰ ainsi qu'au sein des établissements publics de même catégorie⁵¹. Au contraire, la durée moyenne de séjour (DMS)⁵² reste dans la moyenne, autour de 37 jours (contre 30 jours pour la moyenne des établissements publics du territoire national). Cet écart entre DMH et DMS est notamment lié au taux de réhospitalisation important, avoisinant 30 %. Les réhospitalisations constituent des phénomènes fréquents en psychiatrie, en lien avec l'alternance possible de phases stables et de phases de crise pour les pathologies chroniques, mais pourraient être limitées par un

⁵⁰ DMH de l'ensemble des établissements psychiatriques publics du territoire national.

⁵¹ DMH des établissements psychiatriques publics du territoire national dont la file active est supérieure à 4 000 patients.

⁵² Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) : nombre de journées / file active. Durée moyenne de séjour (DMS) : nombre de journées / nombre de séjours.

renforcement de l'ambulatoire. La prévention des réhospitalisations par le CHGM nécessite un travail sur l'articulation entre la prise en charge ambulatoire, la réhabilitation psycho-sociale et l'engagement des équipes mobiles sur les lieux de vie.

tableau 3 : comparaison locale des DMH et DMS en hospitalisation complète

2022	Nombre de journées	Nombre de séjours	DMH (nb de journées / nb de patients)	DMS (nb de journées / nb de séjours)	Nombre de patients
CLINIQUE DE MONTBERON	42 548	1 198	56	36	762
CLINIQUE DU CHATEAU DE SEYSES	46 514	1 282	50	36	929
SA MAISON DE SANTÉ MAILHOL	35 152	1 238	50	28	700
CLINIQUE DE BEAUPUY	57 727	1 564	55	37	1 043
CH GERARD MARCHANT	104 653	2 858	80	37	1 315
CLINIQUE DES CEDRES	42 691	1 262	47	34	915
CLINIQUE D'AUFREY	50 933	1 751	44	29	1 146
SARL SE CLINIQUE DU DOCTEUR BECQ	53 866	1 654	43	33	1 261
SA CLINIQUE MARGNY	46 898	1 254	52	37	900
CHR TOULOUSE	34 922	1 373	42	25	840
CENTRE POST CURE CENTRE APRES	5 146	85	184	61	28
Total	521 050	15 519			9 839

Source : Scan santé

2.2 La gestion des risques

La politique de qualité et de sécurité des soins du CHGM est définie depuis 2017 en orientations stratégiques, en cohérence avec le projet d'établissement. L'établissement dispose également d'une cellule d'analyse des risques, chargée, après examen des événements indésirables (EI) signalés, de proposer la mise en place d'actions pour les patients et les professionnels et d'assurer leur traçabilité. La déclinaison de la qualité et de la sécurité dans les unités de soins est aussi intégrée dans les contrats de pôle.

Les EI constituent l'un des outils de gestion des risques. Un signalement d'EI peut être réalisé par tout agent du CHGM grâce à un logiciel dédié retraçant les faits et les mesures adoptées en réponse. Le service qualité assure leur cotation selon la gravité et selon la fréquence. Un changement de cotation est intervenu en 2021 visant à affiner l'échelle d'évaluation.

Ceci étant, 426 EI ont été enregistrés en 2022, et sur les années 2021 et 2022, les fonctions logistiques représentent près de 30 % des EI déclarés, la coordination et la continuité des soins 20 %, tout comme les comportements et droits des patients. Il ressort que 60 à 70 % des EI déclarés constituent un risque à surveiller, et près de 30 % un risque faible. Certains sont référencés comme des événements violents, dont près de 90 % surviennent au sein des unités d'hospitalisation du CHGM, par opposition à l'ambulatoire, en lien direct avec la prise en charge de patients décompensés.

Les EI suite à un dysfonctionnement de la prise en charge médicamenteuse représentent 133 signalements entre 2018 et 2022. Ils proviennent en majorité de l'unité Jardins Des Silos, qui est exposée à plusieurs facteurs de risque, notamment un nombre de médicaments supérieur à la moyenne des autres unités et des troubles psychiques et de démence de patients âgés⁵³. Conscient

⁵³ Ces équipes soignantes sont aussi davantage sensibilisées par les cadres de santé à déclarer un EI, cette unité étant rattachée au même pôle que la pharmacie, qui travaille à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

de l'enjeu, le CHGM entend favoriser la déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses auprès des agents afin d'identifier les actions correctives à mettre en œuvre. Une nouvelle formation de prévention a été intégrée au plan de formation 2023.

La qualité et la sécurité des soins est évaluée également par la haute autorité de santé (HAS). La dernière certification de la HAS date de 2018. À l'issue de la visite, l'établissement avait obtenu une certification avec recommandations d'amélioration pour deux thématiques : le dossier patient et le management de la prise en charge médicamenteuse.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a effectué une visite de l'établissement en 2019. Ses observations concernaient essentiellement le respect de la dignité des patients et du droit d'accès à un psychiatre dans un délai satisfaisant mais ces principes se heurtent, actuellement, à l'engorgement de l'ambulatoire et des urgences, à la capacité limitée des unités d'hospitalisation et à la gestion difficile des sorties dans les unités de suite et de réhabilitation. Le CHGM s'efforce d'y répondre, par le biais notamment des équipes intersectorielles.

2.3 Le parcours de soins

Au CHGM, 70 % des entrées se faisaient à partir du domicile des patients en 2020 et pour le reste à partir des urgences ou des autres établissements. 94 % des patients sortis de l'établissement rentraient à leur domicile sans prise en charge par un établissement médico-social et 6 % étaient transférés dans un autre établissement. L'ensemble de ces taux sont supérieurs aux niveaux national et régional.

L'établissement souligne que 54 % des patients pris en charge en hospitalisation à temps plein souffrent de troubles psychotiques en diagnostic principal⁵⁴, avec une prise en charge parfois lourde. Dans le même temps, 15 % des patients connaissent des difficultés économiques et de logement, induisant l'insuffisance des solutions en aval. Ainsi, lorsque la pathologie est stabilisée, leur présence surcharge les secteurs d'hospitalisation du CHGM au détriment des autres patients comme les primo-requérants arrivant en phase aiguë.

2.3.1 La prévention et l'ambulatoire

Prévenir l'urgence ou répondre à une crise déclarée est un axe majeur de réponse au besoin en santé mentale de la population. Parallèlement au service d'urgences, le CHGM dispose d'une équipe d'intervention et de crise et d'un accueil de jour intersectoriel réactif (AJIR). Une plateforme de crise de la CPT est aussi en cours de mise en place, sur la base de financements par le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP). Portée par le CHGM et le CHU⁵⁵, cette plateforme devrait permettre de coordonner les actions du centre de thérapie brève (CTB) et de l'AJIR et de créer un point d'entrée unique, régulé par un infirmier en pratique avancée, pour répondre aux demandes des professionnels face aux patients en crise⁵⁶.

La collaboration avec la médecine de ville participe également à la prévention des hospitalisations. Elle se fait à travers le PTSM, abordé supra, par le pilotage stratégique et par des nouveaux partenariats comme le dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) avec l'union nationale des professionnels de santé et le CHU. Ce dispositif propose des consultations pour suivi conjoint afin d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux. Les

⁵⁴ Contre 12 % dans le secteur privé et 25 % au CHU. Cf. note préparatoire au dialogue de gestion avec l'ARS du 1^{er} février 2023.

⁵⁵ Avec pour référents respectifs le praticien responsable de l'AJIR et le praticien responsable du centre de thérapie brève - CTB.

⁵⁶ Le budget annuel est évalué à 556 k€ dont 462 k€ en ressources humaines (1,8 ETP PM et 4,6 ETP PNM).

rencontres des maisons de santé et communautés professionnelles territoriales de santé participent à cette coordination avec la médecine de ville.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit en outre la mise en place d'une lettre de liaison médicale, faisant le lien entre la médecine de ville et l'établissement de soin en cas d'hospitalisation, au moment de la sortie du patient, et comportant les éléments utiles à la continuité des soins. La liaison entre le CHGM et les professionnels de santé de premier recours fait partie du projet d'établissement. À ce jour, cette liaison avec la médecine de ville est assurée par les psychiatres et les infirmiers des centres médico-psychologiques lorsqu'un médecin référent est identifié. Dans le cas contraire, l'équipe accompagne le patient pour désigner un médecin traitant sur leur secteur géographique.

La priorité est donnée, par la loi de janvier 2016, au développement des prises en charge ambulatoires. Si les médecins de ville et la psychiatrie libérale assurent en partie cette prise en charge, elle est majoritairement effectuée, s'agissant de l'hôpital, en centre médico-psychologique (CMP), et a pour corollaire la diminution du nombre de lits hospitaliers. Les CMP doivent ainsi être positionnés au centre du parcours gradué et coordonné de soins, afin d'assurer leur rôle pivot dans l'accès sur le territoire et dans la prévention des hospitalisations. Outre l'amont, ils interviennent également en aval du parcours en assurant le suivi du patient et limitant les décompensations et les réhospitalisations. Or, les adressages de la médecine de ville se heurtent à la saturation des CMP, occupés pour moitié par des patients présentant des troubles sévères, et inversement, pour les CMP, à la saturation des médecins de ville.

L'étude menée par l'ANAP en juillet 2019 (cf. *supra*), a souligné la difficulté du CHGM à identifier les patients avant toute phase de crise et la nécessité de déployer les ressources en ambulatoire, afin de limiter notamment les premiers accès aux soins effectués par les urgences. L'organisation des horaires et la présence des professionnels doivent être optimisées, en privilégiant notamment les rendez-vous pour les primo consultants plutôt que les soins non programmés, en ouvrant les CMP sur des plages élargies, et en maintenant le suivi du patient même en cas de déménagement. Un renforcement des moyens humains, notamment en infirmiers en pratique avancée (prévu avec des financements de l'ARS) et des outils (agendas partagés, applications communes, équipement informatique, automatisation de l'extraction des données, développement de la téléconsultation) est également nécessaire.

Or, l'ambulatoire constitue une mission importante du CHGM, qui subit une baisse de la prise en charge. Avec près de 11 500 patients, l'ambulatoire représente 85 % de sa file active⁵⁷, mais le nombre de patients pris en charge, ainsi que le nombre d'actes, diminuent sur la période. Cette baisse s'amplifie malgré la sortie de la crise sanitaire, avec une diminution de 8 % de la file active et du nombre d'actes entre 2021 et 2022, qui peut s'expliquer par la pénurie médico-soignante dans les CMP ruraux, doublée d'un effet de tri dans les CMP urbains, qui concentrent leur activité sur les troubles sévères. La durée moyenne de suivi des patients en CMP augmente ainsi sur la période, de 40 à 60 % selon les secteurs⁵⁸.

⁵⁷ Contre 10 % pour l'hospitalisation complète et 5 % pour l'hospitalisation partielle.

⁵⁸ Entre 3,5 et 4,5 ans en 2022 contre 2,5 ans et 3 ans en 2018.

tableau 4: évolution de la prise en charge ambulatoire au CHGM entre 2018 et 2022

Prises en charge ambulatoire	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
File active	13 318	13 091	12 155	12 491	11 492	-14%
Nombre d'actes	234 344	234 910	222 511	218 835	200 390	-14%
Nombre d'actes par patient	17,60	17,94	18,31	17,52	17,44	-1%

Source : CRC d'après les données CHGM

En outre, en nombre de journées ou d'actes, les taux de recours aux soins de santé mentale en ambulatoire du territoire sont inférieurs aux données nationales. Le CHGM doit repositionner des ressources vers l'ambulatoire public.

tableau 5: taux de recours aux soins de santé mentale standardisé en ambulatoire ⁵⁹

Taux de recours standardisé 2021 / 1 000 hab. (nb de journées ou actes)	Prise en charge ambulatoire
National	333,26
Occitanie	322,67
Haute-Garonne	242,61

Source : scan santé, taux de recours psy en 2021

Avec une prise en charge aujourd'hui difficile, nécessitant des délais de six mois à un an pour un premier rendez-vous en CMP, l'offre ambulatoire publique ne répond que très partiellement aux besoins de la population. S'ajoute à cela le poids important des patients en programme de soins et dont les mesures sont rarement levées par les CMP, alors que la loi le permet.

La chambre recommande donc au CHGM de renforcer l'efficacité des CMP afin d'améliorer la prévention des crises des patients.

Recommandation :

4. Renforcer l'efficacité des centres médico-psychologiques. *Non mise en œuvre*

2.3.2 La réadaptation et l'insertion

En matière de réadaptation, le CHGM comprend trois unités intersectorielles de suite et de réhabilitation (USR) de 22 lits chacune. L'établissement dispose également d'un centre recours en réhabilitation psychosociale (C2RPS) offrant à certains patients un travail individualisé sur l'autonomie, la sortie d'hospitalisation et le projet de vie.

Ces dispositifs de réhabilitation sont en lien avec les centres post-cure, l'accueil familial thérapeutique, les appartements de coordination thérapeutiques⁶⁰. Le projet HOME⁶¹, qui vise l'insertion sociale par le logement accompagné, s'inscrit comme un projet phare du CHGM, complété par l'équipe mobile d'évaluation et d'accompagnement à l'autonomie dans le logement (EVAAL).

⁵⁹ Le taux de recours brut correspond au nombre de journées ou d'actes dispensés au sein de la population domiciliée d'une zone géographique (quel que soit le lieu de réalisation des séjours) pour 1000 habitants. Les taux de recours standardisés sont corrigés de l'effet structure de la population (âge et sexe). Ils permettent ainsi d'assurer les comparaisons nationales ou territoriales.

⁶⁰ Dispositif « un chez-soi d'abord ».

⁶¹ Habitat communautaire soutenu de Toulouse pouvant suivre jusqu'à 100 personnes en file active, en partenariat avec l'union cépière Robert Monnier (UCRM).

Des outils sont également mis en place avec les structures extérieures dans le cadre du handicap psychique, notamment l'équipe mobile d'intervention du handicap psychique (EMIHP), pour permettre la prise en charge de patients en crise au sein des établissements médico-sociaux, et l'unité de consultation généraliste (CODAHP) pour le versant somatique adaptée aux personnes présentant un handicap psychique.

L'unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) intervient en appui des structures extérieures pour les situations complexes d'enfants et d'adolescents. L'ouverture d'une structure partenariale sanitaire et sociale est prévue en 2023 afin d'héberger cinq enfants pour 3 mois. Des équipes mobiles sont en outre dédiées au suivi des sujets âgés (EMIPSA), à la prise en charge des addictions ou des troubles de conduites alimentaires.

Ainsi, de très nombreux dispositifs intersectoriels ont vu le jour depuis deux ou trois ans, le CHGM répondant aux appels à projets de l'ARS, ajoutés à d'autres, moins récents, tels le dispositif « consult'ados », le centre de ressource régionale en santé mentale ou le pool de remplacement. Cette démarche de projets peut présenter plusieurs limites. L'établissement peut avoir tendance à présenter des objectifs ambitieux afin d'obtenir les financements et d'attirer le personnel médical. Mais le projet retenu génère une fragmentation du temps médical et des coûts, notamment en moyens humains, qui ne sont pas compensés de manière pérenne par l'autorité de tutelle. Enfin, peu de données d'activité sont produites et aucune évaluation aboutie n'a été conduite par le CHGM au-delà de leur suivi.

L'enjeu principal réside dans l'objectivation de la valeur ajoutée de ces dispositifs, afin d'éviter leur empilement et la dispersion des ressources, alors même que la prise en charge ambulatoire en CMP manque notablement de moyens. La chambre recommande donc au CHGM de procéder rapidement à leur évaluation, y compris intermédiaire, afin de décider ou non de leur pérennisation et d'objectiver les données et analyses transmises à l'ARS, financeur principal.

Recommandation :

5. Procéder rapidement à l'évaluation des dispositifs intersectoriels mis en place. *Non mise en œuvre*

L'ordonnateur indique que le principe du suivi ou de l'évaluation est prévu dans le cadre contractuel de ces dispositifs, mais il n'a transmis à la chambre aucune évaluation aboutie. Il reconnaît qu'une démarche de mutualisation ou de mise en cohérence des dispositifs ayant une vocation similaire constitue un impératif en termes de rationalisation des ressources humaines. L'ARS considère, quant à elle, qu'un effort de communication et d'évaluation de ces dispositifs doit être entrepris. La recommandation est considérée comme non mise en œuvre à ce stade.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'activité du CHGM s'inscrit dans un cadre atypique à plusieurs titres :

- l'offre importante de places privées en psychiatrie sur le département et la prépondérance des soins sans consentement au sein du secteur public ;
- une majorité de troubles lourds au CHGM, dont certains doublés de difficultés économiques et de logement, avec une durée moyenne d'hospitalisation trop longue, qui s'explique en grande partie par l'insuffisante coordination des acteurs, pourtant prônée par l'ensemble des documents stratégiques ;

- la présence d'une unité de psychiatrie pénitentiaire sur le site, impactant les unités de soins classiques.

L'offre ambulatoire du CHGM est insuffisante, avec des délais de six mois à un an pour un premier rendez-vous. Les CMP doivent être repositionnés au centre du parcours gradué et coordonné de soins. La chambre recommande donc au CHGM de renforcer leur efficacité afin d'améliorer la prévention des crises des patients.

En complément des solutions ambulatoires et d'hospitalisation, l'établissement répond à de nombreux projets intersectoriels initiés par l'ARS, notamment pour la mise en place d'équipes mobiles. Or, cet empilement de dispositifs présente plusieurs limites. La perspective d'obtenir des financements supplémentaires, souvent non pérennes, peut prendre le pas sur la priorisation des solutions ; la multiplication des projets entraîne la fragmentation du temps médical et la mobilisation de moyens humains et financiers. Leur évaluation, non aboutie à ce jour, apparaît donc comme une nécessité pour le CHGM.

3. LA GESTION DES RESSOURCES

3.1 Les ressources humaines

Le CHGM compte 1 484 ETP en moyenne en 2022, soit 124 ETP en personnels médicaux (PM) et 1 360 ETP en personnels non médicaux (PNM)⁶². Sur la période de contrôle, les charges de personnel progressent fortement, de 5 % en moyenne annuelle, s'expliquant par la progression des effectifs et l'effet prix des revalorisations salariales. En 2022, la masse salariale représente plus 86 M€.

3.1.1 Les effectifs

3.1.1.1 Les effectifs médicaux

En 2022, l'établissement compte 124 ETP médicaux en moyenne sur l'année, en progression de 4 %. 67 d'entre eux seulement sont des praticiens hospitaliers titulaires (PH), 20 sont des contractuels, les autres sont des internes et étudiants.

⁶² À distinguer du nombre d'ETP moyens rémunérés au 31 décembre de chaque année, utilisé dans les analyses infra. Par exemple, un agent à 80 %, rémunéré à 86 %, sera comptabilisé comme 0,8 ETP mais 0,86 ETP rémunéré.

tableau 6 : évolution des effectifs médicaux entre 2018 et 2022

ETP moyens annuels	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
PH Temps plein	30	32	32	39	39	30%
PH Temps partiel	27,13	26,13	25,86	21,16	26,8	-1%
Attachés	10,4	0,6	0	0,6	1,6	-85%
Sous-total	67,53	58,73	57,86	60,76	67,4	0%
Praticiens contractuels	10	7	12	20,8	9,4	-6%
Praticiens intérimaires	0	2	4	0	6,5	
Assistants	11	7,8	9,8	8	3,7	-66%
Sous-total	21	16,8	25,8	28,8	19,6	-7%
Internes	17	17	17	19	16	-6%
Étudiants	14	19	15	19	21	50%
Sous-total	31	36	32	38	37	19%
Total PM	119,53	111,53	115,66	127,56	124	4%

Source : données CHGM

Sur les 12 avis de recrutement ouverts en 2022, cinq sont restés infructueux. Mi 2023, 13 postes de PM sont vacants. De surcroît, 18 psychiatres et trois médecins généralistes ont plus de 55 ans. L'attractivité est donc un enjeu important pour l'établissement. Les difficultés de recrutement sont liées notamment aux gardes des urgences psychiatriques au CHU et aux astreintes au CHGM pour la permanence des soins, ainsi qu'au profil complexe des patients du CHGM.

3.1.1.2 Les effectifs non médicaux

Le CHGM compte 1 360 ETP de personnel non médical en moyenne sur l'année 2022, en progression de 7 % depuis 2018. Le nombre de titulaires progresse de près de 3 % sur cette période, tandis que le nombre d'agents en CDI augmente de 87 %.

L'augmentation des besoins a été de plus de 23 ETP moyens rémunérés en 2018 avec l'ouverture de l'USLD Les jardins des Silos, et de 20 ETP en 2020 avec la mise en place d'un pool de remplacement. En 2021, 5 ETP ont été recrutés pour du renfort administratif en raison de la crise sanitaire. En 2022 et 2023, 12 ETP ont été recrutés pour la sécurisation du site.

L'augmentation des effectifs s'explique également par la multiplication des nouveaux dispositifs proposés aux patients, notamment les équipes mobiles, financés par l'ARS. Cette dynamique de projets a pour objectif de réduire à terme les tensions de la filière et de mobiliser les équipes sur de nouvelles approches. L'évaluation de ces dispositifs est donc indispensable (cf. *supra*). Ainsi, le déploiement de nouveaux projets sur la période récente, en 2022 et en 2023, aura nécessité en moyenne 48 nouveaux ETP, pour un coût estimé à plus de 2,5 M€⁶³.

L'ordonnateur entend contenir l'impact financier de ces créations de postes en réduisant de 25 ETP le recours aux CDD. Selon lui, cette mesure est réalisable au regard des autres moyens de suppléance déployés, tels le recours à l'intérim, le recours aux heures supplémentaires et le pool d'agents de remplacement. Pour autant, malgré la mise en place de ce dernier en 2020, les heures supplémentaires sont en forte progression et de surcroît ces moyens de suppléance n'ont pas suffi à limiter le recours aux CDD. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2023, révisé à la demande de l'ARS, a revu l'objectif de réduction de 25 ETP à 51 ETP.

⁶³ Dont 1,7 M€ sont déjà financés mi-2023 (ARS, FIOP, SEGUR et DAF).

tableau 7 : évolution des effectifs non médicaux entre 2018 et 2022

ETP moyens annuels		2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Titulaires	Administratif	76,88	77,6	73,43	74,63	77,2	0,4%
	Paramédical	799,53	793,46	776,26	807,3	817,47	2,2%
	Educatif et sociaux	56,13	61,78	59,72	68,04	65,03	15,9%
	Médico techniques	4,86	4,58	4,75	4,99	4,69	-3,5%
	Techniques et ouvriers	107,5	108,52	107,25	100,59	109,26	1,6%
Sous-total		1044,9	1045,94	1021,41	1055,55	1073,65	2,8%
CDI	Administratif	15,08	23,06	21,1	24,99	25,43	68,6%
	Paramédical	17,92	27,4	28,79	36,31	45,1	151,7%
	Educatif et sociaux	1,88	3,02	4,41	7,42	9,6	410,6%
	Médico techniques	1	1	1	0,49	1,01	1,0%
	Techniques et ouvriers	7,43	7,35	10,25	10,49	10,35	39,3%
Sous-total		43,31	61,83	65,55	79,7	91,49	111,2%
CDD	Administratif	17,81	13,61	18,82	25,23	30,42	70,8%
	Paramédical	143,57	122,48	141,36	146,06	124,99	-12,9%
	Educatif et sociaux	13,8	16,18	20,14	18,37	26,75	93,8%
	Médico techniques	1,19	2,41	2,2	1,41	0,93	-21,8%
	Techniques et ouvriers	16,25	21,21	22,27	23,45	23,51	44,7%
Sous-total		192,62	175,89	204,79	214,52	206,6	7,3%
TOTAL		1280,83	1283,66	1291,75	1349,77	1371,74	7,1%
+ interim non médical		4,44	6,47	1,45	1,59	0,97	-78,2%
Pour mémoire en €		306 242 €	277 882 €	78 830 €	108 892 €	65 915 €	-78,5%

Source : données CHGM

L'autre facteur d'accroissement des effectifs, notamment temporaires, réside dans l'absentéisme important de l'établissement. Le CHGM enregistre en effet un taux supérieur à la moyenne nationale⁶⁴ et ce taux progresse, dépassant 12,5 % en 2022⁶⁵ et représentant près de 170 ETP. Il devra rapidement mettre en place des mesures permettant de le réduire.

L'ordonnateur répond que ce taux a été ramené à 11,4 % fin novembre 2023, au regard de mesures qui auraient été mises en place en matière de ressources humaines mais qu'il ne détaille pas.

tableau 8 : évolution de l'absentéisme

Evolution de l'absentéisme	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nb total de jours d'absence	44 411	45 910	50 173	51 672	60 718	37%
Dont nb de jours pour maladie ordinaire	20 293	20 308	23 822	23 266	30 478	50%
Part maladie ordinaire	46%	44%	47%	45%	50%	
Dont nb de jours pour accident du travail	7 417	10 033	11 430	11 340	11 006	48%
Part accident du travail	17%	22%	23%	22%	18%	
Taux d'absentéisme	9,5%	9,9%	10,5%	10,7%	12,5%	31%
Taux de turn-over	14,4%	16,1%	17,6%	13,0%	18,0%	25%

Source : synthèse CRC à partir des données CHGM

Le taux de roulement est également supérieur à la moyenne nationale. À hauteur de 16,2 % en 2019 contre 11,5 % au niveau national, il progresse jusqu'à 18 % en 2022⁶⁶ et s'explique en partie par les remplacements assurés par des agents en CDD. Par ailleurs, 31 postes de PNM restent vacants mi-2023. Pour autant, il n'y a pas spécifiquement de problème d'attractivité, contrairement aux personnels médicaux, le taux de recrutement infructueux étant particulièrement bas⁶⁷. L'enjeu principal réside ici dans la fidélisation des personnels : seulement 62 % des infirmiers recrutés en

⁶⁴ 10 % en 2019 contre 8,4 % au niveau national.

⁶⁵ Données nationales 2022 non disponibles à la date du rapport. A noter pour information que sur les 16 agents (IDE, ASH, technicien et administratifs) suspendus faute de schéma vaccinal complet, un seul reste suspendu à la date du rapport.

⁶⁶ Données nationales 2022 non disponibles à la date du rapport.

⁶⁷ 4 procédures infructueuses sur 45 en 2021, 3 sur 81 en 2022 et 6 sur 41 en 2023.

2020 sont encore présents en 2022. Pour renforcer celle-ci, l'établissement a formalisé une politique de résorption de l'emploi précaire, présentée au comité social d'établissement du 7 décembre 2023, avec une mise en stage rapide des infirmiers pour leur titularisation.

Deux autres facteurs peuvent intervenir dans la fidélisation des agents : la possibilité d'évoluer vers une qualification d'infirmier en pratique avancée (IPA)⁶⁸ d'une part, et les possibilités de télétravail d'autre part. Le CHGM a sollicité le financement pour quatre postes d'IPA auprès de l'ARS (deux postes inscrits au plan de formation 2022 et deux postes au plan de formation 2023). L'objectif est de renforcer les CMP et d'augmenter la répartition des missions cliniques avec les médecins.

Concernant le télétravail, aucun protocole d'accord n'a été adopté depuis la crise sanitaire. Les coûts en matériel sont avancés par le CHGM. Certains agents continuent néanmoins de bénéficier du télétravail soit pour raison de santé soit parce que leurs missions le permettent. Il convient désormais de déterminer, dans le respect de la réglementation, les conditions et futures modalités d'attribution de ces autorisations.

La chambre relève que, lors d'un contrôle réalisé en 2021, l'URSSAF constatait une irrégularité dans le paiement des honoraires d'un kinésithérapeute. L'Urssaf précisait que les conditions d'exercice de cette pratique caractérisaient, dans le cas présent, un lien de subordination avec le CHGM, non exclu par l'activité indépendante de cette personne. Les honoraires constituaient donc des rémunérations, soumis à cotisations et contributions sociales, avec émission d'un bulletin de salaire. Après vérification, la chambre constate que cette anomalie perdure. Le CHGM n'a pas modifié la situation administrative de ce personnel, toujours considéré à tort comme un prestataire extérieur alors qu'il constitue un personnel de l'établissement.

3.1.2 Le temps de travail

3.1.2.1 Le temps de travail du personnel médical

Le temps de travail du personnel médical n'est pas informatisé dans les services du CHGM mais décompté manuellement sur un tableau Excel par la direction des affaires médicales. Afin d'en automatiser la gestion et d'en faciliter le contrôle, la chambre souligne la nécessité pour le CHGM de déployer rapidement un logiciel du temps de travail. L'ordonnateur souscrit à cette exigence et l'établissement s'est donc associé à la démarche d'acquisition d'un logiciel de gestion du temps de travail des personnels médicaux, engagée dans le cadre du GHT.

Selon la réglementation, la durée du temps de travail des médecins ne peut pas dépasser quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur quatre mois⁶⁹. Dans certains cas, il peut être dérogé à cette durée maximale par le recours au temps de travail additionnel (TTA) contractualisé sur la base du volontariat, conformément à l'article R. 6152-27 du code de la santé publique. Au sein du CHGM, les contrats nominatifs sont bien établis. Sur la période 2018 – 2022, le TTA représente un montant de rémunérations de 35 k€ en moyenne par an et concerne 12 à 28 praticiens selon les années.

⁶⁸ Ouverte par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précisée par instruction du 26 juillet 2021.

⁶⁹ Article R.6152-26 et 27 du code de la santé publique.

3.1.2.2 Le temps de travail du personnel non médical

La durée du travail

La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements publics de santé⁷⁰. Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. La réglementation prévoit que la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires, soit 1 568 heures. Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures.

La durée de travail réglementaire n'est pas strictement respectée au sein de l'établissement, alors même qu'il connaît des vacances de postes et une forte augmentation des heures supplémentaires (cf. *infra*). S'agissant des congés annuels d'une part, les trois jours supplémentaires statutaires dits « hors saison » ou « de fractionnement » ne peuvent être accordés de manière automatique aux agents, et doivent être soumis aux conditions prévues par la réglementation⁷¹. S'agissant des RTT d'autre part, la journée de solidarité de Pentecôte doit être décomptée du contingent accordé aux agents. La chambre recommande donc au CHGM d'appliquer le temps de travail réglementaire.

Recommandation :

6. Appliquer sans délai la durée réglementaire du travail pour le personnel non médical.
Mise en œuvre complète

Suite aux remarques de la chambre, l'ordonnateur déclare avoir acquis mi-2023 la solution technique nécessaire aux corrections de comptabilisation des congés et RTT. Une note de service de décembre 2023, visant à la mise en conformité du droit à congés et RTT, réaffirme les conditions d'utilisation des jours hors saison et de fractionnement et soustrait la journée de solidarité. La recommandation peut donc être considérée comme mise en œuvre.

Les heures supplémentaires

Le guide sur l'organisation du temps de travail de l'établissement précise que les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassant les bornes horaires définies par le cycle de travail, et ce dans la limite de 20 heures par mois et par agent, conformément à la réglementation⁷². Ces heures font l'objet soit d'une compensation donnant lieu à récupération, soit d'une indemnisation. Depuis l'été 2019, le dispositif n'est plus limité aux périodes de tension (estivales et de fin d'année), compte tenu notamment des difficultés d'absentéisme et de remplacement d'infirmiers.

Le nombre total d'heures supplémentaires réalisées entre 2018 et 2022 progresse de 30 % pour atteindre près de 123 500 heures supplémentaires réalisées en 2022. La part des heures

⁷⁰ Conformément au décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007, pris en application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁷¹ 1 ou 2 jours de congés supplémentaires « hors saison » accordés si l'agent prend entre 3 et 6 congés annuels entre le 1^{er} novembre et le 30 avril suivant ; 1 jour supplémentaire « de fractionnement » s'il pose ses congés en au moins trois périodes de 5 jours ou plus.

⁷² Le plafond légal est passé de 15 à 20 heures par mois suite au décret n°2020-298 du 24 mars 2020 modifiant l'article 6 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

recupérées diminue sur la période mais reste majoritaire (plus de 50 % en 2022) alors que la part des heures payées augmente (30 % en 2022). La part des heures restantes au 31 décembre (ni payées ni récupérées) reste relativement stable, autour de 20 %.

Outre les coûts directs liés au paiement, le choix de la récupération ou du stockage est synonyme également de coût à plus ou moins longue échéance : l'alimentation d'un CET peut en effet conduire à une indemnisation ultérieure, le déstockage en cas de mobilité ou de départ en retraite peut nécessiter des recrutements complémentaires et l'incapacité de l'établissement à assurer la récupération effective de ces heures peut finalement l'obliger à les rémunérer. Ces heures non récupérées stockées génèrent ainsi de la dette sociale différée.

tableau 9 : évolution des heures supplémentaires

Heures supplémentaires	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nombre d'heures payées	3 185	8 988	12 398	19 154	36 504	1046%
Nombre d'heures récupérées	70 462	68 181	63 376	64 668	65 146	-8%
Sous-total	73 648	77 169	75 774	83 822	101 650	38%
Nombre d'heures non payées non récupérées au 31 décembre	22 267	22 377	20 701	20 945	21 820	-2%
TOTAL du nombre d'heures supplémentaires réalisées	95 915	99 546	96 475	104 767	123 470	29%

Heures supplémentaires	2018	2019	2020	2021	2022	Cumul 2018-2022
Part HS récupérées	73%	68%	66%	62%	53%	64%
Part HS payées	3%	9%	13%	18%	30%	15%
Part HS stockées	23%	22%	21%	20%	18%	21%

Source : données CHGM

Concernant les seules heures supplémentaires payées, la chambre relève une différence entre les données obtenues du CHGM et celles relevées dans les bulletins de salaire. D'après ces derniers, 865 agents ont bénéficié d'heures supplémentaires payées entre 2020 et 2022, pour un total de près de 55 360 heures. Sur ces trois années, le nombre total d'heures payées au-delà des 20 heures réglementaires s'élève à 12 790 heures et concernent 297 agents, dont 231 agents pour la seule année 2022. En outre, ces volumes ne présagent pas des heures supplémentaires non payées (récupérées ou stockées) qui dépassent également le plafond réglementaire.

tableau 10 : heures supplémentaires payées au-delà de 20 heures par mois

HS > 20 heures par mois	2020	2021	2022	2020-2022
Nb agents concernés	67	91	231	297
Contingent max des HS (20*nb agents)	1 340	1 820	4 620	5 940
Nb HS totales réalisées	2 189,08	4 320,25	12 216,97	18 726,30
Nb HS au-delà 20 heures	849,08	2 500,25	7 596,97	12 786,30

Source : données Xémélios d'après les bulletins de salaire

La chambre constate donc l'absence de respect du contingent mensuel des heures supplémentaires et recommande au CHGM de se mettre en conformité avec la réglementation.

Recommandation :

7. Respecter sans délai le contingent maximal de 20 heures supplémentaires par mois pour le personnel non médical. *Mise en œuvre partielle*

Suite aux remarques de la chambre, l'établissement a conduit fin 2023 plusieurs actions : la diffusion d'une charte rappelant notamment la borne des 20h, le blocage technique du logiciel en conséquence, ainsi que l'instauration, à compter du dernier trimestre 2023, d'un contrôle

trimestriel par la DRH du volume d'heures supplémentaires. La recommandation peut ainsi être considérée comme partiellement mise en œuvre.

3.2 Le patrimoine

L'histoire patrimoniale du site principal est marquée par deux événements majeurs. Le premier est l'explosion du site AZF en septembre 2001 ayant endommagé la totalité des bâtiments. Le deuxième événement est l'épisode médiatisé des fugues en janvier 2022 qui a mis en exergue la nécessité de sécuriser le site.

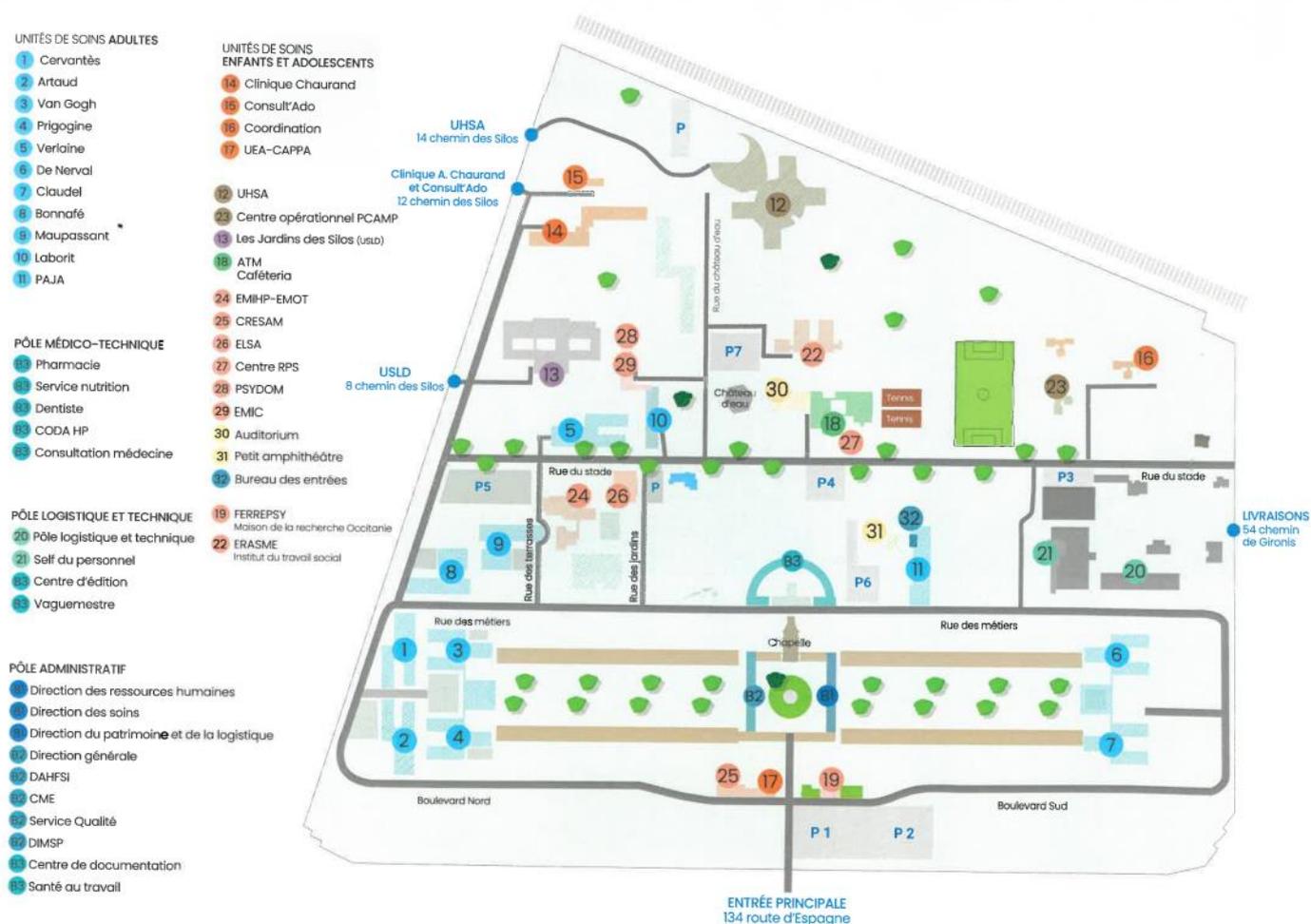
3.2.1 La valorisation patrimoniale

Le CHGM possède un schéma directeur immobilier pour la période 2021-2025, articulé autour de la poursuite de la reconstitution de l'ambulatoire et de la redéfinition des implantations en ville (39 structures extérieures sur une surface plancher de 14 700 m² à regrouper en partie) et de la rationalisation du site principal (construction du CRPS en phase finale, extension de certaines unités, rassemblement des dispositifs adolescents en projet sur 2023-2024).

Sur la période 2018-2022, le CHGM a conduit près de 12,7 M€ d'investissements. La chambre constate que de nombreux projets ont pris du retard et ont dû être redimensionnés faute de moyens. Les projets, avec un taux de réalisation faible (de 40 à 50 %), sont des projets dont la réalisation est reportée à 2025, voire à 2029. D'autres projets ont vu leur coût croître fortement, comme par exemple la construction de l'hôpital de jour et du CMP de Saint Gaudens.

Aujourd'hui, implantée sur près de 43 hectares, l'assise foncière de l'établissement est manifestement disproportionnée au regard de l'activité, d'autant plus que la majorité des bâtiments touchés par la catastrophe AZF sont restés en l'état et interdits d'accès. Les 36 bâtiments désaffectés forment une importante zone de friche, de près de 22 500 m², contre 47 500 m² pour les 47 bâtiments en activité.

figure 3 : plan du site principal du CHGM



Source : panneau d'orientation sur le site du CHGM

Friches : intégralité des 4 ailes de part et d'autre du bâtiment de direction générale (bâtiments en beige en bas de plan) et divers bâtiments sur le site.

Par conséquent, le CHGM dispose d'un potentiel financier inutilisé et absorbe un surcoût d'exploitation, d'autant qu'à fin 2022, le taux de vétusté des constructions est de 42 % et celui des équipements de 77 %. L'analyse de la situation doit nécessairement être confortée par une comptabilité analytique du patrimoine, au-delà du seul ratio global au m².

Sur la période, l'unique valorisation du patrimoine réside dans la vente en juillet 2020 d'un bâtiment à l'entrée du site principal (19a), fermé depuis l'explosion de l'usine AZF, à la Ligue contre le cancer, pour un montant de 280 k€, conformément à l'avis de France Domaine.

Le CHGM dispose pourtant, depuis 2020, d'une étude de son emprise foncière à valoriser estimée à 123 500 m². Deux facteurs ont bloqué l'avancée de la démarche. Tout d'abord, le processus de manifestation d'intérêt a été gelé dans l'attente d'une décision quant à l'implantation de l'unité de formation et de recherche (UFR) Santé sur le site hospitalier. L'arbitrage défavorable rendu au mois de juin 2023 réouvre les possibilités d'évolution du site. Par ailleurs, le plan local d'urbanisation intercommunal (PLUi) a été annulé par le juge administratif. L'ancien PLU, redevenu applicable, ne permet pas d'envisager d'autres destinations des locaux qu'à un usage d'intérêt collectif. Les autres hypothèses de valorisation identifiées par le CHGM se retrouvent

ainsi sans objet et le prochain PLUi ne devrait intervenir qu'en 2025. Dans l'attente, l'établissement devra travailler à de nouvelles pistes de valorisation de son site⁷³.

Ces pistes devront, de surcroît, s'articuler avec les nouvelles contraintes environnementales, imposant notamment une réduction de 40 % des consommations d'énergie⁷⁴ et la limitation de l'artificialisation des sols⁷⁵. La réalisation d'une évaluation du schéma directeur actuellement en cours est également un préalable.

3.2.2 La sécurisation du site

La sécurisation du site, rendue nécessaire par les fugues de certains patients, constituera également un élément majeur du prochain schéma directeur. Les absences non autorisées couvrent quatre situations différentes, à savoir les sorties sans autorisation, les retards de retour de permission, les non retours de permission et le non-respect du programme de soins (patient non présent au rendez-vous prévu dans son programme). Les sorties sans autorisation constituent un phénomène récurrent, renforcé par la fin du modèle asilaire et l'ouverture relative des établissements psychiatriques sur la cité.

En janvier 2022, le CHGM⁷⁶ a dû faire face à trois fugues de patients admis en soins sans consentement, dont un cas s'est accompagné de l'agression violente d'une passante. L'ARS a alors réalisé une inspection du CHGM. Ce rapport dresse des constats préoccupants sur la surveillance des patients hospitalisés, notamment en cas d'antécédents criminels ou de risques de dangerosité significatifs, et sur la difficulté à définir les cas complexes et leur accompagnement. En particulier, les fiches de fugues ne font pas l'objet de signalement comme événement indésirable, ni d'analyse. La chambre constate, en outre, que le recueil d'informations médicalisé ne comporte aucun recensement de ces fugues.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration (IGA) ont également été missionnées et ont formulé plusieurs recommandations à l'attention du CHCGM :

- engager une réflexion commune entre le CHGM et le CHU sur les programmes de soins et les patients SDRE complexes ;
- faire une analyse systématique des fugues, selon leurs caractéristiques, notamment leurs circonstances, les conséquences, leur gravité, leur fréquence pour élaborer des prises en charge personnalisées ;
- renforcer la sécurité du site du CHGM avec la réalisation préalable d'un audit de sûreté ; le CHGM a fait le choix de ne pas distinguer dans les unités les patients pris en charge en SSC des patients en hospitalisation libre, impliquant un niveau de sécurité accrue générale et non circonscrit à des unités dédiées.

Le rapport annuel du service qualité 2022 aborde la gestion des risques liés aux autorisations de sorties. Les actions mises en œuvre sont de trois ordres : refonte du dispositif d'enregistrement des sorties sans autorisation, constitution d'un comité de pilotage dédié à la sécurité et actualisation en cours du plan de sécurisation de l'établissement (PSE). L'analyse

⁷³ Dans le cadre des échanges avec la métropole de Toulouse, une implantation de logements sociaux pourrait être envisagée.

⁷⁴ Décret n°2019-771 du 23 juillet 2019 relatif aux obligations de réduction de la consommation d'énergie finale dans les bâtiments à usage tertiaire.

⁷⁵ Loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets

⁷⁶ Sur le même mois, le CHU a également dû faire face à la fugue d'une patiente hospitalisée sans consentement.

systematique des fugues n'est en place que depuis le mois d'avril 2022, avec un rapport bi-hebdomadaire et un bilan mensuel transmis à l'ARS et à la préfecture.

Certaines recommandations des inspections générales concernent l'ensemble des autorités locales, comme intégrer la préfecture dans la convention départementale « santé-sécurité-justice-préfecture », procéder, sous l'égide de la préfecture et de l'ARS, à l'organisation d'exercices de sécurité et de sûreté, associer le CHGM et le CHU au réseau des communicants de l'État afin de parfaire la communication de gestion de crise. Elles sont mises en œuvre.

La prise en compte des dangers psychiatriques et criminologiques des patients dans les pratiques des professionnels était également recommandée. Le CHGM a constitué un groupe de travail depuis 2022, visant à élaborer une traçabilité homogène des facteurs de risques, telle la dangerosité, le potentiel de récidive, les traits de personnalité. Ces éléments demeurent toutefois non évalués, ni codés.

En outre, l'analyse des bilans des sorties sans autorisation entre 2018 et 2022 ne permet pas de disposer de données comparables sur la période, ce qui est particulièrement dommageable tant au regard de leur analyse que de l'enjeu pour l'établissement. Bien que le suivi des sorties sans autorisation soit en place, analysé en comité de pilotage et transmis aux services de l'État, en revanche, ni les rapports annuels des événements indésirables, ni les rapports d'activité n'abordent ces statistiques. La chambre rappelle au CHGM la nécessité de mettre en œuvre une procédure formalisée de signalement systématique des sorties sans autorisation en tant qu'événement indésirable.

L'ordonnateur répond qu'une maquette de synthèse permettant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique a été réalisée dans le dossier patient informatisé. Pour pouvoir l'exploiter, une formation des psychiatres a été demandée par la CME pour 2024. L'intitulé de « sortie sans autorisation » a également été ajouté à l'arborescence des événements indésirables et devrait être intégré au prochain bilan annuel des EI.

Par ailleurs, des actes relevant du trafic de stupéfiants, opérés par des personnes extérieures, sont constatés au sein de l'établissement. Une équipe de sûreté de 12 agents⁷⁷ a alors été mise en place, avec pour mission le contrôle des accès, la maîtrise des entrants et sortants ainsi que la protection des patients contre les risques d'intrusion et de trafics. Ces trois missions ont des impacts en termes d'investissements sur les infrastructures et les équipements, estimés à 3,6 M€, ainsi que de fonctionnement, estimés à 1,2 M€. De plus, un plan de sécurisation est en cours et des actions d'éducation à la santé sur les substances psychoactives sont menées auprès des patients.

L'ARS a octroyé à l'établissement 294 k€ (sur une enveloppe régionale de 2 M€) dans le cadre d'un appel à projet national en vue de la sécurisation des établissements de santé, soit 50 % des devis réalisés pour les deux premières mesures de réhabilitation du bâtiment du pôle de sécurité et de travaux des parkings et évalués à 591 k€.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement connaît des vacances de postes de personnel médical, un fort absentéisme du personnel non médical, une rotation importante des médecins et soignants et une explosion des heures supplémentaires, en méconnaissance du plafond réglementaire.

⁷⁷ Six agents ont pris leur poste en novembre 2022 et six agents ont pris leur poste en janvier 2023.

S'agissant des ressources patrimoniales, le site hospitalier reste fortement marqué par l'explosion d'AZF. Implantée sur près de 43 hectares, sa surface apparaît disproportionnée d'autant que la majorité des bâtiments touchés par la catastrophe sont restés en l'état et interdits d'accès, formant des zones de friches. Le site doit également être adapté au risque de fugues, mis en exergue par les événements médiatisés de janvier 2022. La valorisation de ce potentiel patrimonial inutilisé et sa sécurisation doivent être au cœur du prochain schéma directeur.

4. LA FIABILITE DES COMPTES

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) introduit, comme une garantie de performance, la certification des comptes des hôpitaux ayant atteint le seuil de 100 M€ de produits au compte principal. Avec 99,2 M€ de produits en 2022, près du seuil réglementaire requis, et à volume supérieur de recettes pendant trois ans, le CHGM sera alors soumis à compter de 2027 à la certification par un commissaire aux comptes⁷⁸. Le processus de fiabilisation des comptes est d'ailleurs inscrit dans le projet d'établissement, avec comme objectif le déploiement d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers, une meilleure qualité comptable et la préparation à la certification. La démarche a démarré au dernier trimestre 2022 avec un travail autour de l'EPRD et de la procédure de clôture des comptes, portant notamment sur la gestion des immobilisations.

4.1 Les amortissements

Le traitement des amortissements est encadré par une décision du CHGM adoptée en juin 2011. Les durées retenues sont au maximum des durées d'amortissement réglementaires, à l'exception de celles des bâtiments qui sont supérieures. Or, l'application d'une durée de 35 années pour les bâtiments affecte le principe de sincérité et génère l'étalement des charges dans le temps. La chambre rappelle que l'établissement doit respecter la durée maximale de 30 ans, ce à quoi l'ordonnateur s'engage dans sa réponse dans le cadre de la procédure budgétaire 2024.

⁷⁸ Articles L. 6145-16 et D. 6145-61-7.I du code de la santé publique : « sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs. La certification s'applique aux comptes de l'exercice suivant l'approbation du compte financier du dernier de ces trois exercices. »

tableau 11 : comparaison des durées d'amortissement

AMORTISSEMENTS	Instruction M21	Comparaison M21-CHGM	Durées CHGM
Bâtiments	20 à 30		35
Matériel	7 à 10	MAX	10
Outillage	5 à 10	MAX	10
Matériel médical	4 à 5	MAX	5
Installations et agencements	10 à 20		15
Matériel bureau	5 à 10	MAX	10
Matériel informatique	2 à 3	MAX	3
Matériel de transport et roulant	4 à 5	MAX	5
Mobilier	10	MAX	10
Progiciels métiers	2 à 3	MAX	3
Logiciels	2 à 3	MAX	3

Source : CRC d'après l'instruction budgétaire M21 et la décision du CHGM

4.2 Les provisions

Les provisions constituent une partie importante de l'analyse de la fiabilité des comptes, compte tenu de l'obligation de provisionner qui s'impose pour différents risques.

tableau 12 : évolution des provisions entre 2018 et 2022

PROVISIONS	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
C/142 : Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	1 150 455,19 €	1 035 168,96 €	925 057,70 €	830 608,68 €	742 342,76 €	-35%
C/151 : Provisions pour risques						
C/152 : Provisions pour risques et charges sur emprunts						
C/153 : Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) (public)	1 785 182,86 €	1 770 944,11 €	3 367 855,50 €	3 932 902,99 €	3 804 627,19 €	113%
C/ 1531 personnel médical (public)	833 177,13 €	833 177,13 €	708 096,53 €	977 466,00 €	993 057,64 €	19%
C/ 1532 personnel non médical (public)	952 005,73 €	937 766,98 €	2 659 758,97 €	2 955 436,99 €	2 811 569,55 €	195%
C/157 : Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices	171 180,82 €	30 529,65 €				-100%
C/ 1572 provisions pour gros entretien ou grandes révisions	171 180,82 €	30 529,65 €				-100%
C/158 : Autres provisions pour charges						
C/29 : Dépréciation des immobilisations						
C/39 : Dépréciation des stocks et en-cours						
C/49 : Dépréciation des comptes de tiers	45 134,27 €	30 682,28 €	84 091,65 €	88 478,20 €	119 522,41 €	165%
C/ 59 : Dépréciation des comptes financiers						
TOTAL	3 151 953,14 €	2 867 325,00 €	4 377 004,85 €	4 851 989,87 €	4 666 492,36 €	48%

Source : synthèse CRC d'après les comptes financiers du CHGM

Le montant, inscrit au compte 153-provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET, a plus que doublé sur la période et constitue la provision la plus importante de l'établissement. Les heures supplémentaires ayant fortement augmenté et la récupération demeurant le mode de compensation privilégié, moins de jours de congés sont alors utilisés et les CET se retrouvent abondés d'autant. Cette difficulté n'est pas ignorée par le CHGM puisque la cartographie des risques cote au seuil de criticité maximal le provisionnement des CET, s'agissant du recensement comme du mode de calcul⁷⁹.

Le compte 1572 - provisions pour gros entretien ou grande entretien - est inactif depuis 2020. Les reprises des années précédentes étaient justifiées par l'ancien programme pluriannuel de gros entretiens et révisions. La chambre invite l'ordonnateur à formaliser un nouveau programme pluriannuel de gros entretiens eu égard aux enjeux immobiliers de l'établissement.

⁷⁹ Le système de valorisation des CET est calculé par le CHGM sur le coût moyen par grade. L'intégralité des jours non pris au moment du calcul est provisionnée, abstraction faite des jours de congés potentiellement utilisés d'ici la fin de l'année et du quota de jours qui ne pourra pas être payé (l'indemnisation des jours sur CET n'étant possible qu'au-delà de 15 jours épargnés).

Les autres comptes de provisions ne sont pas utilisés, notamment le compte 151 des provisions pour risques alors que plusieurs contentieux sont en cours. Les montants en jeu s'établissent à près de 183 k€ et quatre contentieux ne sont pas chiffrés. L'établissement doit provisionner les risques financiers afférents à ces affaires, selon un mode de calcul sincère au regard de leur probabilité et gravité.

Ainsi, l'absence de provisions pour gros entretien et de provisions pour risques traduit une pratique incompatible avec le principe de prudence, qui entache la sincérité des comptes. La chambre recommande donc une mise en conformité des procédures de provisionnement.

Recommandation :

8. Mettre en conformité l'ensemble des procédures de provisionnement. *Mise en œuvre partielle*

L'ordonnateur précise, dans sa réponse, que cette démarche est engagée via l'accompagnement d'un cabinet d'expertise pour l'aide à la certification des comptes. Ainsi, une provision pour gros entretien et travaux sera constituée début 2024, sur la base d'un plan pluriannuel en cours d'élaboration. La recommandation peut donc être considérée comme partiellement mise en œuvre.

4.3 Les régies et la gestion des fonds des hébergés

Le CHGM compte cinq régies dont la régie de dépôt des valeurs. Cette dernière a fait l'objet de remarques lors de la dernière vérification par le comptable public fin 2022 et les mesures correctives ont été adoptées.

La régie du fonds de solidarité était irrégulièrement utilisée et, dans l'attente de la refonte de la procédure, elle n'est plus mobilisée. En effet, ce fonds de solidarité n'était pas utilisé comme secours pour les patients sans ressources mais comme une avance consentie sur leurs deniers propres pour pallier l'indisponibilité du tuteur du patient. Il y avait donc refacturation au patient aux fins de remboursement alors que ce fonds est une aide, donc une charge nette (compte 6586). Cette pratique générait un détournement de procédure dans la finalité de l'utilisation de ce compte, mais également une insécurité juridique, le CHGM se substituant au curateur ou tuteur. La chambre invite donc l'établissement à formaliser sans délai une nouvelle procédure conforme.

tableau 13 : synthèse des régies au sein de l'établissement

	Date de création	Arrêté	Direction	Montant max de l'avance	PV vérification
Régie d'avances des voyages des professionnels en mission	01/12/2005	30/11/2005	Direction générale	6 000 €	2019
Régie d'avance menues dépenses services techniques et activités thérapeutiques et pédagogiques	01/01/2019	01/01/2019	Patrimoine et logistique	15 000 €	2021 : dans le cadre de versements d'avance, il arrive que des personnes sans habilitation manient les fonds
Régie de recettes et d'avances de crédits restants des repas, de la location hôtelière et vente de mobiliers réformés	01/01/2019	01/01/2019	Patrimoine et logistique	250 €	2021 : caisse excédentaire de 7,58 €
Régie d'avance et de dépôts de valeurs au bureau des entrées (fonds, titres, valeurs, bijoux) devenue régie d'avances consenties aux patients dans le cadre du fonds de solidarité au 1er janvier 2020	01/01/2019	01/01/2019 01/01/2020	Bureau des entrées : conservation 60 jours max avant remise trésorier	30 000 € 300 €	2022/2023 : 4 dépôts auraient dû être transférés à la trésorerie, 1 depuis près d'un an, les autres depuis plus de 6 mois = régularisation ok depuis PV de vérification. + mauvaise utilisation réglementaire du fonds de solidarité et la trésorerie refus de reconstituer ce fonds depuis 2021 + nécessité de revoir sur le fond et la forme le circuit d'attribution des avances aux hébergés = procédure en cours de refonte.
Gestion des comptes des majeurs protégés	01/01/2020	18/12/2019	Service de la protection des majeurs		87 majeurs protégés sur la période 2018-2022

Source : synthèse CRC d'après les documents du CHGM

La régie d'avance relative aux activités thérapeutiques et pédagogiques a vocation à permettre un achat exceptionnel pour un montant limité. Elle s'inscrit comme une procédure dérogatoire aux règles de l'achat public et doit donc demeurer strictement encadrée. La dérive constatée lors des vérifications effectuées en 2021⁸⁰ (maniement des fonds sans habilitation, avances sur des deniers personnels et demandes de remboursement par la régie, dépenses d'investissement notamment) a conduit l'établissement à rappeler les règles à respecter. Leur suivi a permis de constater que les encours d'avance demeuraient trop importants et le comptable public a demandé une refonte des procédures. Afin de préserver une certaine souplesse tout en sécurisant le fonctionnement, la solution de la carte achat est en cours de déploiement. Cette solution implique que le marché soit réalisé par le GHT. La chambre souscrit pleinement à cette démarche de sécurisation du maniement du numéraire.

L'ordonnateur a répondu à la chambre que le compte 6586 dédié au fonds de solidarité était désormais débité des seules dépenses pour les patients sans ressource, à la demande des assistants du service social. S'agissant de la régie des activités thérapeutiques et pédagogiques, le marché des cartes d'achats a été signé et le règlement d'utilisation est en cours d'élaboration. Un site pilote devrait être désigné au premier semestre 2024, avant généralisation.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La fiabilité des comptes du CHGM est entachée de certains irrégularités, notamment sur l'amortissement des bâtiments, supérieur à la durée réglementaire, et la pratique en matière de provisions. La gestion des régies doit par ailleurs être formalisée et sécurisée. L'ordonnateur a commencé à mettre en œuvre des actions correctives, d'autant que l'établissement se prépare à la certification de ses comptes à compter de 2027.

⁸⁰ La régie a alors été fermée entre le 30 septembre et le 22 novembre 2021, en concertation avec trésorerie, pour analyser le montant de 1 212,80 € payé sans pièce justificative.

5. L'ANALYSE FINANCIERE

Le budget principal regroupant 94 % des produits de fonctionnement consolidés en moyenne sur la période, l'analyse financière est conduite, sauf mention contraire, sur ce budget. La période considérée couvre les années 2018 à 2022.

5.1 La capacité d'autofinancement

Le CHGM a dégagé une marge brute qui est passée de 1,3 M€ en 2018 à 3 M€ en 2022 et une CAF brute comprise entre 1,6 M€ et 3 M€, connaissant une évolution erratique. La CAF brute représente 3,2 % des produits de gestion en 2022.

Le niveau de CAF brute est à mettre en regard des dépenses d'investissement qui représentent en moyenne 3,2 M€ par an. L'annuité en capital progresse, représentant 392 k€ en 2022. La CAF nette passe ainsi de 1,3 M€ en 2018 à 2,7 M€ en 2022.

La situation financière reste très fragile car contrainte par les charges de personnel et par la ressource essentielle constituée par la dotation annuelle de financement (DAF). En retraitant la part non reconductible de la DAF sur l'ensemble de la période, la CAF brute se dégrade fortement, passant de 981 k€ en 2018 à -13,1 M€ en 2022. Le déficit structurel de l'établissement ne lui permet pas de dégager de l'épargne pour honorer sa dette. Une fois soustraits les remboursements de capital, la CAF nette demeure négative depuis 2019, marquant l'incapacité de l'établissement à dégager de l'autofinancement pour assurer ses investissements.

tableau 14 : capacité d'autofinancement du budget principal du CHGM

CAF du budget principal H en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022	2022 bis	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
Produits financés directement à l'activité dont réémissions	3 089 401	3 053 216	2 944 006	3 057 113	3 685 916	4,5%	19,3%	3 685 916	4,5%	19,3%
+ Produits annexes à l'activité ou financés par dotations et participations	72 898 437	74 394 161	79 015 189	84 042 618	91 694 565	5,9%	25,8%	93 383 699	6,4%	28,1%
Dont DAF non reconductible	643 604	1 374 061	5 478 905	8 507 903	16 130 407	123,7%	2406,3%	14 441 273	117,6%	2143,8%
+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges	1 295 087	1 225 387	994 345	1 507 607	1 429 378	2,5%	10,4%	1 429 378	2,5%	10,4%
= Produits de gestion	77 282 924	78 672 763	82 953 539	88 607 338	96 809 858	5,8%	25,3%	96 809 858	5,8%	25,3%
Charges de personnel brutes	68 865 567	69 802 703	74 083 286	80 127 374	85 541 566	5,6%	24,2%	85 541 566	5,6%	24,2%
+ charges à caractère médical	799 679	1 077 373	971 425	1 015 694	1 042 960	6,9%	30,4%	1 042 960	6,9%	30,4%
+ charges à caractère non médical	6 684 859	6 702 888	6 666 387	6 727 780	7 489 192	2,9%	12,0%	7 489 192	2,9%	12,0%
+/- variation des stocks	-21 288	2 571	-68 685	-52 125	-57 125	28,0%	168,3%	-57 125	28,0%	168,3%
- atténuations de charges	373 248	274 378	227 858	399 566	274 924	-7,4%	-26,3%	274 924	-7,4%	-26,3%
= Charges de gestion nettes	75 955 569	77 311 157	81 424 555	87 419 158	93 741 669	5,4%	23,4%	93 741 669	5,4%	23,4%
Marge brute d'exploitation	1 327 355	1 361 607	1 528 984	1 188 180	3 068 189	23,3%	131,2%	3 068 189	23,3%	131,2%
Marge brute retraitée de la DAF non reconductible	683 751	-12 454	-3 949 921	-7 319 723	-13 062 218	nc	-2010,4%	-11 373 084	nc	-1763,3%
Taux MB en % des produits de gestion	1,7%	1,7%	1,8%	1,3%	3,2%	16,6%	84,5%	3,2%	16,6%	84,5%
(+/-) Résultat financier	-5 859	-4 317	-2 732	-755	-204	-56,8%	-96,5%	-204	-56,8%	-96,5%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)	490 248	309 764	775 914	517 525	188 646	-21,2%	-61,5%	188 646	-21,2%	-61,5%
- Charges exceptionnelles réelles	184 499	121 222	557 357	350 373	201 630	2,2%	9,3%	201 630	2,2%	9,3%
= Capacité d'autofinancement brute	1 627 245	1 545 831	1 744 809	1 354 577	3 055 001	17,1%	87,7%	3 055 001	17,1%	87,7%
CAF brute retraitée de la DAF non reconductible	983 641	171 770	-3 734 095	-7 153 326	-13 075 405	nc	-1429,3%	-11 386 271	nc	-1257,6%
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	2,1%	2,0%	2,1%	1,5%	3,2%	10,7%	50,1%	3,2%	10,7%	50,1%
- Annuité en capital de la dette	304 199	429 268	432 984	436 777	391 887	6,5%	28,8%	391 887	6,5%	28,8%
= Capacité d'autofinancement nette	1 323 046	1 116 563	1 311 825	917 801	2 663 115	19,1%	101,3%	2 663 115	19,1%	101,3%
CAF nette retraitée de la DAF non reconductible	679 442	-257 498	-4 167 079	-7 590 102	-13 467 292	nc	-2082,1%	-11 778 158	nc	-1833,5%
CAF brute / produits de gestion	2,1%	2,0%	2,1%	1,5%	3,2%			3,2%		
CAF brute retraitée DAF non reconductible / produits de gestion	1,3%	0,2%	-4,5%	-8,1%	-13,5%			-11,8%		

Source : Open anafi.

Lecture : la colonne 2022 bis comprend un retraitement de la revalorisation de la part populationnelle de la DAF, considérant ainsi que ce montant de 1,7 M€ est intégré dans la DAF reconductible plutôt que dans la DAF non reconductible. Cela modifie peu l'ampleur de la dégradation de la CAF brute et de la CAF nette. Ainsi, si cette nouvelle DAF populationnelle est pérennisée dans le cadre de la réforme du financement, la situation financière de l'établissement demeurera dégradée, hors mesures d'économie.

5.2 Les produits d'exploitation

Les produits de fonctionnement dans leur totalité atteignent 99,8 M€ en 2022. Une fois exclus les produits financiers, les produits de gestion augmentent en moyenne de 5,8 % par an, passant de 77,3 M€ en 2018 à 96,8 M€ en 2022. La dotation annuelle de fonctionnement (DAF), à hauteur de 87,2 M€ en 2022, représente 87 % des produits de fonctionnement et progresse de 5,7 % en moyenne annuelle entre 2018 et 2022.

La part reconductible de la DAF s'élève à 71,3 M€ en 2022, en progression de seulement 3 % sur la période. Ce sont les financements non reconductibles de l'ARS qui ont progressé, passant de 644 k€ en 2018 à plus 16 M€ en 2022, en lien notamment avec les surcoûts et pertes de recettes liés à la crise sanitaire COVID, aux crédits alloués dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) et aux mesures accordées dans le cadre du Ségur, notamment la revalorisation des grilles indiciaires et des régimes indemnitaires des personnels médicaux et non médicaux.

Dans sa réponse, l'ARS précise que certains de « ces crédits dits non reconductibles, dont notamment les financements de mesures salariales Ségur, sont en fait pérennes », soit qu'ils seraient pérennisés en n+1, soit, s'agissant des dispositifs, après une évaluation de leur efficacité.

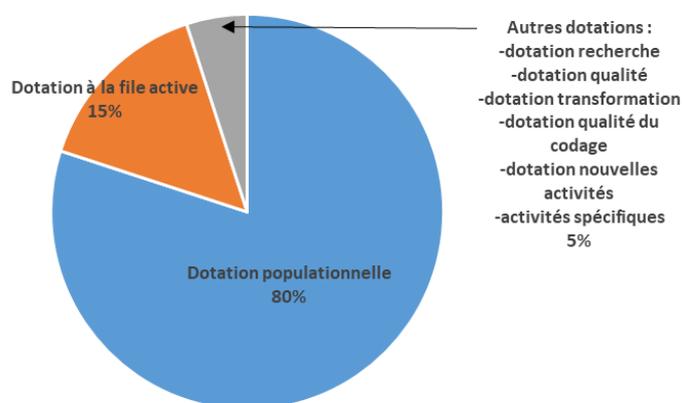
La chambre constate néanmoins que certaines enveloppes liées aux réformes demeurent provisoires en n+1 et que la nécessité d'une évaluation pour les dispositifs particuliers confirme le caractère provisoire de leur financement, sauf à rendre l'évaluation inutile. Cette pratique en matière d'allocation de ressources limite la visibilité pour l'établissement. Le modèle économique apparaît donc peu viable, dans la mesure où des dépenses pérennes sont majoritairement financées par des dotations non reconductibles.

La DAF 2022 englobe 1,7 M€ de complément au titre de la dotation populationnelle, dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux psychiatriques, dont le calendrier d'application est échelonné jusque fin 2025. Dans le cadre de cette réforme, les financements liés au niveau d'activité sont également renforcés, par le biais de la « dotation file active ». Il s'agit d'une enveloppe nationale fermée répartie en fonction de pondérations attribuées à chaque établissement⁸¹. Pour le CHGM, les longs séjours limitent l'accueil de nouveaux patients et donc l'augmentation de la file active. Même si cette part de dotation reste minoritaire, l'établissement devra nécessairement revoir ses pratiques actuelles pour bénéficier pleinement des financements liés à la file active mais aussi pour répondre aux besoins de la population.

encadré 1 : la réforme du financement de la psychiatrie

La réforme du financement de la psychiatrie⁸² est née des fortes disparités territoriales d'allocation des ressources, qui sont à l'origine d'inégalités d'accès et de traitement sur le territoire. La LFSS pour 2021 a reporté l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2022 avec des dispositions transitoires pour un déploiement progressif d'ici le 31 décembre 2025.

Les dotations du nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie



Source : CRC à partir du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

Note : La dotation populationnelle est allouée aux régions sur la base de 4 critères (taux de pauvreté, taux d'isolement, densité de médecins généralistes et psychiatres, offre médicosociale adaptés aux patients). Elle assure la réduction des inégalités interrégionales.

Quant aux produits de l'activité hospitalière, ils représentent de 3 % à 4 % des produits de fonctionnement et progressent à hauteur de 3,7 M€ en 2022. Cette progression s'explique par le doublement des produits facturés aux patients non assurés (atteignant 1,3 M€) et par la progression des produits des séjours de 30 % (1,2 M€), par rapport à 2021.

⁸¹ Pour chaque patient, cette enveloppe prend en compte la nature de sa prise en charge (hospitalisation complète ou partielle), sa classe d'âge (adulte ou enfant), la forme d'activité (hospitalisation, séjour thérapeutique, HAD, etc.). Peuvent s'y ajouter des forfaits ou des coefficients spécifiques à certaines prises en charge (soins sans consentement, gérontopsychiatrie, etc.). En ambulatoire, pour chaque classe d'âge, la pondération attribuée est fonction du nombre d'actes produits, avec des suppléments spécifiques éventuels (hors lieu de soin, coordination, intensivité). La somme des pondérations afférentes à chacun de ses patients permet d'attribuer une pondération à l'établissement.

⁸² Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie et arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux modalités de calcul, de versement et de régularisation de l'acompte, de la dotation provisionnelle et du montant complémentaire prévus aux I et II de l'article 2 du décret précité.

Les produits annexes à l'activité représentent pour leur part 3 à 4 % des produits de fonctionnement, à hauteur de 3,5 M€ en 2022. Ces produits recouvrent les prestations à des tiers, dont pour moitié des remboursements de mise à disposition de personnels. Les autres produits de gestion, représentant entre 1 M€ et 1,5 M€ selon les années, sont constitués essentiellement des subventions et produits des formations professionnelles.

5.3 Les charges d'exploitation

Les charges de fonctionnement atteignent 100,9 M€ en 2022. En leur sein, les charges de gestion nettes augmentent de 5,4 % en moyenne annuelle, atteignant 93,7 M€ en 2022, en raison essentiellement de la croissance des charges de personnel. Ces dernières représentent plus de 85,5 M€ en 2022, soit 85 % des charges de gestion. La première cause de leur progression réside dans l'augmentation des effectifs. L'augmentation découle également des mesures de revalorisation salariale mises en place dans le cadre du Ségur. La crise sanitaire a aussi généré des coûts, notamment le recours à l'intérim et les majorations de primes. Ainsi, la DAF (87,2 M€) couvre quasiment le seul besoin en personnel de l'établissement et la DAF reconductible (71,3 M€) n'est pas suffisante, la masse salariale constituant une dépense rigide, qui de surcroît ne cesse de progresser.

La rémunération du personnel médical s'élève à 8 M€ en 2022. La part de rémunération des praticiens contractuels est importante, représentant 20 % de la rémunération des PM en 2022. La rémunération du personnel non médical progresse de 5,7 % en moyenne annuelle, pour atteindre 47,3 M€. La rémunération des PNM titulaires⁸³ représente 84 % de la rémunération des PNM en 2022. En outre, le volume des indemnités pour heures supplémentaires⁸⁴ des PNM titulaires enregistre une forte progression, passant de près de 92 k€ en 2018 à 1,15 M€ en 2022.

Le second poste de dépenses est celui des charges à caractère hôtelier, représentant 7 à 8 % des charges de fonctionnement. Elles atteignent 7,7 M€ en 2022. L'établissement dispose d'une comptabilité analytique permettant d'identifier et de suivre les frais de la blanchisserie et la restauration.

Les charges médicales sont en progression de 33,4 % sur la période, ne représentant pour autant qu'1 % des charges de fonctionnement, à hauteur d'environ 1 M€. La hausse de la sous-traitance médicale, notamment auprès des laboratoires, de l'entretien et la maintenance médicale, des locations mobilières expliquent cette évolution.

A ces éléments s'ajoute une évolution importante des dotations aux provisions pour CET comme abordé supra, qui passent de 140 k€ en 2018 à 1,8 M€ en 2022.

5.4 La soutenabilité des investissements

Les dépenses d'équipement du CHS représentent près de 16 M€ tous budgets confondus sur l'ensemble de la période, dont 4 M€ en 2022.

La capacité d'autofinancement nette tous budgets (7,9 M€ cumulés sur la période) ne permet pas de financer les investissements. Malgré les autres recettes d'investissement, notamment les subventions reçues et les produits de cession, le besoin de financement s'élève à près de 7,2 M€ sur la période. En effet, les produits de cession représentent à peine plus de 297 k€ sur la période.

⁸³ Stagiaires inclus.

⁸⁴ IFTS : indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires ; IHTS : indemnité horaire pour travaux supplémentaires.

Ce besoin de financement est comblé par un emprunt nouveau, contracté en 2018, à hauteur de près de 2,3 M€ et par une forte mobilisation du fonds de roulement de l'établissement chaque année, pour un montant total de 4,9 M€ sur la période.

tableau 15 : financement des investissements consolidé

en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Total sur la période
CAF nette (a)	1 414 820	1 326 550	1 523 417	948 670	2 655 332	17%	7 868 788
+ Apports en capital	0	0	0	411 739	0		411 739
+ Subventions d'équipement reçues	0	0	519 242	34 875	0		554 117
+ Produits de cession	8 313	2 715	283 050	3 216	0	-100%	297 294
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	8 313	2 715	802 292	449 830	0	-100%	1 263 150
= Financement propre disponible (a+b)	1 423 133	1 329 264	2 325 709	1 398 500	2 655 332	17%	9 131 938
<i>Financements dispo / Dépenses d'investissement (y c. tx en régie)</i>	33%	61%	85%	52%	65%	18%	3
- Dépenses d'investissement réelles (y c. tx en régie)	4 348 411	2 181 690	2 731 528	2 701 803	4 074 690	-2%	16 038 122
<i>Dont immobilisations incorporelles</i>	136 287	105 077	86 862	140 854	157 302	4%	626 382
<i>Dont terrains, constructions et agencements</i>	0	638 585	0	-1 114 031	0		- 475 446
<i>Dont autres immobilisations corporelles</i>	1 034 951	557 794	663 421	990 932	1 095 409	1%	4 342 507
<i>Dont immobilisations en cours</i>	3 177 173	880 233	1 981 244	2 684 049	2 821 979	-3%	11 544 678
- Prises de participations nettes	0	0	0	400	0		400
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	0	-4 193	904	325 733	-41 174		281 271
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	-2 925 278	-848 232	-406 723	-1 629 437	-1 378 184	-17%	- 7 187 854
+ Nouveaux emprunts de l'année	2 280 000	0	0	0	0	-100%	2 280 000
<i>Dont autres obligations et dettes financières</i>	2 280 000	0	0	0	0	-100%	2 280 000
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	-645 278	-848 232	-406 723	-1 629 437	-1 378 184	21%	- 4 907 854

Source : Open anafi

Ainsi, l'encours de dette représente seulement 5,9 M€ tous budgets fin 2022 et la capacité de désendettement moins de 2 années. En effet, l'établissement finance ses investissements non pas grâce à son cycle d'exploitation, structurellement déficitaire, mais par son bilan, alimenté notamment par l'indemnité d'assurance de 87,7 M€ perçue après la catastrophe AZF. Celle-ci n'a pas été entièrement consommée à l'occasion des reconstructions de bâtiments, à hauteur de 73,3 M€, dégageant une réserve exceptionnelle, qui a vocation à disparaître.

tableau 16 : ratios d'endettement consolidés

Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
Capacité de désendettement (en années)	4,4	4,1	3,4	4,5	1,9
Encours de dette sur produits d'activité (en %)	9,76%	9,11%	8,04%	7,04%	5,98%

Source : Open anafi

5.5 Le bilan de l'établissement

L'actif immobilisé s'élève à 164,7 M€ en 2022, pour des financements stables de 187,3 M€. Le fonds de roulement consolidé (tous budgets), qui constitue l'excédent dégagé par les capitaux stables après financement des immobilisations, double quasiment sur la période, passant de 16,7 M€ en 2018 à 31,6 M€ en 2022 (cf. annexe 6).

Le besoin en fonds de roulement, qui permet de quantifier les capitaux nécessaires pour couvrir le cycle d'exploitation (dettes et créances à court terme), double également sur la période, passant de 5,2 M€ en 2018 à 12,5 M€ en 2022. L'établissement dégage ainsi une trésorerie croissante, qui atteint 19,1 M€ en fin de période, représentant 74 jours de charges courantes.

tableau 17 : trésorerie consolidée

en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Fonds de roulement net global	16 724 475	21 913 896	25 727 090	30 170 951	31 594 644	89%
-Besoin en fonds de roulement	5 175 399	5 870 524	7 836 365	10 300 668	12 465 658	141%
=Trésorerie nette	11 549 076	16 043 371	17 890 725	19 870 283	19 128 986	66%
Trésorerie en nombre de jours de charges courantes	55	76	80	83	74	34%

Source : Open anafi

5.6 L'exercice 2023

Le CHGM est considéré en plan de redressement au sens de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique. Son budget (EPRD) est donc soumis à l'approbation de l'ARS.

Les premières versions de l'état des prévisions de recettes et de dépenses 2023 (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2023-2032 ont été rejetées par l'ARS notamment en raison de prévisions de recettes optimistes, de mesures de redressement financier inadéquates et d'une évolution des effectifs manifestement incompatible avec l'évolution de l'activité. Certaines prévisions de recettes et dépenses apparaissaient non sincères, entachant l'équilibre budgétaire.

La seconde version de l'EPRD établie par l'établissement a été approuvée en mai 2023, prévoyant une réduction du déficit (-3,2 M€ contre -3,4 M€ dans la 1^{re} version) et une hausse du fonds de roulement attendu (10,5 M€ contre 8,8 M€).

En revanche, le PGFP 2023-2032 a été à nouveau rejeté et n'est à ce jour pas validé par l'ARS, en raison d'anticipations de résultats insuffisants et de niveaux d'investissement incompatibles avec le redressement de l'établissement et sa situation financière.

CONCLUSION SUR LA SITUATION FINANCIERE

La situation financière de l'établissement présente un déficit structurel, empêchant l'établissement de dégager de l'autofinancement pour assurer ses investissements. Sa CAF est maintenue positive grâce à la dotation annuelle de financement non reconductible que l'établissement reçoit, pour un total de 32 M€ sur la période, constituée de divers dispositifs exceptionnels. Son cycle d'exploitation, notamment ses dépenses rigides, est ainsi assuré par des financements non pérennes, ce qui constitue un modèle économique non viable.

Son cycle d'investissement présente les mêmes fragilités à moyen terme, financé par sa CAF non structurelle et par une mobilisation de son fonds de roulement alimenté par la réserve historique dégagée lors de l'indemnisation des conséquences de la catastrophe AZF.

ANNEXES

annexe 1 : suivi des recommandations du précédent contrôle	48
annexe 2 : sectorisation de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile	50
annexe 3 : taux de recours en hospitalisation psychiatrique	51
annexe 4 : les 14 GHT d'Occitanie	52
annexe 5 : évolution de l'activité au sein du CHGM entre 2018 et 2022	53
annexe 6 : données financières sur la période 2018 - 2022.....	54

annexe 1 : suivi des recommandations du précédent contrôle

Le précédent rapport d'observations définitives du centre hospitalier spécialisé Gérard Marchant de Toulouse, notifié en février 2016, examinait les comptes des exercices 2009 et suivants.

Ce contrôle des comptes et de la gestion s'inscrivait dans une période atypique pour l'établissement, marqué par la destruction du site principal lors de l'explosion de l'usine AZF en septembre 2001 et sa reconstruction entre 2002 et 2012, financée par les indemnités d'assurance sans nécessité de recourir à l'emprunt. À ce titre, la chambre relevait une reconstruction surfinancée (73,3 M€ d'investissements réalisés contre 87,7 M€ d'indemnisation), 18 000 m² de surfaces laissés sans affectation et des bâtiments endommagés non encore démolis (mises hors d'eau et hors risques d'effondrement).

La chambre soulignait une situation financière favorable, avec notamment un endettement faible et une trésorerie confortable, malgré des signes de tension depuis 2012 (dépenses de personnel en augmentation annuelle de 2,6 %, progression annuelle de la DAF de 0,9 % et charges d'amortissement lourdes suite à la reconstruction). Pour éviter la survenance d'un effet de ciseaux, l'établissement devait poursuivre la rationalisation des fonctions logistiques (blanchisserie, service hôtelier, entretien et maintenance) dont les coûts demeuraient importants et surveiller attentivement la croissance de sa masse salariale.

En effet, la progression des dépenses de personnel, bien que liée à la croissance de l'activité, se heurtait à la réduction drastique des marges de manœuvre de l'établissement. Les marges de progression suivantes étaient mises en lumière : lutter contre l'absentéisme, dont le taux était préoccupant, et mettre en conformité les avancements d'échelon et la durée du temps de travail, contrairement aux dispositions réglementaires.

Ainsi, la chambre recommandait de :

1. Mettre en place une stratégie immobilière, notamment en adoptant un plan d'aménagement et de valorisation du site de la route d'Espagne, et en organisant le suivi et la mise à jour ;
2. Poursuivre l'effort de rationalisation des fonctions supports, afin de diminuer les charges d'exploitation et de faciliter le retour à l'équilibre financier ;
3. Poursuivre la résorption des effectifs en surnombre consécutifs à la fermeture de l'unité Lévy⁸⁵ et au déménagement de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), pour les mettre en cohérence avec le nouveau périmètre d'activité ;
4. Mettre les règles relatives au temps de travail en conformité avec la réglementation en vigueur ;
5. Intensifier les actions visant à réduire le taux d'absentéisme en mobilisant les instances et les représentants du personnel, voire un accompagnement externe ;

⁸⁵ L'unité Lévy accueillait 28 personnes lourdement handicapées. Le projet de création d'une maison d'accueil spécialisé (MAS) n'avait pas été retenu par la tutelle qui privilégiait le portage par une association.

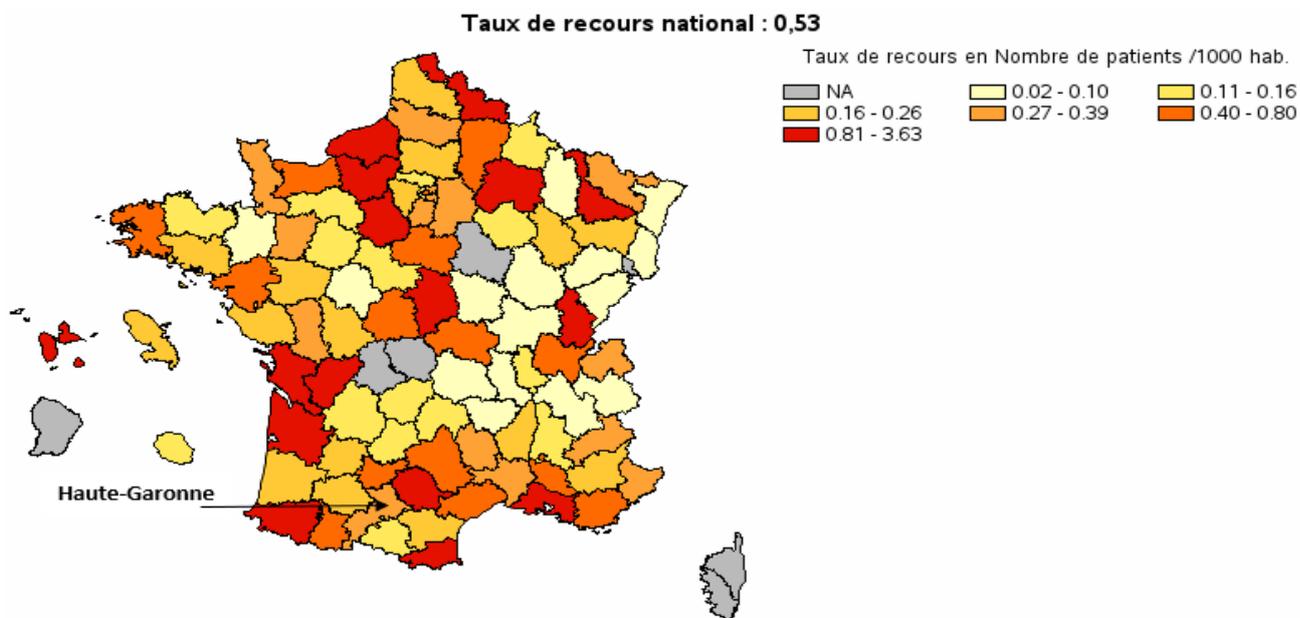
6. Poursuivre les négociations avec les partenaires sociaux pour se mettre en conformité avec la réglementation concernant les avancements d'échelon et de grade, afin de faciliter la maîtrise de l'évolution de la masse salariale.

Dans la mesure où la majorité de ces recommandations sont développées dans le rapport, la présente annexe s'attache à synthétiser les conclusions sur leur suivi.

Recommandation 1	Recommandation partiellement mise en œuvre
Recommandation 2	Recommandation partiellement mise en œuvre
Recommandation 3	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 4	Réitérée et mise en œuvre
Recommandation 5	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 6	Recommandation mise en œuvre

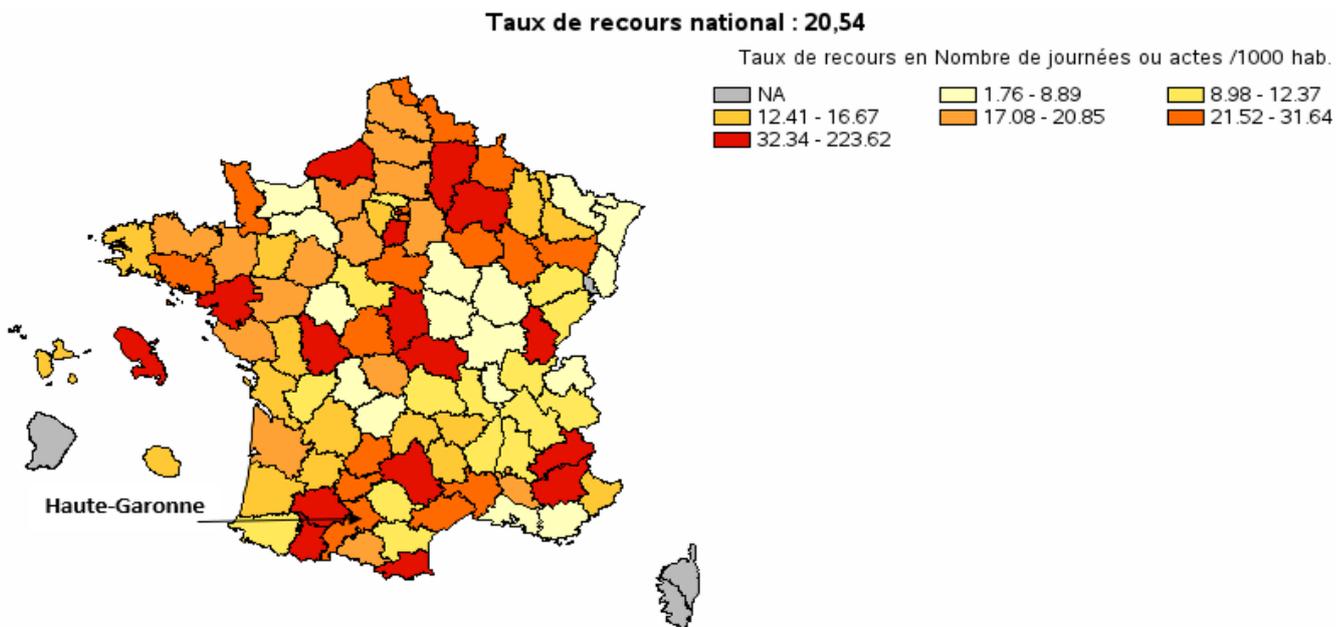
annexe 3 : taux de recours en hospitalisation psychiatrique

carte 1 : taux de recours en hospitalisation psychiatrique complète en nombre de patients par département (2021)



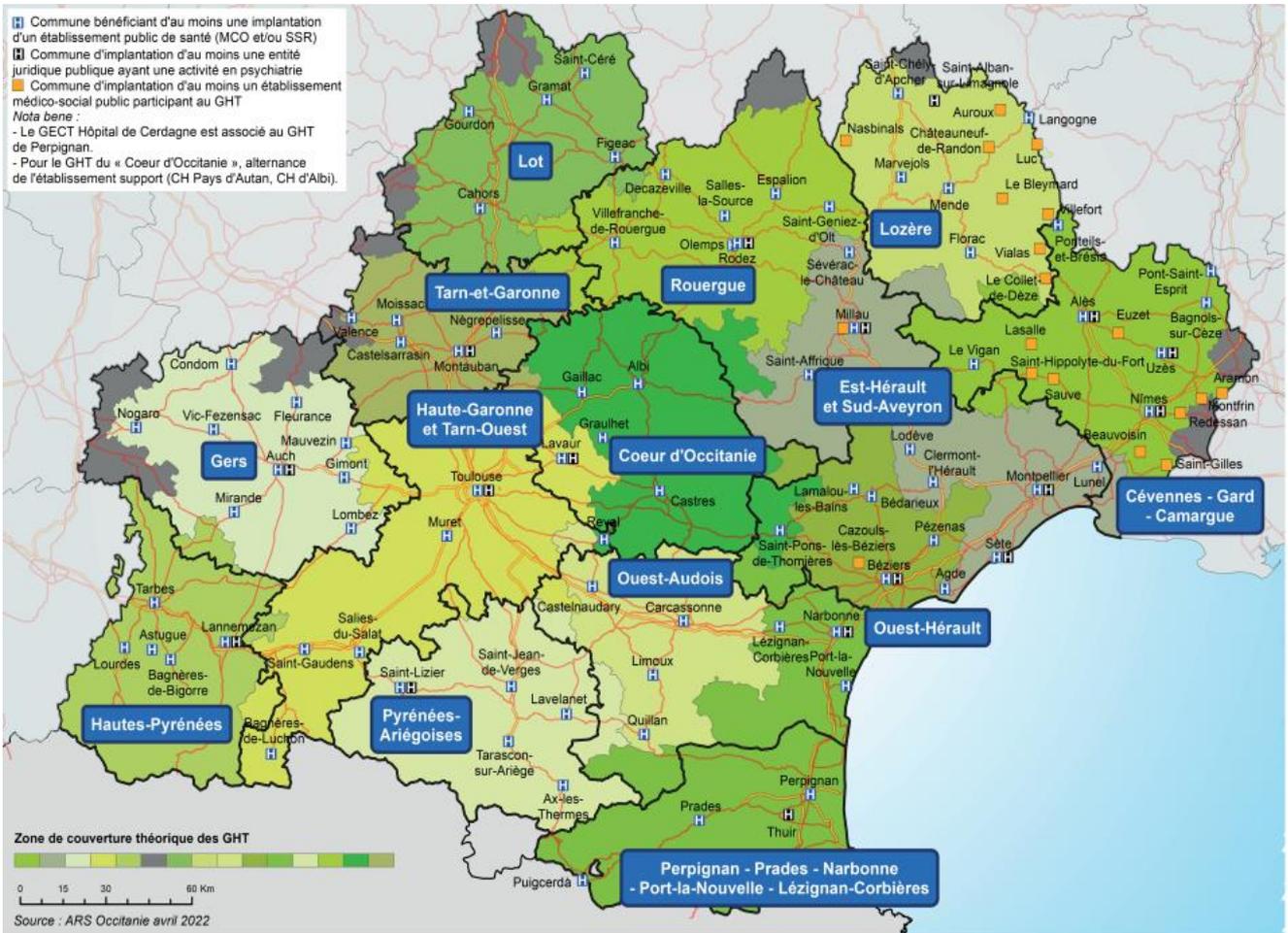
Source : scan santé (applications/taux-de-recours-psy)

carte 2 : taux de recours en hospitalisation psychiatrique complète en nombre de journées (2021)



Source : scan santé (applications/taux-de-recours-psy)

annexe 4 : les 14 GHT d'Occitanie



Source : ARS Occitanie, avril 2022

annexe 5 : évolution de l'activité au sein du CHGM entre 2018 et 2022

tableau 18 : évolution des taux d'occupation

Taux d'occupation données CHGM	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Psychiatrie adultes	91%	90%	82%	84%	81%	-11%
Accueil thérapeutique	86,34%	82,12%	77,36%	77,84%	81,85%	-5%
Hospitalisation à domicile						
Hospitalisation complète	92,20%	96,20%	96,16%	93,02%	88,85%	-4%
Hospitalisation de jour	94,55%	91,09%	59,79%	77,99%	73,80%	-22%
Hospitalisation de nuit						
Placement familial thérapeutique	70,83%	72,01%	57,74%	58,10%	68,26%	-4%
Psychiatrie infanto-juvénile						
Hospitalisation complète	55,05%	56,21%	48,38%	41,92%	47,60%	-14%
Hospitalisation de jour	67,79%	72,39%	53,99%	69,19%	66,69%	-2%
Médico-social USLD	83,04%	95,85%	95,90%	93,26%	92,83%	12%
Total psychiatrie (hors USLD)	87,24%	86,80%	76,92%	80,77%	77,97%	-11%

Source : CRC d'après les données CHGM sur les autorisations des activités et le suivi de l'activité

tableau 19 : évolution du nombre d'entrées réalisées

Nombre d'entrées réalisées	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Psychiatrie adultes	3 359	2 937	2 621	2 711	2 488	-26%
Accueil thérapeutique	60	66	56	52	96	60%
Hospitalisation à domicile	247	259	243	187	151	-39%
Hospitalisation complète	2 068	1 748	1 618	1 751	1 564	-24%
Hospitalisation de jour	963	852	680	695	653	-32%
Hospitalisation de nuit	-	-	-	-	-	
Placement familial thérapeutique	21	12	24	26	24	14%
Psychiatrie infanto-juvénile	1 843	1 912	1 698	1 605	1 579	-14%
Hospitalisation complète	1 119	1 156	777	946	948	-15%
Hospitalisation de jour	724	756	921	659	631	-13%
Médico-social USLD	62	30	18	24	22	-65%
Total général	5 264	4 879	4 337	4 340	4 089	-22%
Total psychiatrie (hors USLD)	5 202	4 849	4 319	4 316	4 067	-22%

Source : CRC d'après les données CHGM sur les autorisations des activités et le suivi de l'activité

tableau 20 : évolution du nombre de journées réalisées

Nombre de journées réalisées	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Psychiatrie adultes	145 491	142 547	127 863	128 377	122 959	-15%
Accueil thérapeutique	5 988	5 695	5 365	5 398	5 676	-5%
Hospitalisation à domicile	5 111	5 548	4 959	3 636	2 627	-49%
Hospitalisation complète	102 303	100 775	96 518	93 365	89 187	-13%
Hospitalisation de jour	28 728	27 112	18 281	23 221	22 230	-23%
Hospitalisation de nuit	-	-	-	-	-	
Placement familial thérapeutique	3 361	3 417	2 740	2 757	3 239	-4%
Psychiatrie infanto-juvénile	14 569	15 369	11 934	13 828	13 853	-5%
Hospitalisation complète	4 019	4 103	3 532	3 060	3 475	-14%
Hospitalisation de jour	10 550	11 266	8 402	10 768	10 378	-2%
Médico-social USLD	24 313	28 066	28 079	27 306	27 180	12%
Total général	184 373	185 982	167 876	169 511	163 992	-11%
Total psychiatrie (hors USLD)	160 060	157 916	139 797	142 205	136 812	-15%

Source : CRC d'après les données CHGM sur les autorisations des activités et le suivi de l'activité

tableau 21 : évolution des taux de réhospitalisation

Taux de réhospitalisation des prises en charge à temps complet	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nombre de patients	1 511	1 461	1 352	1 358	1 315	-13%
Nombre de patients avec une seule hospitalisation	1 005	971	947	918	926	-8%
Nombre de patients avec plusieurs hospitalisations	506	490	405	440	389	-23%
Taux de réhospitalisation	33,49%	33,54%	29,96%	32,40%	29,58%	-12%

Source : CRC d'après les données CHGM

annexe 6 : données financières sur la période 2018 - 2022

tableau 22 : fonds de roulement consolidé

en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Immobilisations incorporelles	1 346 740	1 236 624	1 323 486	1 464 340	1 621 642	20%
Immobilisations corporelles	151 947 145	153 341 027	154 538 463	156 997 893	161 874 164	7%
Immobilisations en cours	36 646	601 937	1 866 985	1 889 546	874 902	2287%
immobilisations financières	53 506	49 313	50 217	376 350	335 176	526%
ACTIF - Biens stables (a)	153 384 037	155 228 901	157 779 151	160 728 129	164 705 885	7%
Apports	30 972 961	30 972 961	30 972 961	31 384 700	31 384 700	1%
Excédents affectés à l'investissement	74 888 638	74 888 638	74 888 318	74 965 593	74 965 593	0%
subventions d'investissement	3 406 677	3 255 606	3 653 284	3 517 004	3 342 473	-2%
provisions réglementées	1 150 455	1 035 169	925 058	830 609	742 343	-35%
Emprunts et dettes assimilées	7 554 273	7 125 005	6 692 021	6 255 244	5 863 357	-22%
Amortissements	53 330 085	57 509 187	61 899 020	66 321 785	71 009 431	33%
PASSIF - Financements stables (b)	171 303 089	174 786 565	179 030 660	183 274 934	187 307 897	9%
Fonds de roulement investissement (+/-) b-a = c	17 919 053	19 557 664	21 251 509	22 546 805	22 602 012	26%
Créances article 58	1 864 899	1 864 899	1 864 899	1 864 899	1 864 899	0%
ACTIF - Biens stables d'exploitation (a')	1 864 899	0%				
Réserves de trésorerie	2 649 686	2 649 686	2 649 686	2 649 686	2 649 686	0%
Réserve de compensation	851 190	575 493	543 134	510 424	282 898	-67%
Reports à nouveau (+/-)	200 691	-2 789 017	-5 074 159	-8 761 808	-12 028 449	-6094%
Résultat comptable (+/-)	-2 643 588	-2 759 651	-4 181 290	-4 178 929	-1 956 016	-26%
Provisions pour risques et charges	1 956 364	1 801 474	3 367 856	3 932 903	3 804 627	94%
Autres provisions	45 134	30 682	84 092	88 478	119 522	165%
PASSIF - Financement stables d'exploitation (b')	3 059 476	-491 333	-2 610 682	-5 759 246	-7 127 732	-333%
Fonds de roulement exploitation (+/-) b'-a' = d	1 194 577	-2 356 232	-4 475 581	-7 624 146	-8 992 631	-853%
Fonds de roulement net global (FRNG) = c-d	16 724 475,47	21 913 895,59	25 727 090,15	30 170 950,72	31 594 643,74	89%
FRNG en nombre de jours de charges courantes	80	103	115	126	123	53%

Source : Open anafi

tableau 23 : besoin en fonds de roulement consolidé

en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Stocks	166 958	164 387	233 071	285 196	342 321	105%
Créances d'exploitation	6 781 697	6 661 361	8 477 772	11 118 296	12 190 879	80%
Créances Etat, SS et collectivités locales	-464 676	-1 108 829	-1 359 121	-1 448 000	-1 026 063	121%
Charges constatées d'avance	15 537	16 068	0	0	0	-100%
Dépenses à classer ou régulariser	1 020	590	-1 517	0	0	-100%
Autres créances	22 271 089	18 057 802	17 173 714	18 319 841	19 892 916	-11%
ACTIF - Biens d'exploitation (a)	28 771 624	23 791 379	24 523 919	28 275 333	31 400 053	9%
PASSIF - Dettes d'exploitation (b)	1 299 787	989 964	932 738	1 144 792	1 024 031	-21%
Dettes hors exploitation	12 705	2 211	7 393	15 654	6 029	-53%
Autres dettes	22 283 734	16 928 680	15 747 423	16 814 219	17 904 336	-20%
Produits constatés d'avance	226 078	156 395	536 465	733 156	931 755	312%
Recettes à classer ou régulariser	47 460	1 106 865	1 206 584	124 059	218 242	360%
PASSIF - Financements d'exploitation (c)	23 596 225	17 920 855	16 687 554	17 974 666	18 934 395	-20%
Besoin en fonds de roulement = a-c	5 175 399	5 870 524	7 836 365	10 300 668	12 465 658	141%
BFR en nombre de jours de charges courantes	25	28	35	43	49	95%

Source : Open anafi

GLOSSAIRE

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
CAF	Capacité d'autofinancement
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CET	Compte épargne temps
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSM	Conseil local de santé mentale
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médicopsychologique
COTER	Comité technique régional
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
DIM	Département de l'information médicale
DMH	Durée moyenne d'hospitalisation
DMS	Durée moyenne de séjour
DSPP	Dispositif de soins partagés en psychiatrie
ETP	Equivalents temps plein
FERREPSY	Fédération régionale de recherche en psychiatrie
FIOP	Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
FMIH	Fédération médicale interhospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
ORSM	Observatoire régional de la santé mentale d'Occitanie
ORU	Observatoire régional des urgences d'Occitanie
PRS	Projet régional de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
RIM-P	Recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie
SDDE	Soins sur décision du représentant de l'Etat
SDRE	Soins sur décision du directeur de l'établissement
SSC	Soins sans consentement
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHR	Unité d'hébergement renforcée
USLD	Unité de soins longues durées
USR	Unité de suite et de réhabilitation

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

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 13 mai 2024 de Monsieur Frédéric ARTIGAUT, Directeur par intérim du centre hospitalier spécialisé Gérard Marchand à Toulouse;

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

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



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie

sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

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

occitanie@crtc.ccomptes.fr
X @crococcitanie